

ارتباط درماتیت تماسی تحریکی دست با اختلال وسواسی جبری در زنان: مطالعه‌ی مورد - شاهدی

زمینه و هدف: درماتیت تماسی تحریکی دست‌ها، بیماری پوستی مزمن و عودکننده‌ی متعاقب تماس با مواد شیمیایی و پاک‌کننده‌ها می‌باشد. اختلال وسواسی جبری در بین بیماران پوست شیوع بالایی دارد و ممکن است با علایم درماتیت تحریکی دست‌ها مراجعه کنند. هدف از این مطالعه، تعیین فراوانی و ارتباط اختلال وسواسی جبری با درماتیت تماسی تحریکی دست‌ها در زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه پوست حاجی دایی کرمانشاه است.

روش کار: در این مطالعه‌ی مورد - شاهدی، ۱۳۹ زن مبتلا به درماتیت تحریکی تماسی دست‌ها و ۱۰۲ بیمار زن بدون درماتیت دست به‌عنوان گروه کنترل شیوع اختلال وسواسی جبری در آن‌ها با استفاده از معیار DSM-IV-TR (SCID) مورد ارزیابی قرار گرفت. اطلاعات در دو گروه با استفاده از آزمون مربع کای و Z تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی در گروه مورد 28.2 ± 8.4 و در گروه شاهد 28.4 ± 6.3 سال بود. ۵۸ نفر (۴۱٫۷٪) در گروه مورد و ۵ نفر (۴٫۹٪) در گروه شاهد مبتلا به اختلال وسواسی جبری بودند ($P < 0.05$). اختلال وسواسی جبری در بیماران مبتلا به درماتیت تحریکی تماسی متوسط و شدید دست‌ها به ترتیب در ۲۹ و ۱۴ نفر مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: از آنجایی که اختلال وسواسی جبری در زنان مبتلا به درماتیت تحریکی تماسی دست شایع است، توصیه می‌شود تمام خانم‌های مبتلا به درماتیت تماسی تحریکی مزمن و راجعه، خصوصاً فرم‌های متوسط و شدید از نظر روان‌پزشکی نیز تحت ارزیابی قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: درماتیت تماسی تحریکی، اختلال وسواسی جبری، آگزمای دست

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۳/۱۱

پوست و زیبایی؛ تابستان ۱۳۹۲، دوره‌ی ۴ (۲): ۶۸-۶۱

دکتر علی ابراهیمی^۱

دکتر منصور رضایی^۲

دکتر حبیب‌الله خزایی^۳

دکتر حسین کاووسی^۱

نوشین نانی^۴

۱. گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲. گروه آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۳. گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۴. دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر حسین کاووسی

کرمانشاه، بلوار گلستان، درمانگاه پوست حاج دایی.

پست الکترونیک:

hkavoussi@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

اختلالات و مشکلات روانی حداقل در ۳۳٪ - ۲۵٪ بیماران پوستی نقش مهمی دارند^{۱-۳}. اختلال وسواسی جبری (Obsessive-compulsive disorder) با شیوع ۱٪ تا ۳٪، بیماری نسبتاً شایع روانی است که در ایجاد بیماری‌های پوستی شناخته‌شده‌ای مانند خارش نورویتیک (Neurotic excoriation) (Trichotillomania)، آکنه‌ی اکسکوریه (Excoriated acne) دخالت دارد^{۴-۶}. تعداد کمی از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری جهت درمان به درمانگاه تخصصی روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند. شیوع نسبتاً بالای اختلال وسواسی جبری و عدم

درماتیت تماسی تحریکی که شایع‌ترین علت آگزمای دست‌ها است، نوعی واکنش التهابی غیرایمونولوژیک می‌باشد که به‌دنبال تماس پوست با مواد شیمیایی و عوامل فیزیکی ایجاد می‌گردد. مواجهه‌ی نادرست و نامناسب با صابون‌ها و مواد شوینده و سایر محرک‌ها ممکن است منجر به درماتیت تماسی تحریکی شود^۱. مهم‌ترین عوامل خطر در آگزمای دست‌ها، زمینه‌ی اتوپی و کارهای خیس (wet work) می‌باشند^۲.

