

افسردگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو

* دکتر مسعود ملکی^۱، دکتر زری جاویدی^۲، دکتر بیتا کیافر^۳، دکتر وحید سعادتیان^۴، علی اکبر صارمی^۵

استادیار،^۱ دانشیار،^۲ دستیار - گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی مشهد،
استادیار،^۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی - گروه اعصاب و روان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد

خلاصه

مقدمه: ویتیلیگو یک بیماری اکتسابی پوست با شیوع حدود ۱٪ در جمعیت می باشد. علی رغم پیشنهاد روش های مختلف برای درمان آن، غالباً سیر بیماری پیشرونده بوده و پیش آگهی قابل پیش بینی نیست. در جامعه ما با توجه به وجود نگرش منفی عموم به این بیماری، مشکلات اجتماعی - خانوادگی زیادی برای مبتلایان ایجاد می شود که می تواند زمینه ساز بروز اختلالات روان پزشکی گردد. به علاوه در مورد جنبه های روان پزشکی این بیماری مطالعات کمی تاکنون انجام شده است. هدف از این مطالعه بررسی شیوع و شدت افسردگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو براساس مقیاس سنجش افسردگی هامیلتون و مقایسه آن ها با افراد کنترل سالم می باشد.

روش کار: این مطالعه به صورت مقطعی تحلیلی - توصیفی انجام شده است. ۵۲ بیمار مبتلا به ویتیلیگو مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان امام رضا (ع) بعد از اخذ موافقت وارد طرح شدند. وسعت و توزیع بیماری پوستی آنها تعیین گردید. و مشخصات جمعیت شناختی ثبت شد. سپس پرسشنامه ۲۴ ماده ای هامیلتون برای تعیین شدت افسردگی جهت آن ها تکمیل گردید. در گروه شاهد همسان از نظر سنی و جنسی که در معاینه پوست و معاینه عمومی سالم بودند، مراحل مشابه انجام شد.

نتایج: در گروه مبتلایان به ویتیلیگو ۲۴ نفر (۴۶/۲٪) و در گروه شاهد ۳ نفر (۵/۸٪) دچار افسردگی بودند. میانگین نمره افسردگی در گروه بیماران ویتیلیگو ۱۷/۴۸ و در گروه شاهد ۵/۹ بود. در گروه بیماران ویتیلیگو ۷/۶٪ سابقه اقدام به خودکشی داشتند. همچنین در گروه بیماران بین نمره افسردگی و سن، جنس، وضعیت تاهل، درصد درگیری پوست، آشکار یا نهان بودن ضایعات پوستی، سابقه مراجعه به روانپزشک ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: شیوع قابل ملاحظه افسردگی در این بیماران نشان دهنده نیاز مبرم به ارتباط نزدیک تر بین متخصصین پوست با روان پزشکان جهت تشخیص و درمان بهتر مشکلات روان پزشکی این بیماران می باشد.

واژه های کلیدی: ویتیلیگو، افسردگی، مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون

مقدمه

علت تخریب ملانوسیتی نامشخص است ولی مکانیسم های پاتوژنیک احتمالی شامل مکانیسم های ژنتیک، عصبی، بیوشیمیایی، ویروسی و اتوایمیون هستند (۶-۲). در حال حاضر درمان های طبی مختلف شامل: استروئیدهای موضعی، فتوکموتراپی با استفاده پسورالن - UVA و UVB narrowband و لیزر برای این بیماری در دسترس می باشد (۷).

ویتیلیگو یک بیماری اکتسابی پوست با شیوع حدود ۱٪ در جمعیت می باشد (۱). احتمالاً شیوع این بیماری در نژادهای تیره پوست بیشتر (و بار اجتماعی ناشی از آن نیز سنگین تر) است. مشخصه این بیماری بروز یک یا چند لکه دیپگمانته پوستی در اثر تخریب ملانوسیت های منطقه می باشد.

