

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

رضاعلی

مهران ضرغامی (M.D.)**

زهرة حاج حیدری (M.D.)*

علی اکبرخواجه (M.D.)***

محمدپور (Ph.D.)***

چکیده

سابقه و هدف: سلامت روانی از موضوعات مهم اجتماعی و علمی بوده که بیماران مبتلا به بیماری های 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 مراجعه کننده به درمانگاه های پوست شهر ساری انجام گرفته است.

مواد و روش ها: در این پژوهش توصیفی تعداد 404 بیمار پوست شهر ساری با استفاده از پرسشنامه دو قسمتی؛ GHQ-28 و مشکوه های 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.

یافته ها: میانگین سنی افراد مراجعه کننده 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)، نمونه های بی سواد و کم سواد (62/5 درصد)، بیکار (58/7 درصد)، نمونه های با سابقه مثبت بیماری اعصاب و روان (65/8 درصد) و با ضایعات منتشر پوستی (63/6 درصد) بیش از سایر گروه ها بود. از بین بیماری های پوستی آکنه (28/2 درصد)، اختلالات رنگدانه پوست (20 درصد)، آلופسی آندروژنیک (7/4 درصد) و درماتیت ها (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 رتبه های بعدی قرار گرفتند. بین اختلال روانی با شغل، سطح تحصیلات، سابقه مثبت بیماری روانی ارتباط معنی داری 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 بررسی های انجام شده پیرامون شیوع اختلال های روانی پزشکی 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 بیماری های پوستی را بیش از پیش روشن می سازد و در نظر گرفتن عوامل روانی را در درمان موثر بیماری های پوستی برای متخصصین پوست متذکر می شود.

واژه های کلیدی: بیماری های پوستی، آسیب شناسی روانی، GHQ -

• 28

* 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 آمار حیاتی، 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 سرپایی پوست و 60 درصد بیماران بستری، نمره بالایی از پرسشنامه GHQ-30 را کسب کردند (10). Lewis و wessely نیز شیوع اختلالات روانی در بیماران پوست را 40 درصد گزارش نمودند (11).

Mostoghimi و Johnson نیز گزارش کردند که 70 درصد بیماران سرپایی پوست اختلالات روانی دارند (12) در مطالعه ای دیگر بر روی بیماران پوستی، شیوع اختلالات روانی با استفاده از GHQ-12 7/6 درصد گزارش گردید (13). Picardi و همکاران معتقدند که اگرچه اختلالات روانی در بین بیماران پوستی شایع است ولی کمتر مورد توجه متخصصین پوست قرار می گیرد (14). این مطالعات نشان دهنده همراهی بین اختلالات روانی و پوستی می باشد. بر این اساس این مطالعه جهت تعیین شیوع اختلالات روانی در بیماران سرپایی پوست شهر ساری و بررسی عوامل مؤثر بر آنها طراحی گردید.

مواد و روش ها

مطالعه به روش توصیفی با هدف تعیین فراوانی آسیب روانی در بیماران مبتلا به بیماری پوستی طی مدت 6 ماه (از فروردین تا شهریور 1383) انجام شده است. جامعه مورد مطالعه کلیه بیماران بالای 15 سال مبتلا به بیماری های پوستی مراجعه کننده به درمانگاه های پوست (خصوصی، دولتی) شهر ساری بود. بر این اساس 450 نفر وارد مطالعه شده که 46 نفر به علت عدم تکمیل کامل پرسشنامه از نمونه حذف شد. پس از توضیح و توجیه نمونه ها

اختلالات روانی از مشکلات شایع در بیماران مبتلا به بیماری های جسمی می باشد که ممکن است بر سیر بیماری و مراقبت های بعدی از این بیماران تأثیر به سزایی گذارد. چنانچه تحقیقات نشان می دهد افسردگی متعاقب سکت قلبی با افزایش مرگ و میر این بیماران ارتباط دارد (1). از جمله بیماری های جسمی، که ارتباط نزدیکی با اختلالات روانی دارند بیماری های پوستی می باشد. از 2000 سال قبل بشر به رابطه پوست و روان در سلامتی و بیماری پی برده است. اختلالات روانی ممکن است نقش اولیه در ایجاد و یا عود مشکلات پوستی ایفاء کنند همانند تریکوتیلومانیا و یا بالعکس اختلالات روانی ثانویه به بیماری های پوستی که ناشی از تصویری که بیمار از مشکل خود دارد و آن را مایه شرمندگی می داند ایجاد شود، همانند اکنه و هیرسوتیسم.