مراجعه‌ی این بیماران به روان‌پزشک این تفکر را برمی‌انگیزد که ممکن است این بیماران با علائم جسمی به درمانگاه‌های غیر روان‌پزشکی مراجعه کنند^{۱۱-۱۳}.

اگرچه طیف اختلال وسواسی جبری بسیار متنوع است، شیوع این اختلال در میان بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های تخصصی پوست بیشتر از جمعیت عمومی است و بسیاری از بیماران اختلال وسواسی جبری که بیماری وسواسی جبری پوستی (Dermo-OCD) نامیده می‌شوند دچار درگیری پوستی هستند و گروهی از علائم از جمله شستن مکرر دست‌ها، کندن ناخن یا پوست، کشیدن و کندن موها را ذکر می‌کنند و اولین بار توسط متخصص پوست مورد ارزیابی قرار می‌گیرند^{۱۳-۱۵}.

ارتباط بین اختلال وسواسی جبری و اگزمای مزمن و مراجعه‌ی دست هنوز به‌طور کامل مشخص نشده است. هدف از این مطالعه تعیین شیوع و ارتباط اختلال وسواسی جبری در بیماران مبتلا به اگزمای مزمن دست می‌باشد.

روش اجرا

این مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۸۸ در درمانگاه پوست حاج دایی کرمانشاه برای تعیین شیوع و مقایسه‌ی اختلال وسواسی جبری (OCD) در زنان مبتلا به درماتیت تماسی تحریکی دست و گروه کنترل طراحی شد. با فرض شیوع OCD در دو گروه با و بدون درماتیت تماسی تحریکی به ترتیب برابر ۰/۳ و ۰/۱ (که از بررسی‌های اولیه به دست آمد) و با اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۹۰ و با استفاده از فرمول محاسبه‌ی حجم نمونه برای مقایسه‌ی دو نسبت حداقل، تعداد نمونه ۷۹ نفر در هر گروه به دست آمد. با توجه به این‌که تعداد بیشتری نمونه در دسترس بود برای اطمینان و دقت بیشتر در مجموع ۲۴۱ بیمار زن شامل ۱۳۹ نفر مبتلا به درماتیت تماسی تحریکی

مزمن و مراجعه‌ی دست و ۱۰۲ نفر به عنوان شاهد که فاقد اگزمای تحریکی تماسی دست بودند در مطالعه قرار گرفتند و از آن‌ها رضایت‌نامه‌ی کتبی اخذ گردید. در یک فرم جمع‌آوری داده‌ها متغیرهای سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، نوع شغل، سطح تحصیلات، تماس با مواد محرک و همچنین اطلاعات تخصصی مربوط به درماتیت تماسی تحریکی، سایر بیماری‌های پوستی و بیماری‌های سیستمیک ثبت گردید. براساس یافته‌های Frosch و همکارانش^{۱۶} درماتیت تحریکی تماسی دست خفیف به‌صورت خشکی، ترک‌خوردگی و قرمزی مختصر در انگشتان دست خصوصاً دست غالب در نظر گرفته شد. خشکی و ترک‌خوردگی متوسط در انگشتان و گسترش به کف دست به‌عنوان درماتیت تحریکی تماسی متوسط و خشکی و ترک‌خوردگی شدید در انگشتان و کف دست و گسترش به ناحیه‌ی پشت دست به‌عنوان درماتیت تحریکی تماسی شدید تعریف شد. مزمن و مراجعه‌بودن اگزمای تحریکی تماسی پوست به‌عنوان طول مدت ابتلا شش هفته یا بیشتر و یا مراجعه‌ی سه بار یا بیشتر در طول یک‌سال قبل از مطالعه تعریف شد.