*آدرس: بیمارستان امام رضا (ع) بخش پوست

تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۲۵۳۱۲ آدرس الکترونیک: M-Maleki@Mums.ac.ir

تاریخ وصول: ۸۴/۱۲/۴ تاریخ تایید: ۸۴/۱/۱۵

به نفس پایین داشته باشند (۱۴). افراد با ظاهر جاذب و زیبا غالباً از طرف مردم، بهتر مورد قضاوت قرار می‌گیرند و در روابط اجتماعی با هم‌تایان، دوستان و غریبه‌ها بهتر با آنان رفتار می‌شود. برعکس افراد با ظاهر دارای نقایص جسمانی آشکار برای حفظ روابط مناسب نیازمند تلاش مضاعف هستند. روابط آنها با هم‌تایان شان اجباری و تنش‌زاست و حالت تصنعی در روابط کلامی و غیرکلامی دیگران با آنها مشهود است (۱۵). اتفاق نظر بر این است که افراد خانواده بیشترین حمایت را از افراد دچار ظاهر نازیبا به خاطر بیماری پوستی به عمل می‌آورند و بیشترین مشکل این افراد با غریبه‌هاست (۱۶).

در یک مطالعه بیش از نیمی از افراد مبتلا به ویتیلیگو اظهار داشتند که غریبه‌ها به آن‌ها خیره می‌شوند، ۲۰ درصد اظهار داشتند که به آن‌ها عناوین بی‌ادبانه اطلاق می‌شود و یک سوم اظهار داشتند که به خصوص روابط شان با غریبه‌ها مشکل‌زاست (۱۷-۱۸)، اما در جامعه ما این بیماران علاوه بر مشکلاتشان در روابط با غریبه‌ها دچار مشکلات خانوادگی جدی نیز هستند و به نظر می‌رسد که از سوی خانواده خود نیز حمایت مناسبی دریافت نمی‌کنند. بنابراین، بسیاری از افراد مبتلا به ویتیلیگو به خاطر مشکل خود مضطرب و خجالت‌زده هستند. و در بسیاری از جنبه‌های زندگی دچار تبعیض می‌شوند، تمایل بسیاری از پزشکان به کم‌اهمیت جلوه دادن این بیماری نیز یکی از مشکلات بیماران مبتلا به ویتیلیگو می‌باشد. در صورت توجه به سایر ابعاد بیماری ویتیلیگودر زندگی بیمار شاید بتوان ضعف خود را در درمان و کنترل مشکل پوستی با حمایت و درمان مناسب روان‌پزشکی وی تا حد ممکن جبران نماییم. هدف این مطالعه تعیین میزان افسردگی بر اساس مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون^۲ در بیماران مبتلا به ویتیلیگو و مقایسه آنها با افراد کنترل سالم می‌باشد.

مطالعات جدیدتر در مورد مداخلات ایمونولوژیک با استفاده از لوامیزول ایزوپرینوزین و تاکرولیموس موضعی بحث می‌کنند (۱۰-۸).

روش‌های درمان جراحی شامل full thickness graft، suction blister graft، split-thickness graft، و پیوند سوسپانسیون کشت شده ملانوسیت کراتینوسیت می‌باشد (۱۲-۱۱)، و اخیراً پیوند سوسپانسیون کشت ملانوسیت خالص نیز انجام شده است (۱۳).

علی‌رغم تلاش‌های انجام شده و موفقیت‌های کم و بیش، آن‌چه به عنوان روش درمانی قابل انتخاب در دسترس ماست محدود می‌باشد. و اکثراً ناچاریم ناتوانی خود را در کنترل سیر پیشرونده بیماری به بیمار اعتراف کنیم. از سوی دیگر، زمینه تیره پوست مردم کشور ما (اکثراً تیپ III و IV) که باعث وضوح ضایعات می‌شود، وجود عقاید اشتباه مبنی بر مسری بودن این بیماری و همچنین مشکلات زناشویی ناشی از آن باعث می‌شود تحمل بار این بیماری «صعب‌العلاج» برای بیمار (به خصوص بیماران مؤنث) طاقت فرسا گردد.

بیماران ویتیلیگو مخصوصاً خانم‌ها، مضرانه متقاضی درمان هستند و غالباً علی‌رغم فقدان هرگونه درگیری سیستمیک و ناتوانی خاص جسمی، دچار صدمات اجتماعی، خانوادگی و روحی شدید می‌گردند. متأسفانه مطالعات روان‌پزشکی انجام شده بر روی این بیماران بسیار محدود می‌باشد و در مقایسه با سایر بیماری‌های پوستی مثل پسوریازیس که به خصوص از این نظر مورد توجه قرار گرفته و ارزیابی‌های وسیع در این بیماران انجام شده، توجه محدودی به مشکلات روان‌پزشکی در بیماران ویتیلیگوشده است. در صورتی که آثار یک بیماری پوستی در روابط اجتماعی ممکن است بسیار مشکل‌زا تر از محدودیت‌های جسمانی ناشی از آن باشد. جزء عمده‌ای از تصویر ذهنی بدن^۱ را سلامت پوست تشکیل می‌دهد و مطالعات نشان داده است که افراد با مشکلات پوستی در نواحی مهم بدن ممکن است به وضوح افسرده باشند و اعتماد

