

فراوانی انواع بیماری‌های پوستی در بیماران بخش روان پزشکی بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل

دکتر سودابه تیرگر طبری^۱
دکتر شکوفه موسوی^۲
نینا فرزانه^۳

۱. گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی بابل،
ایران
۲. گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی
بابل، ایران
۳. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی
بابل، ایران

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر تأثیر متقابل بین روان و پوست در ایجاد برخی از بیماری‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی انواع بیماری‌های پوستی در بیماران بخش روان پزشکی بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل انجام گردید.

روش اجرا: این مطالعه‌ی مقطعی بر روی ۲۵۰ بیمار بستری در بخش روان پزشکی بیمارستان شهید یحیی نژاد شهرستان بابل انجام شد. پوست این بیماران توسط کارورز، مورد معاینه‌ی قرار گرفته و در صورت لزوم معاینه توسط متخصص پوست انجام شد. برای تمامی بیماران، پرسش‌نامه‌ی از پیش طراحی شده بر مبنای معاینه تکمیل گردید. هم‌چنین شرح حال بیمار و اطلاعات پرونده‌ی مربوط به تشخیص بیماری روانی استخراج شده و در پرسش‌نامه ثبت گردید. توصیف و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام و $P < 0/05$ معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها: در افراد مورد بررسی ۱۰۹ بیمار (۴۳/۶٪) مرد و ۱۴۱ بیمار (۵۶/۴٪) زن بودند. شایعترین بیماری روانی افسردگی ماژور (۳۵/۶٪) و اختلال وسواسی جبری (۲۱/۶٪) بود. ۱۶۶ مورد (۶۶/۴٪) بیماری‌های پوستی داشتند که ۶۶ نفر (۳۹/۸٪) مرد و ۱۰۰ نفر (۶۰/۲٪) زن بودند. آکنه، آلوپسی آره‌اتا، خارش مزمن لیکنیفیه، کاندیدیازیس دهانی شایعترین بیماری‌های پوستی در بیماران مورد بررسی بودند. بین وجود عامل تنش (stressor) در شش ماه پیش از بروز بیماری پوستی در بیماری‌های آگزمای تماسی، خارش مزمن لیکنیفیه، آکنه و روزاسه ارتباط معنی‌داری وجود داشت. ابتلا به اسکیزوفرنی با هرپس دهانی در ارتباط بود ($P = 0/002$). هم‌چنین شپش سر با استرس پس از سانحه ارتباط معنی‌داری داشت ($P = 0/004$).

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای بیماری‌های پوستی در بیماران بستری در بخش روان پزشکی، همکاری بیشتر بین درماتولوژیست و روان‌پزشک می‌تواند در درمان بسیاری از بیماری‌ها کمک‌کننده باشد.

کلیدواژه‌ها: سایکودرماتولوژی، بیماری پوستی، بیماری روانی

دریافت مقاله: ۸۹/۷/۲۶ پذیرش مقاله: ۸۹/۹/۴

پوست و زیبایی؛ زمستان ۱۳۸۹، دوره‌ی ۱(۴): ۱۷۸-۱۷۲

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر سودابه تیرگر طبری

بابل، خیابان گنج‌افروز، دانشگاه علوم
پزشکی بابل، پست الکترونیک
stirgartabari@yahoo.com

مقدمه

یک سوم بیماران درمانگاه‌های پوست درجاتی از فاکتورهای هیجانی را نشان می‌دهند، رشته‌ی جدیدی به نام سایکودرماتولوژی به‌وجود آمده است^۱. تاکنون مطالعات انجام شده به سه گروه تقسیم شده‌اند: (۱) مطالعات در مورد استرس و بیماری‌های پوستی؛

مغز و پوست از یک لایه‌ی جنینی (اکتودرم) منشأ می‌گیرند. تأثیر متغیر این دو ارگان بر یکدیگر در دوره‌های مختلف زندگی در مطالعات مختلفی مورد بحث قرار گرفته است. با توجه به اینکه تقریباً حدود

بیماری‌هایی نظیر ویتیلیگو و پسوریازیس و تب‌خال تناسلی و بهجت شناخته شده است.^{۱۰}