بیماران مبتلا به پسوریازیس کف دست و پا، بیماران مبتلا به لیکن‌پلان با گرفتاری کف دست، اگزمای دیس‌هیدروتیک (dyshydrotic eczema) و عفونت قارچی کف دست براساس شرح‌حال علائم بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی از مطالعه حذف شدند. در گروه شاهد بیماران که سابقه‌ی اگزمای تماسی تحریکی دست‌ها را داشتند ولی در حال حاضر مشکل خاصی نداشتند از مطالعه خارج شدند.

کلیده‌ی افراد با استفاده از مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته (structured clinical interview) و براساس DSM IV-TR (SCID) مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفتند^{۱۷}.

مصاحبه‌ی بالینی روان‌پزشکی توسط روان‌شناس بالینی به‌صورت چهره‌به‌چهره (face to face) انجام شد

دامنه‌ی زمانی ابتلا به درماتیت تحریکی تماسی دست در بیماران گروه مورد ۶ تا ۲۳۹ ماه و به‌طور متوسط ۳۶ ماه بود.

با توجه به این که حدود ۶۹٪ افراد گروه بیمار و ۷۱٪ افراد گروه شاهد خانه‌دار بودند به نظر می‌رسد که اکثریت این افراد در هر دو گروه تماس با مواد شوینده داشته‌اند.

شدت درماتیت تحریکی تماسی دست در ۴۲ نفر (۳۰/۲٪) خفیف، در ۷۰ نفر (۵۰/۴٪) متوسط و در ۲۷ نفر (۱۹/۴٪) شدید بود. اختلال وسواسی جبری در ۵۸ نفر (۴۱/۷٪) از گروه مورد و ۵ نفر (۴/۹٪) از گروه شاهد وجود داشت (جدول ۲). با استفاده از آزمون Z، اختلال وسواسی جبری در گروه مورد نسبت به گروه شاهد اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($P < 0.05$).

معیارهای اختلال وسواسی جبری در ۱۵ نفر (۳۷/۸٪) از ۴۲ بیمار مبتلا به درماتیت تماسی تحریکی خفیف دست و در ۲۹ نفر (۴۱/۴٪) از ۷۰ بیمار مبتلا به درماتیت تماسی تحریکی متوسط دست و در ۱۴ نفر (۵۱/۸٪) از ۲۷ بیمار با درماتیت تماسی تحریکی شدید دست مشاهده شد (جدول ۲). درصد OCD با شدت درماتیت همبستگی مثبت و مستقیمی را نشان می‌دهد (نمودار ۱).

و تشخیص‌ها براساس طبقه‌بندی DSM IV-TR که پایایی و اعتبار (validity and reliability) آن قبلاً گزارش شده بود، گذاشته شد^{۱۷}.

پروپوزال این مطالعه در کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بررسی و تأیید شد.

برای توصیف و تحلیل داده‌ها از نسخه‌ی ۱۶ نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)، آزمون مربع کای و t مستقل استفاده گردید و $P < 0.05$ به‌عنوان سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی بیماران گروه مورد (28.2 ± 8.4 سال) و شاهد (28.4 ± 6.3) تفاوت معنی‌داری نداشتند. تعداد ۴۴ نفر (۳۲٪) از بیماران گروه مورد و ۳۸ نفر (۳۷٪) از بیماران گروه شاهد مجرد بودند. در گروه مورد ۹۶ نفر (۶۹/۱٪) و در گروه شاهد ۷۲ نفر (۷۰/۶٪) نفر از زنان خانه‌دار بودند. در گروه مورد و شاهد به ترتیب ۳۲ نفر (۳۲٪) و ۲۳ نفر (۲۲/۵٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. دامنه‌ی تعداد فرزندان در گروه مورد ۱-۶ و در گروه شاهد ۱-۴ فرزند بود ولی میانه‌ی تعداد فرزندان در دو گروه یک فرزند بود. متوسط تعداد فرزندان در افراد متأهل گروه مورد و شاهد به ترتیب ۱/۸ و ۱/۶ بود. دو گروه از نظر خصوصیات فرد تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > 0.05$) (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه‌ی خصوصیات بیماران مبتلا به اگزمای تماسی تحریکی و گروه شاهد.