² Hamilton Rating Score for Depression

¹ Body image

روش کار

پژوهش از نوع پژوهش‌های مقطعی تحلیلی - توصیفی است، طی یک دوره ۶ ماهه (خرداد - آذر ۱۳۸۳)، ۱۰۴ فرد در این مطالعه شرکت داده شدند. از آن جا که شمار آزمودنی‌ها محدود و دسترسی به بیماران دارای شرایط دشوار بود، از بیمارانی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، خواسته شد که به پرسشنامه‌های مربوط پاسخ دهند.

۵۲ بیمار مبتلا به ویتیلیگو (۳۸ زن و ۱۴ مرد) مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در این مطالعه شرکت کردند. تشخیص بالینی ویتیلیگو توسط متخصصین پوست انجام گرفت. سن بیماران بین ۱۳ تا ۶۰ سال (میانگین سنی $\bar{X} = 27/5$ و $SD = 13/7$) بود و ۲۶ بیمار متأهل و ۲۶ نفر مجرد بودند. گروه شاهد از همراهان بیماران مختلف مراجعه کننده به درمانگاه که در شرح حال و معاینه پوستی سالم بودند، انتخاب شد که از نظر سنی و جنسی با گروه بیمار همسان گردیدند (میانگین سنی $\bar{X} = 27/8$ و $SD = 12/8$).

ابزار و روش پژوهش

برای گردآوری داده‌های پژوهش از مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون و پرسشنامه خصوصیات جمعیت شناختی به عنوان ابزار پژوهش و اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش استفاده شده است.

مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون یک مقیاس ۲۴ ماده‌ای است که ابعاد مختلف افسردگی (رفتاری، جسمانی، شناختی، عاطفی، احساس گناه، هیپوکندریا، مسائل جنسی، کار، خودکشی و اختلال‌های خواب) را می‌سنجد (۱۹، ۲۰، ۲۱). نقطه برش در این مطالعه به صورت زیر تعیین گردیده است، ۲۴ - ۱۷ افسردگی خفیف، ۳۰ - ۲۵ افسردگی متوسط و ۳۱ به بالا افسردگی شدید. این آزمون در سال ۱۳۶۵ توسط دکتر مهربار و دکتر موسوی نسب به فارسی ترجمه و جهت استفاده تحقیقاتی آماده گردید.

روش اجرای پژوهش به این ترتیب بود که برای همه شرکت کنندگان بعد از اخذ موافقت، شرح حال و معاینه سیستمیک

برای رد سایر بیماری‌ها انجام شد.

پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، سواد، سابقه بیماری روانی در خانواده، سابقه مراجعه به روان‌پزشک و سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی بود و برای بیماران مبتلا به ویتیلیگو درصد درگیری سطح بدن و آشکار یا مخفی بودن تظاهرات بیماری (مناطق آشکار شامل صورت و پشت دست‌ها) و مدت بیماری منظور گردید. پس از برقراری ارتباط با هر یک از بیماران و ارائه توضیح کوتاهی درباره موضوع و هدف پژوهش، از آنان دعوت به همکاری شده و مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون در اختیارشان قرار گرفته است. داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار SPSS با استفاده از آزمون‌های آماری مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

خصوصیات دموگرافیک بیماران و گروه شاهد و سابقه روان‌پزشکی آنها در جداول (۱ و ۲) آورده شده است. از میان بیماران ۴۳ نفر (۸۲/۷٪) از انواع آشکار بیماری ویتیلیگو بودند و ۹ نفر بقیه (۱۷/۳٪) نوع نهان بیماری را داشتند. آمار به دست آمده حاکی از شیوع قابل ملاحظه افسردگی در بیماران ویتیلیگو می‌باشد. در گروه مبتلایان به ویتیلیگو ۲۴ نفر (۴۶/۲٪) و در گروه کنترل سه نفر (۵/۸٪) دچار افسردگی بودند (جدول شماره ۳).