با توجه به ارتباط بیماری‌های روانی و بیماری‌های پوستی و مشکلات بیماران هر دو رشته در تشخیص، پیگیری و درمان، بر آن شدیم تا میزان فراوانی بیماری‌های شایع پوستی را در بیماران بستری در بخش روان پزشکی بیمارستان یحیی‌نژاد بابل تعیین نماییم تا در صورت امکان قدمی در جهت ارتقاء دانش پزشکان و کمک به درمان بیماران با توجه به گستردگی استرس‌های روزانه و تأثیر بارز آن در ایجاد بیماری‌های روانی و پوستی برداشته شود.

روش اجرا

این مطالعه به صورت توصیفی و مقطعی بر روی کلیه بیماران بستری در بخش روان پزشکی بیمارستان شهید یحیی‌نژاد شهرستان بابل از بهمن‌ماه ۱۳۸۶ لغایت بهمن‌ماه ۱۳۸۷ انجام شده است. تعداد ۲۵۰ بیمار بستری در بخش روان پزشکی بیمارستان شهید یحیی‌نژاد شهرستان بابل وارد مطالعه گردیدند. سپس این بیماران توسط کارورز و در صورت وجود اشکال تشخیصی توسط متخصص پوست و بیماری‌های آمیزشی مورد معاینه قرار گرفته و برای تمامی آنها، پرسش‌نامه‌ی از پیش طراحی شده بر مبنای معاینه تکمیل گردید. هم‌چنین شرح‌حال بیمار و اطلاعات پرونده در مورد تشخیص بیماری روانی استخراج شده و در پرسش‌نامه ثبت شد. این پرسش‌نامه شامل سه قسمت بود. قسمت اول مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک، قسمت دوم شامل اطلاعات مربوط به اختلالات روانی و قسمت سوم در مورد اطلاعات معاینات و بیماری‌های پوستی بیمار بود. در قسمت سوم پرسش‌نامه هم‌چنین وضعیت بهداشت فردی، سابقه‌ی بیماری پوستی، زمان آغاز و درمان‌های انجام شده برای بیماری پوستی، در صورت وجود، ثبت شد.

(۲) رویکردهای روان‌کاوی و روان‌پوشی به بیماری‌های روان‌تنی پوست؛ و (۳) تحقیقات بالینی و درمان بیماری‌های روان‌تنی پوست.^۱

در حقیقت لزوم ارتباط بین روان‌پزشکان و متخصصین بیماری‌های پوست در بسیاری از بیماران قبلاً تأیید شده است. این وابستگی بین دو رشته‌ی علمی، اولاً؛ به قصد افزودن موفقیت درمان و حمایت روانی برای بیمارانی است که به صورت اولیه، بیماری روانی دارند و به شکل بیماری پوستی تظاهر کرده است. (بیماران هایپوکندریازیس که با زخم‌های دهانی راجعه و ضایعات پوستی مراجعه می‌کنند) و ثانیاً؛ شیوه‌ی بهتری برای پزشکان در درمان بیمارانی است که به مشکل اولیه‌ی بیماری پوستی مبتلا دارند و مسأله‌ی ثانویه‌ی روانی بر آن افزوده شده است (مثل اختلال جنسی در بیماران مبتلا به پسوریازیس).^{۱-۴}

دخالت مسائل روانی در ایجاد بیماری‌های پوستی چون تریکوتیلومانیا یا جویدن ناخن به راحتی توسط متخصصین پوست، خود بیمار یا حتی خانواده‌ی وی قابل تشخیص و پذیرش است ولی از آنجایی که بسیاری از بیماران مبتلا به کهیر مزمن یا خارش مزمن لیکنیفیه که تنها با شکایاتی مثل خارش مراجعه می‌کنند، در نمای ظاهری، بیماری‌های جسمی چون اگزماها را تقلید می‌نمایند. از این رو تشخیص دخالت مسایل روانی در ایجاد این بیماری‌ها ممکن است به تأخیر بیافتد و یا اینکه هرگز صورت نگیرد. به همین دلیل بیماران از درمان‌های رایج چندان سودی نمی‌برند.^{۴-۶}