P	گروه مورد مطالعه			خصوصیات بیماران
	کل	شاهد	مورد	
۰/۸۴۱۴	۲۸/۳±۷/۵	۲۸/۴±۶/۳	۲۸/۲±۸/۴	سن (سال) (a)
۰/۰۶۴۴	۱/۷±۰/۶۹	۱/۶±۰/۵	۱/۸±۰/۸۳	تعداد فرزندان (a)
۰/۹۲۸۲	۵۵ (۲۲/۸٪)	۲۳ (۲۲/۵٪)	۳۲ (۲۳٪)	تحصیلات دانشگاهی (b)
۰/۴۱۸۰	۱۵۹ (۶۶٪)	۶۴ (۶۳٪)	۹۵ (۶۸٪)	متأهلین (b)
۰/۸۰۲۶	۱۶۸ (۶۹/۷٪)	۷۲ (۷۰/۶٪)	۹۶ (۶۹/۱٪)	خانه‌دار (b)
-	۲۴۱ (۱۰۰٪)	۱۰۲ (۱۰۰٪)	۱۳۹ (۱۰۰٪)	کل (b)

a = میانگین ± انحراف معیار، b = تعداد (درصد)

جدول ۲: مقایسه‌ی فراوانی اختلال وسواسی جبری برحسب وجود و شدت درماتیت تماسی تحریکی در بیماران.

P	اختلال وسواسی جبری		کل (درصد)	شدت درماتیت تماسی
	ندارد (درصد)	دارد (درصد)		
۰/۰۰۱	۹۷ (۹۵/۱)	۵ (۴/۹)	۱۰۲ (۱۰۰)	بدون درماتیت (شاهد)
۰/۴۵	۸۱ (۵۸/۳)	۵۸ (۴۱/۷)	۱۳۹ (۱۰۰)	دارای درماتیت (مورد)
	۲۷ (۶۲/۲)	۱۵ (۳۷/۸)	۴۲ (۳۰/۲)	درماتیت خفیف
	۴۱ (۵۸/۶)	۲۹ (۴۱/۴)	۷۰ (۵۰/۴)	درماتیت متوسط
	۱۳ (۵۸/۳)	۱۴ (۵۱/۸)	۲۷ (۱۹/۴)	درماتیت شدید

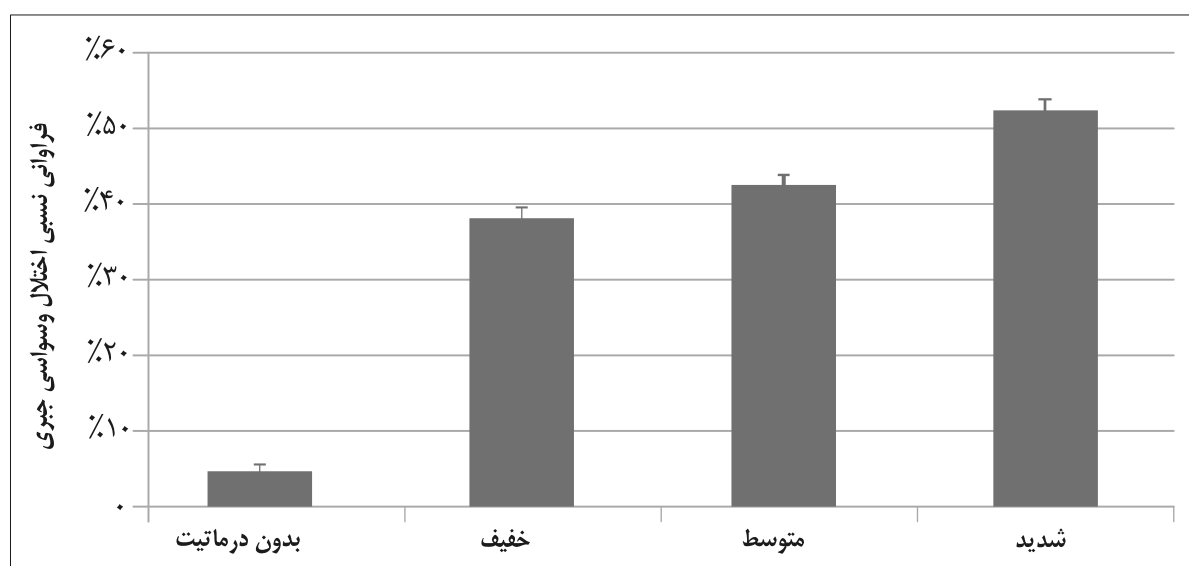
نفر (۶۲/۱٪) از بیماران با آگزمای تحریکی تماسی و اختلال وسواسی جبری تعداد دفعات مراجعه به متخصص پوست بیش از ۵ بار در طی یک سال و بین ۶ تا ۲۰ بار در یک سال بوده است. در گروه بیماران آگزمای تماسی تحریکی با اختلال وسواسی جبری در ۲۲ نفر (۳۷/۹٪) تعداد دفعات مراجعه به متخصص پوست کمتر از ۶ بار و در ۳۰ نفر (۵۱/۷٪) ۶-۸ بار و در ۶ نفر (۱۰/۴٪) بیش از ۸ بار در طی یک سال بود.