میانگین نمره افسردگی در گروه بیماران ویتیلیگو ۱۷/۴۸ و در گروه کنترل ۵/۹ می‌باشد، انحراف استاندارد در هر دو گروه به ترتیب ۹/۵۹ و ۵/۴۷ بود (جدول شماره ۴).

در گروه بیماران ویتیلیگو ۴ نفر (۷/۶٪) سابقه اقدام به خودکشی داشتند. ولی در گروه کنترل موردی از این اقدام نبود. میانگین درصد ابتلا سطح بدن به ویتیلیگو در کل بیماران ۱۷ درصد با انحراف استاندارد ۲۷/۴ بود. بین نمره افسردگی، سن و درصد درگیری پوست در گروه بیماران ویتیلیگو رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد (جدول شماره ۵).

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی جنس در ۵۲ بیمار مبتلا به ویتلیگو مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان امام رضا (ع) در سال ۱۳۸۳ و گروه کنترل

گروه	تعداد	جنس		وضعیت تأهل		وضعیت اشتغال	داشتن فرزند	وضعیت سابقه بیماری ویتلیگو در خانواده				تحصیلات				
		زن	مرد	متاهل	مجرد			دارد	ندارد	بیکار یا خانه دار	شاغل		دارد	ندارد	بیسواد	راهنمایی دبیرستان و دیپلم و بالاتر
گروه آزمون	۳۸	۲۶/۹	۱۴	۲۶	۱۲	۲۶	۱۹	۳۳	۲۹	۲۳	۱۷	۳۵	۱۳	۲۱	۱۳	۵
گروه کنترل	۳۸	۲۶/۹	۱۴	۲۶	۱۲	۲۶	۲۳	۲۹	۳۱	۲۱	۰	۵۲	۹	۱۳	۱۳	۱۴
کل گروه	۷۶	۲۶/۹	۲۸	۵۲	۲۴	۵۲	۴۲	۶۲	۶۰	۴۴	۱۷	۸۷	۲۲	۳۴	۲۶	۱۹
گروه آزمون	۷۳/۱	۲۶/۹	۷۳/۱	۵۰	۲۶/۵	۵۵/۸	۳۶/۵	۶۳/۵	۵۵/۸	۴۴/۲	۳۲/۷	۶۷/۳	۲۵	۴۰/۴	۲۵	۹/۶
گروه کنترل	۷۳/۱	۲۶/۹	۷۳/۱	۵۰	۲۶/۵	۵۵/۸	۴۴/۲	۶۳/۵	۵۹/۶	۴۰/۴	۰	۱۰۰	۱۷/۳	۲۵	۳۰/۸	۲۶/۹
کل گروه	۷۳/۱	۲۶/۹	۷۳/۱	۵۰	۲۶/۵	۵۷/۷	۴۲/۳	۵۷/۷	۵۷/۷	۴۲/۳	۱۶/۳	۸۳/۷	۲۱/۲	۳۲/۷	۲۷/۹	۱۸/۳

جدول ۲- سابقه وجود بیماری روانی در فرد و خانواده در ۵۲ بیمار مبتلا به ویتلیگو مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) در ۱۳۸۳ و گروه کنترل

گروه	تعداد	سابقه بیماری روانی در خانواده		سابقه مراجعه به روان پزشک		سابقه بستری در بیمارستان روانی	
		دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد
گروه آزمون	۱۳	۳۹	۱۴	۳۸	۱	۵۱	۹۸/۱
گروه کنترل	۱	۵۱	۱	۵۱	۰	۰	۰
کل گروه	۱۴	۹۰	۱۵	۸۹	۱	۵۱	۹۸/۱
گروه آزمون	۲۵	۷۵	۲۶/۹	۷۳/۱	۱/۹	۱	۹۸/۱
گروه کنترل	۱	۵۱	۱	۵۱	۰	۰	۰
کل گروه	۱۳/۵	۸۶/۵	۱۴/۳	۸۵/۷	۱/۹	۱	۹۸/۱

جدول ۳- شیوع افسردگی بر اساس مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون در ۵۲ بیمار مبتلا به ویتلیگو مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) در سال ۱۳۸۳

افسردگی	تعداد	بیماران مبتلا به ویتلیگو	گروه کنترل
افسردگی	۲۴	۲۴	۳
غیر افسردگی	۵۳/۸	۵۳/۸	۵/۸
افسردگی	۴۹	۴۹	۴۹
کل	۵۲	۵۲	۵۲

مطالعات گذشته نیز به طور نسبی تأیید کننده نتایج به دست آمده می‌باشند.