بسیاری از متخصصین معتقدند اختلالات روانی از جمله مشکلات شایع در بیماران پوستی بوده که باید به آن توجه شده و شدت و وسعت مشکل مشخص شود تا متخصص بر آگاهی خود در مورد آن اختلالات افزوده و بتواند مداخلات صحیح انجام دهد (2).

بررسی های انجام شده بر روی بیماران، بیش تر در مورد بیماری های خاص همانند پسوریازیس (3)، اکنه (4)، ویتلیگو (5)، هرپس ژنیتالیا (6)، آلوپسی آرناتا (7، 8) هیرسوتیسم (9)، بلوده است و گزارشات کمی در مورد شیوع بیماری های روانی در مبتلایان به بیماری های پوستی 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 بیش تر از 24 بود. نمره گذاری پرسشنامه براساس شیوه لیگرت 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، طوطول

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 معنی داری بین نمرات آزمون و وضعیت تاهل، گروه های سنی و محل سکونت وجود نداشت.

شایع ترین بیماری پستی در این مطالعه آکنه، اختلالات پیگمانتاسیون، آلوپسی آندروژنیک و درمانیت بود و 196 بیمار (48/5 درصد) اولین بار به درمانگاه پوست مراجعه نموده بودند.

53 بیمار (13/1 درصد) ضایعه بر روی اسکالپ، 229 مورد (56/7 درصد) بر روی صورت، 36 مورد (8/9 درصد) بر روی تنه و اندام فوقانی، 23 مورد (5/6 درصد) اندام تحتانی، 8 مورد (2 درصد) بر روی ناحیه تناسلی، 6 مورد (1/5 درصد) روی ناخن و در 11 نفر (2/7 درصد) ضایعات منتشر بود. طول مدت بیماری 60 نمونه (14/9 درصد) کمتر از یک ماه و 344 نفر (85 درصد) بیش از یک ماه بود.

65/8 درصد بیماران با سابقه قبلی بیماری اعصاب و روان، مشکوک به اختلال روانی و 36/6 درصد بیماران بدون سابقه بیماری اعصاب روان مشکوک به اختلال روانی بودند که تفاوت از نظر آماری معنی دار ($p < 0/01$) اما بین اختلالات روانی و نوع بیماری پستی، محل ضایعه، شدت و طول مدت بیماری پستی تفاوت معنی داری وجود نداشت. شیوع اختلالات روانی براساس نوع بیماری پستی در جدول شماره 2 بیان گردید.

جدول شماره 2: شیوع اختلال روانی براساس نوع بیماری پستی در بیماران پستی شهر ساری سال 1383

نام بیماری	اختلال روانی	جمع
	دارد	ندارد

جدول شماره 1: توزیع فراوانی گونه های مورد پژوهش برحسب برخی از متغیرها و وضعیت روانی در مراجعین به درمانگاه های پوست شهر ساری، سال 1383