بحث

در این مطالعه شیوع اختلال وسواسی جبری در بین بیماران با درماتیت تماسی تحریکی مزمن و راجعه‌ی دست ۵۸ نفر (۴۱/۷٪) بود. هم‌چنین شیوع

تنها ۱۳ نفر (۲۲/۴٪) از ۵۸ نفر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در پرسش‌های اولیه اعتقاد داشتند که به درجاتی از وسواس مبتلا می‌باشند اما تنها ۳ نفر (۵/۱٪) به روان‌پزشک مراجعه نموده بودند و ۲ نفر با تشخیص اختلال وسواسی جبری و ۱ نفر با تشخیص افسردگی تحت درمان بودند.

تنها ۵ نفر (۴/۹٪) از بیماران گروه شاهد مبتلا به اختلال وسواسی جبری بودند. هیچ‌کدام از آن‌ها در پرسش‌های اولیه مبتلا به وسواس را قبول نداشتند و سابقه‌ی مراجعه به روان‌پزشک را هم نداشتند. دامنه‌ی دفعات مراجعه‌ی بیماران مبتلا به آگزمای تحریکی تماسی پوست به متخصص پوست در طی یک سال ۳ تا ۲۰ بار و به‌طور متوسط ۴ بار در سال بود ولی در ۳۶



نمودار ۱: مقایسه‌ی فراوانی نسبی اختلال وسواسی جبری برحسب وجود و شدت درماتیت تماسی تحریکی در بیماران.

پرسش‌های اولیه معتقد بودند که به درجاتی از وسواس مبتلا می‌باشند. فقط ۳ نفر (۵/۱٪) از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری سابقه‌ی مراجعه به روان‌پزشک و مصرف دارو داشتند و در حدود ۹۵٪ بیماران اختلال وسواسی جبری دارویی مصرف نمی‌کردند.

اختلال وسواسی جبری شیوع بالایی در میان بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های سرپایی پوست دارند. این حالت ممکن است به این دلیل باشد که اکثر این بیماران ابتدا به علت تظاهرات روانی جسمی (پسیکوسوماتیک) اختلال وسواسی جبری به متخصصین غیر روان‌پزشک مانند متخصص پوست مراجعه می‌کنند^{۲۳و۲۴}. Hatch و همکارانش^{۱۴} نشان دادند که ۱۴٪ بیماران که با خارش مزمن (chronic pruritus) مراجعه نمودند مبتلا به اختلال وسواسی جبری بودند که هیچ‌کدام از آن‌ها قبلاً تشخیص داده نشده بود. در یک مطالعه ۶۰٪ بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری نسبت به بیماری خود آگاهی نداشتند و از طرفی موارد خفیف تا متوسط اختلال وسواسی جبری ممکن است موجب اختلال عملکرد اجتماعی مبتلایان نگردد. به‌همین دلیل مستقیماً به کلینیک روان‌پزشکی مراجعه ننموده‌اند^{۲۳}.