در مقایسه انجام شده از نظر اختلالات روان پزشکی بین بیماران ویتلیگو و پسرهای یازده ساله که بین بیماران سرپایی در هند انجام شده و ۱۱۳ بیمار ویتلیگو و ۱۰۳ بیمار پسرهای یازده ساله استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)^۱ مورد بررسی قرار گرفتند، شیوع کلی اختلالات روان پزشکی در بیماران ویتلیگو ۳۳/۶۳٪ و در بیماران پسرهای یازده ساله ۲۴/۷٪ محاسبه شد و تشخیص افسردگی در ۲۹٪ در مقایسه با ۲۲٪ از این بیماران با مصاحبه بالینی گذاشته شد (۲۲). در مطالعه مشابه دیگر ۳۰ بیمار جدید و درمان نشده ویتلیگو و پسرهای یازده ساله از نظر اختلالات روان پزشکی با استفاده از GHQ با هم مقایسه شدند.

شیوع اختلالات روان پزشکی در بین بیماران پسرهای یازده ساله ۵۳/۳٪ و در بین بیماران ویتلیگو ۱۶/۲۲٪ به دست آمد و شیوع افسردگی در هر گروه به ترتیب ۲۳/۳٪ و ۱۰٪ بود (۲۳). مطالعه سوم در بین بیماران ویتلیگو بوسیله پرسشنامه پر شده توسط خود بیمار انجام شد. و ۲۰٪ این بیماران اظهار می‌داشتند که به خاطر بیماری خود افسرده می‌باشند (۲۴).

مطالعه‌ای پرسشنامه‌ای - مصاحبه‌ای انجام شده توسط ^۲ روی ۳۲۶ بیمار مبتلا به ویتلیگو نیز نشان دهنده اثر این بیماری در زندگی اجتماعی و پاسخ‌های متفاوت روانی نسبت به آن در افراد مختلف می‌باشد، بیش از ۳/۱ این افراد به خاطر بیماری‌شان نگران بودند و به خصوص در مورد انتشار بیماری، یا انتقال آن به فرزندان خود یا ابتلاء به سرطان ترس داشتند و ۷٪ اظهار داشتند که به خاطر بیماری خود به شدت افسرده می‌باشند. ۳۲٪ به خاطر بیماری خود به شدت خجالت زده بودند. افراد جوان تر و شاغل در اثر ابتلا به این بیماری بیشتر دچار مشکل بودند ولی جنس و نژاد تعیین کننده تفاوت در پاسخ روحی فرد به این وضعیت نبود (۲۴، ۲۵).

جدول ۴- شاخص‌های آماری نمره افسردگی در گروه آزمون (بیماران ویتلیگو)، گروه کنترل و کل گروه

نمره افسردگی	درصد ابتلاء		سن	میانگین	گروه
	پوستی به ویتلیگو	افسردگی			
۱۷/۴۸	۱۷/۰۹	۲۷/۵	۲۷/۵	میانگین	گروه آزمون
۵۲	۵۲	۵۲	۵۲	تعداد	
۹/۵۹	۲۷/۴۵	۱۳/۷	۱۳/۷	انحراف استاندارد	گروه کنترل
۵/۹	۰	۲۷/۸	۲۷/۸	میانگین	
۵۲	۰	۵۲	۵۲	تعداد	
۵/۴۷	۰	۱۲/۸	۱۲/۸	انحراف استاندارد	کل گروه
۱۱/۶۹	۱۷/۰۹	۲۷/۶	۲۷/۶	میانگین	
۱۰۴	۵۲	۱۰۴	۱۰۴	تعداد	
۹/۷۰	۲۷/۴۵	۱۳/۲۳	۱۳/۲۳	انحراف استاندارد	

جدول ۵- ضریب همبستگی و سطح معنی داری نمره افسردگی بر حسب سن و درصد ابتلاء پوست در گروه بیماران ویتلیگو مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) در سال ۱۳۸۳