متغیر	وضعیت روانی	سلامت روانی تعداد (درصد)	مشکوک به اختلال روانی تعداد (درصد)	جمع تعداد (جمع)
جنس	زن	191 (58/8)	134 (41/2)	325 (80/4)
	مرد	54 (68/4)	25 (31/6)	79 (19/6)
وضعیت آهل	مجرد	103 (92/2)	71 (40/8)	174 (43/1)
	متاهل	61 (7/7)	88 (38/3)	149 (56/9)
محل سکونت	شهر	210 (61/7)	142 (38/1)	352 (83/9)
	روستا	35 (9/2)	129 (36/3)	164 (41/6)
سن به سال	15-25	108 (56/3)	84 (43/8)	192 (47/5)
	26-35	80 (65/6)	42 (34/4)	122 (30/2)
	36-45	43 (69/4)	19 (30/4)	62 (15/3)
	46-55	9 (4/4)	10 (52/6)	19 (4/7)
	56-65	5 (5/6)	4 (44/4)	9 (2/2)
تحصیلات	پسواد کم سواد	6 (37/5)	10 (62/5)	16 (4)
	راهنمایی و دبیرستان	29 (58)	21 (42)	50 (12/4)
	دبیرستان	93 (52/2)	85 (47/8)	178 (44/1)
	فوق دبیرستان	69 (9/9)	43 (30/1)	112 (35/4)
	فوق لیسانس	100 (69/9)	143 (35/4)	243 (61/6)
	فوق لیسانس و دکتری	17 (100)	17 (4/2)	34 (8/2)
شغل	بیکار	26 (41/3)	37 (58/7)	63 (15/6)
	درحال تحصیل	55 (59/8)	37 (40/2)	92 (22/8)
	خانه دار	63 (54/8)	52 (45/2)	115 (28/5)
	کارمند	73 (74/5)	25 (25/5)	98 (24/3)
	آزاد	13 (65)	7 (35)	20 (5)
	سایر مشاغل	15 (93/8)	1 (6/3)	16 (4)

بالاترین نمرات در جمعیت مورد مطالعه به ترتیب نمرات اختلال در عملکرد اجتماعی، اضطراب و بی خوابی بود. 41/2 درصد زنان و 31/6 درصد مردان مشکوک به اختلال روانی بودند که از نظر آماری تفاوت معنی دار نبود. همچنین بیشترین نمره آزمون مربوط به گروه بی سواد و کم سواد (62/5 درصد) و کمترین مربوط به گروه فوق لیسانس و دکتری بود که از نظر آماری تفاوت معنی دار بود ($p < 0/001$) و نیز بالاترین نمره آزمون مربوط به بیکاران (58/7 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 مخصوصا 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 چنانچه 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 جمعیت های مورد مطالعه، تعداد نمونه ها 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 خانم ها نسبت به ظاهر خود، روح لطیف زنان، شکنندگی بیشتر زنان در مواجهه با

تعداد (د)	تعداد (د)	تعداد (د)
رصد	رصد	رصد
29	62(1)	11(37/9)
7	18(5(71/4)	2(28/6)
9	6(66/7)	3(33/3)
27	15(55/6)	12(44/4)
6	5(83/3)	1(16/7)
2	0(0)	2(100)
8	6(75)	2(25)
3	2(66/7)	1(33/3)
114	65(57)	49(43)
30	7(20(66/7)	10(33/3)
8	8(100)	0(0)
6	5(83/3)	16(7/1)
1	0(0)	1(100)
81	47(58)	34(42)
9	4(44/4)	5(55/6)
2	1(50)	1(50)
13	5(38/5)	8(61/5)
22	15(68/2)	7(31/8)
8	5(62/5)	3(37/5)
3	2(66/7)	1(33/3)
2	1(50)	1(50)
14	10(71/4)	4(28/6)
404	60(6)	39(4)
	245	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 (21).

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).

جمله 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، اگزما 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 دکترای 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) ســرــانجام برــخی 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. نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سید عباس؛ یاسی، محمد تقی؛
انتشارات 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): Comparson 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).
شماره 4، بهار 1374 صفحه 55-65
 19. پالاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدنقی؛ شاه محمدی، داوود. بررسی

24. Makowska, Mececz. The usefulness of the diagnosis of mental Questionnaire D. Gold berg disorders in workers. *Med - pr*. 2000; 31: 289-601.
25. Willams P, Goldberg DP, Mari. The Validity of the GHQ Questionnaire. *social psychiatry*. 1987; 21: 15.
26. Gold berg D.P, Hillier V. A scaled version of general health Questionnaire. *psychological Medicine*. 1979; 9: 131-145.
27. Gupta MA, schork NJ, Gupta Ak. etal. suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol* 1993; 32: 188-90.
28. محمدی محمد رضا ، باقری یزدی سید عباس ، رهگذر مهدی ، مسگرپور بیتا ، بریانی فریبا ، طاهری سید کبری ، ملک زاده شقایق . همه گیری شناسی اختلالات روان پزشکی در استان مازندران سال 1380
مستان 1382 ، شماره 41 ، صفحه 8 تا 17 .
29. Cotterill JA. Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol*. 1997; 137: 246-50.