عدم آگاهی (insight) کافی بیماران در رابطه با ابتلا به اختلال وسواسی جبری و یا ارتباط آن با آگرمای تماسی تحریکی مزمن و راجعه‌ی دست می‌تواند توضیح‌دهنده‌ی این موضوع باشد که چرا این بیماران مستقیماً جهت رفع مشکل خود به کلینیک روان‌پزشکی مراجعه نمی‌کنند. هم‌چنین افرادی که مبتلا به اختلال وسواسی جبری می‌باشند شاید به‌خاطر ترس از علامت‌دارشدن و مسایل خانوادگی اجتماعی، تمایل کمتری دارند به درمانگاه‌های روان‌پزشکی مراجعه نمایند.

به نظر می‌رسد که بیماران مبتلا به آگرمای تحریکی تماسی دست که اختلال وسواسی جبری داشته‌اند آگاهی کافی در مورد نقش مواد شوینده و

اختلال وسواسی جبری در بیماران با درماتیت تماسی تحریکی متوسط و شدید دست‌ها بالاتر بود، چنان‌چه در ۲۹ نفر (۴۱/۴٪) از بیماران با درماتیت متوسط دست‌ها و ۱۴ نفر (۵۱/۸٪) از بیماران با درماتیت شدید دست‌ها، معیارهای اختلال وسواسی جبری نشان دادند. در یک مطالعه، وسواس آلودگی (contamination) و اجبار در تمیزی (cleaning compulsion) در دو سوم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری مشاهده شد. هم‌چنین در بین بیماران اختلال وسواسی جبری ترس از بیماری‌های واگیر و عفونی مانند ایدز و سایر بیماری‌های مهم مانند سرطان منجر به مراجعه‌ی بیشتر آن‌ها به پزشک می‌شود^{۱۸} درحالی که در بیماران مبتلا به درماتیت تحریکی تماسی دست که اختلال وسواسی جبری داشتند تعداد دفعات بیشتری از مراجعه در طی یک سال به متخصص پوست را نشان دادند، چنان‌چه در ۲۲ (۳۷/۹٪)، ۳۰ (۵۱/۷٪) و ۶ (۱۰/۴٪) نفر تعداد دفعات مراجعه به متخصص پوست به ترتیب کمتر از ۶، ۶-۸ و بیش از ۸ بار در طی یک سال بود که ممکن است نشان‌دهنده‌ی این باشد که بیماران وسواسی، فرم‌های شدیدتر و مزمن‌تری از درماتیت تماسی تحریکی دست مبتلا می‌باشند.

در مطالعات، مشخص شده که بیماران با اختلال وسواسی جبری که نسبت به بیماری خودآگاهی ندارند (poor insight OCD) سن شروع بیماری کمتر بوده، بیماری OCD شدیدتر، مزمن‌تر و به درمان‌های دارویی و روان‌درمانی مقاوم‌تر است^{۱۹-۲۲}.

معیار اختلال وسواسی جبری در ۲۹ نفر (۴۱/۴٪) از ۷۰ بیمار مبتلا به درماتیت تماسی تحریکی متوسط دست و در ۱۴ نفر (۵۱/۸٪) از ۲۷ بیمار با درماتیت تماسی تحریکی شدید دست مشاهده شد که به نظر می‌رسد با مطالعات قبلی مطابقت دارد.

در گروه بیماران ما که به اختلال وسواسی جبری مبتلا بودند، ۴۵ نفر (۷۷/۶٪) نسبت به بیماری خود آگاهی نداشتند و تنها ۱۳ نفر (۲۲/۴٪) از آن‌ها در

این احتمال وجود دارد افرادی که مبتلا به اختلالات بدشکل‌انگاری (body-dysmorphic disorder) می‌باشند ممکن است در بین بیماران گروه شاهد بوده باشند و با مراجعات به درمانگاه پوست باعث افزایش درصد اختلال وسواسی جبری در بین گروه شاهد شده باشند. در برخی مطالعات مشخص شده که متخصصین پوست، اضطراب و افسردگی را بهتر از اختلال وسواسی جبری تشخیص می‌دهند.^{۱۸}