نمره افسردگی	درصد بیماری پوستی		سن	
	ضریب	سطح معنی داری	تعداد	ضریب
۰/۱۰۲	۰/۴۲۷	۵۲	۰/۱۲۲	۰/۳۸۸
۵۲	۰/۴۲۷	۵۲	۰/۱۲۲	۰/۳۸۸

همچنین به وسیله آزمون t مستقل میانگین افسردگی بر حسب جنس نیز بررسی شد. بنابراین آزمون بین نمره افسردگی با جنس نیز ارتباط معنی داری وجود نداشت. بین نمره افسردگی و فرزند داشتن، شاغل یا خانه‌دار بودن و وضعیت تأهل، سابقه مراجعه به روان پزشکی و آشکار یا نهان بودن بیماری در دو گروه ویتلیگو ارتباط آماری معنی داری ($P > 0/05$) پیدا نشد (جدول شماره ۶).

بحث و نتیجه‌گیری

اگر چه در مورد شیوع افسردگی و اهمیت آن در بیماران ویتلیگو مطالعات زیادی انجام نشده، آمار به دست آمده از

¹- General health questionnaire

²- porter

جدول ۶- t مستقل میانگین افسردگی بر حسب متغیرهای مختلف در ۵۲ بیمار ویتیلیگو مراجعه کننده

به بیمارستان امام رضا (ع) در سال ۱۳۸۳

متغیرها	جنس	داشتن فرزند	شغل	تأهل	سابقه مراجعه به روان پزشکی	آشکار یا نهان بودن ضایعات ویتیلیگو
آماره فیش	۰/۶۷۴	۱/۸۲۳	۰/۸۴۸	۰/۹۱۹	۰/۰۱۸	۳/۳۱۷
سطح معنی داری	۰/۴۱۶	۰/۱۸۳	۰/۳۶۲	۰/۳۴۲	۰/۸۹۴	۰/۰۷۵

صورت تحلیل نمود که آن چه بیشتر برای بیمار تنش‌زا می‌باشد، مشکلات ناشی از بیماری در زندگی خصوصی و زناشویی (و در افراد مجرد زندگی مشترک آینده) است. به علاوه بین نمره افسردگی و مراجعه به روان‌پزشک نیز ارتباطی یافت نشد که نشانگر عدم آگاهی بیماران نسبت به نیاز به درمان روان‌پزشکی یا نگرش منفی رایج در جامعه نسبت به مداخلات روان‌شناسی و روان‌پزشکی می‌باشد. بنابراین توجه پزشکان معالج بیماری پوستی به مشکلات روانی بیماران ویتیلیگو ضروری به نظر می‌رسد و همکاری بین متخصص پوست و روان‌پزشک برای دستیابی بیمار به سطح بهتری از سلامت روحی و جسمی توصیه می‌شود. انجام مطالعات بیشتر در این زمینه به وسیله مصاحبات بالینی روان‌پزشکی نیز به آشکار نمودن جنبه‌های بیشتری از مسائل روان‌پزشکی در این بیماران کمک خواهد کرد.

به طوری که ملاحظه می‌شود آمار حاصل از مطالعه نشان دهنده شیوع بیشتر افسردگی در بیماران ویتیلیگو در مقایسه با مطالعات قبلی می‌باشد و شاید علت این امر در حساسیت‌های موجود در جامعه ما نسبت به این بیماری از نظر مسائل زناشویی و درد رجه بعد روابط اجتماعی نهفته باشد. اختلال انطباقی با خلق افسرده^۱ نیز می‌تواند مطرح باشد. مطالعات نشان داده است که تا ۵۰٪ بیماران مبتلا به یک بیماری طبی می‌تواند علائم اختلال انطباقی را نشان دهند اینگونه بیماران علائم اصلی خود را شکل خلق افسرده احساس ناامیدی، و گریه نشان می‌دهد که این افراد را می‌بایست از اختلال افسرده گی عمده که معیارهای دیگری اضافه بر فوق دارد افتراق دارد. براساس تحلیل آماری انجام شده بین نمره افسردگی در گروه بیماران با وسعت بیماری و میزان آشکاری آن (صورت و پشت دست‌ها) یا مخفی بودن بیماری نیز ارتباطی وجود نداشت که شاید این نتیجه را بتوان به این