لذا دلایل احتمالی تفاوت یا تشابه بین یافته‌های مطالعه‌ی ما با یافته‌های مطالعات دیگر می‌تواند ناشی از اختلاف معیارهای درماتیت تماسی دست و اختلال وسواسی جبری در جوامع مختلف، شیوع متفاوت این اختلال را در جوامع گوناگون و بررسی درماتیت تماسی دست و اختلال وسواسی جبری در طیف خاصی از جامعه باشد. از طرفی به دلیل این که درصد بالایی از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری مراجعه‌کننده به درمانگاه ما نسبت به بیماری خودآگاهی نداشتند و چون روش‌های درمانی انتخاب شده در بین بیمارانی که اختلالات روان‌پزشکی بارز دارند بدون همکاری روان‌پزشک موفقیت‌آمیز نیست^{۲۵}، لزوم بازنگری در مورد شناسایی و درمان اختلالات روان‌پزشکی مرتبط با بیماری‌های پوستی خصوصاً اختلال وسواسی جبری را توسط متخصصین پوست ایجاب می‌نماید.

تماس مکرر با آب در ایجاد آگزمای تحریکی تماسی راجعه‌ی دست نداشتند.

در یک مطالعه، گزارش شده است که اختلال وسواسی جبری در ۲۰٪ بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه پوست وجود داشته که در ۹۵٪ آن‌ها اختلال وسواسی تشخیص داده نشده بود^{۲۴}. در مطالعه‌ی دیگری بیش از ۸۵٪ از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری (OCD) مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های پوست که قبلاً تشخیص داده نشده بودند به علت علائم بیماری روانی - جسمی (psychosomatic) پوستی به درمانگاه‌های پوست مراجعه نموده‌اند.^{۲۳}

در مطالعه‌ی ما تنها ۶ نفر (۵/۸٪) از بیماران گروه شاهد مبتلا به اختلال وسواسی جبری بودند که نمایانگر شیوع بالای اختلال وسواسی جبری در گروه شاهد و احتمالاً جمعیت عمومی می‌باشد. هرچند که حجم نمونه در این مطالعه به اندازه‌ای نبود که بتوانیم آن‌را به جامعه تعمیم دهیم اما شاید شیوع اختلال وسواسی جبری در جمعیت عمومی بالاتر از آمار ذکر شده در مطالعات قبلی باشد چون بعضی بیماران با موارد خفیف و متوسط اختلال وسواسی جبری معمولاً به پزشک مراجعه نمی‌کنند و بیماری خود را مخفی می‌کنند تا شناخته نشوند. به همین دلیل تعیین شیوع اختلال وسواسی جبری ممکن است مشکل باشد.^{۲۳}

References

1. Mathias CG. Contact dermatitis from use or misuse of soaps, detergents and cleansers in the workplace. *Occup Med* 1986; 1: 205-88.
2. Lakshmi C, Srinivas CR. Hand eczema: An update. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2012; 78: 569-82.
3. Picardi A, Abeni D, Melehi CF, et al. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000; 143: 983-91.
4. Gupta MA, Gupta AK. The use of psychotropic drugs in dermatology. *Dermatol Clin* 2000; 18: 711-24.
5. Fried RG. Evaluation and treatment of 'psychogenic' pruritus and self-excoriation. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30: 993-99.
6. Gupta MA, Guptat AK. The use of antidepressant drugs in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15: 512-8.