منابع

1. Koraanue RV, Sachedeva KG: Vitiligo. In j Dermatol 1998;27:676 – 81.
2. Lerner AB. On the etiology of vitiligo and gray hair. Am J Med 1971; 51: 141-7.
3. Bystryjn JC. Immune mechanisms in vitiligo. Clin Dermatol 1997; 15: 853 – 61.
4. Nordlund JJ, Majumder PP. Recent investigations on vitiligo vulgaris. Dermatol Clin 1997; 15: 69 –78.
5. Al'Abadie Ms, Senior HJ, Bleehen SS, Gawkrödger DJ. Neuropeptide and neuronal marker studies in vitiligo. Br J Dermatol 1994: 131: 160 -5.
6. Ystrvn JC. Serum antibodies in vitiligo patients. Clin dermatol 1989; 7:136– 45.

¹-Adjustment Disorder with Depressed Mood

7. Haffrali FC, Gawkrödger DJ. Management of vitiligo. *clin Exp Dermatol* 2000; 25: 575– 9.
8. Pasricho JS, Khera V. Effect of prolonged treatment with levamisole on vitiligo with limited and slow spreading disease. *Int J Dermatol* 1994, 33: 584 – 7.
9. Grimes PE, Wojdani A, Loeb LJ, Franco R, Kelly AP. The effects of soprinosine treatment on repigmentation and immunologic aberrations in vitiligo [abstract] *Invest Dermatol* 1992; 98: 534.
10. Grimes PE, Morris R, Avani - Aghajani E, Soriano T, Meraz M, Metzger A. Topical tacrolimus therapy for vitiligo: Therapeutic responses and skin messenger RNA expression of proinflammatory cytokines. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 52-61.
11. Yan Geel N, Ongena K, Naeyaert JM: Surgical techniques for vitiligo: A review. *Dermatology* 2001; 202: 162- 6.
12. Njoo MD, Westerhof W, Bos JD, Bossuyt PMM. A systemic review of autologous transplantation methods in vitiligo. *Arch Dermatol* 1998;134:1543–9.
13. Chen y, Yang p, Hu D, Kuo F, Hung Cs, Houg CM. Treatment of vitiligo by transplantation of cultured pure melanocyte suspension: Analysis of 120 cases. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 68 – 74.
14. Shuster S, Fisher J, Harris E, et al. The effect of skin disease on self – image. *Br J Dermatol*. 1987; 99: (suppl.16): 18-19
15. Jones E., Farina, A, Markus H, Miller D. Scott R. Social stigma: The Psychology of marked relationships. W.H. Freeman, New york(1984).
16. Ginsburg IH. The psychosocial impact of skin disease: An overview .*Dermatol clin* 1996; 14: 473-84.
17. Porter J, Beuf A, Lerner A, Nordlund J. Personal responses of patients to vitiligo: the importance of physician - patient interaction *Arch Dermatol* 1978 (114) : 1348 _ 1385.
18. Porterr, J, Beuf A, Lerner A, Nordlund J. The psychological effects of vitiligo: A comparison of vitiligo patients with normal controls, with psoriasis patients and with patients with other pigmentary disorders. *J Am Acad Dermtol* 1986, 15: 220 – 225.
19. Sadock BJ, sadock VA: Psychiatric rating scales. In: Blaker D: Comprehensive text book of psychiatry 7 the ed Vol. 1 Philadelphia: Lippincott Williams and wilkins 1999:769.
20. Hamilton, M. Rating scales for depression. *Journal of neurological and neurosurgical psychiatry* 1960 (23): 59-62.
21. Hersen M, Bellack AS. Handbook of clinical behavior therapy with adults .1988 Newyork: Pleum press.
22. Matoo SK, Hamda S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo and psoriasis: a comparative study from India. *J Dermatol*, 2001 Aug; 28 (8): 424 – 32.
23. Sharma N, Koranne Rv, Singh Rk. Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo:a comparative study. *J Dermatol* 2001 Aug 28 (8): 419 – 23.
- Agrwal G: Vitiligo: An Underestimated problem . *fam pract*. 1998 Apr; is suppl 1: 19- 23.
24. Porter J, Beuf A, Lerner A, Nordlwnd J. Response to cosmetic disfigurement : A study of patients with vitiligo. *Cutis* 1987 (39): 493 - 494.
25. Porter J, Beuf A, Lerner A, Nordlund J. The effects of vitiligo on sexual relationships, J. *Am Acad Dermatol* 1990. (22): 221- 222.