7. Stein DJ, Hollander E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 237-42.
8. Koo JY, Smith LL. Obsessive-compulsive disorders in the pediatric dermatology practice. *Pediatr Dermatol* 1991; 8: 107-13.
9. Tordeurs D, Poot F, Janne P, et al. Psychological approach to different skin diseases: life events and tendency to complain. *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128: 21-24.
10. Keeley ML, Storch EA, Dhungana P, et al. Pediatric obsessive-compulsive disorder: a guide to assessment and treatment. *Ment Health Nurs* 2007; 28: 555-74.
11. Wilkinson SM, Beck MH. Contact dermatitis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, et al (ed). *Rook's textbook of dermatology*. 7th Ed. Blackwell Science Oxford; 2004: 19.1-30.
12. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, et al. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250: 262-8.
13. Koblenzer C. Psychiatric syndromes of interest to dermatologists. *Int Dermatol* 1994; 32: 82-8.
14. Hatch ML, Paradis C, SFriedman S, et al. Obsessive-compulsive disorder in patients with chronic pruritic conditions: case studies and discussion, *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 549-51.
15. Warnock JK, Kestenbaum T. Obsessive-compulsive disorder. *Dermatol Clin* 1996; 14: 465-72.
16. Frosch PJ, John SM. Clinical aspect of irritant contact Dermatitis. In: Johansen JD, Frosch PJ, Lepoittevin JP (ed). *Contact dermatitis*. 5th Ed. Springer New York; 2011: 255-88.
17. Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, et al. Reliability and feasibility of the Persian version of the structured clinical interview for DSM IV-TR (SCID). *Advances in Cognitive Science* 2004; 6: 10-22.
18. Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder in dermatologic practice. *J Am Acad Dermatol* 1985; 13: 965-67.
19. Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model. *Psychiatry Res* 2005; 136: 223-31.
20. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Prog Neuro Psychopharmacol Biol Psychiatry* 2010; 34: 323-30.
21. Kishore VR, Samar R, Janardhan Reddy YC, et al. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive. Compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2004; 19:202-8.
22. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 150-7.
23. Demet MM, Deveci A, Taskin EO, et al. Obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 426-30.
24. Fineberg NA, O'Doherty C, Rajagopal S, et al. How common is obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 152-55.
25. Woodruff PW, Higgings EM, duVivier AW, et al. Psychiatric illness in patients referred to dermatology-psychiatric clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19: 29-35.

The association between irritant contact dermatitis of hand and obsessive compulsive disorder in women: a case control study

Ali Ebrahimi, MD¹
 Mansour Rezaei, PhD²
 Habibollah Khazaei, MD³
 Hossein Kavoussi, MD¹
 Nooshin Nani⁴

1. Department of Dermatology, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
2. Department of Bio-Statistics, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
3. Department of Psychiatry, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
4. Faculty of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

Background and Aim: Irritant contact dermatitis of hands is a chronic and recurrent cutaneous disorder following the contact with detergents and chemicals. Obsessive compulsive disorder is highly frequent among dermatologic patients, and may be presented with signs of irritant contact dermatitis of hands. The aim of this study was to assess the frequency and relationship between obsessive compulsive disorder and irritant contact dermatitis, among women with chronic and recurrent irritant contact of hands dermatitis in Haj Daie Dermatology Clinic in Kermanshah.

Methods: This case-control analytic study was carried out on 139 females with irritant contact dermatitis of hands and 102 female patients without any history of irritant contact dermatitis of hands. Obsessive compulsive disorder was determined based on the clinical interview using DSM-IV-TR (SCID) by a psychiatrist. Data analysis was performed using chi-square and z-test.

Results: The mean age in the case group was 28.2±8.4 and in the control group was 28.4±6.3 years. Fifty-eight (41.7%) of hand dermatitis patients and 5 (4.9%) of control group had obsessive compulsive disorder ($P<0.05$). Obsessive compulsive disorder was seen in 29 and 14 patients with moderate and severe irritant contact dermatitis, respectively.

Conclusion: Obsessive compulsive disorder is common in irritant contact dermatitis of hands. Psychiatric evaluation in female patients with chronic irritant contact dermatitis of hands especially moderate and severe forms is suggested.

Keywords: irritant contact dermatitis, obsessive compulsive disorder, hand eczema

Received: Feb 9, 2013 Accepted: Jun 3, 2013

Dermatology and Cosmetic 2013; 4 (2): 61-68

Corresponding Author:

Hossein Kavoussi, MD

Haj Daie Dermatology Clinic, Golestan Blvd., Kermanshah, Iran.
 Email: hkavoussi@gmail.com

Conflict of interest: None to declare