ناآگاهی و مسایل روانی منجر به درمان ناقص بیماران با بیماری‌های پوستی می‌شود.^{۵-۹} علاوه بر این بعضی بیماری‌های پوستی توسط فاکتورهای روان‌تنی ایجاد و یا پیشرفت می‌کند (نظیر پسوریازیس و نورودرماتیت و هایپوهیدروز). اختلالات روانی ثانویه به گوشه‌گیری فردی به دلیل افسردگی همراه با

بیماری‌های اگزمای تماسی، خارش مزمن لیکنیفیه، آکنه و روزاسه ارتباط معنی‌داری وجود داشت. از افراد مورد مطالعه ۹۵ بیمار (۳۸٪) سیگار مصرف می‌کردند که از این تعداد ۶۴ بیمار (۶۷/۴٪) مرد و ۳۱ بیمار (۳۲/۶٪) زن بودند ($P < 0/001$). بین دو گروه دارای بیماری‌های پوستی و فاقد بیماری‌های پوستی اختلاف معنی‌داری در مصرف سیگار دیده نشد ($P = 0/766$). بین مصرف سیگار و بیماری‌های پوستی اگزمای اتوپیک ($P = 0/014$)، اگزمای تماسی ($P = 0/002$)، کهیر ($P = 0/038$)، آکنه ($P = 0/024$) و شپش ($P = 0/001$) ارتباط معنی‌داری دیده شد. هم‌چنین در بیماران افسردگی ماژور و استرس پس از سانحه مصرف سیگار به‌طور معنی‌دار بیشتر بود (به‌ترتیب $P = 0/030$ و $P = 0/003$).

۴۰ بیمار (۱۶٪) مواد مخدر مصرف می‌کردند که ۲۸ نفر (۷۰٪) مرد و ۱۲ نفر (۳۰٪) زن بودند. اختلاف دو گروه دارای بیماری‌های پوستی و فاقد بیماری‌های پوستی معنی‌دار بود ($P = 0/003$).

خارش در ۱۰۴ بیمار (۴۱/۶٪) دیده شد که ۳۸ نفر (۳۶/۵٪) مرد و ۶۶ نفر (۶۳/۵٪) زن بودند ($P = 0/057$). در تمامی بیمارانی که خارش را ذکر می‌کردند بیماری پوستی دیده شد ($P < 0/001$).

وضعیت بهداشت فردی در ۷۵ بیمار (۳۰٪) خوب، در ۱۵۲ بیمار (۶۰/۸٪) متوسط و در ۲۳ بیمار (۹/۲٪) بد بود. بین دو گروه دارای بیماری‌های پوستی و فاقد بیماری‌های پوستی اختلاف معنی‌داری در وضعیت بهداشت فردی وجود داشت ($P = 0/007$).

بحث

در مطالعه‌ی ما فراوانی بیماری‌های پوستی در بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی با توجه به معاینه و شکایت بیماران ۶۶/۴٪ بود. آکنه، آلوپسی آره‌آتا، خارش مزمن لیکنیفیه، کاندیدیازیس دهانی شایع‌ترین بیماری‌های پوستی در بیماران مورد بررسی بود.

وضعیت بهداشت فردی، خوب (استحمام بیش از یک‌بار در هفته)، متوسط (استحمام یک‌بار در هفته) و بد (استحمام کمتر از یک‌بار در هفته) در نظر گرفته شد.

داده‌های جمع‌آوری و کدگذاری شده، پس از ثبت در جداول طراحی‌شده، در نسخه‌ی ۱۶ نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc. Chicago, IL, USA) وارد شدند و سپس توصیف و تحلیل آماری بر روی آن‌ها انجام شد. برای مقایسه‌ی متغیرهای کیفی در دو گروه از آزمون χ^2 استفاده شد. سطح معنی‌داری آماری در تمام آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در کل بیماران ۱۰۹ بیمار (۴۳/۶٪) مرد و ۱۴۱ بیمار (۵۶/۴٪) زن بودند. کمترین سن در بیماران مورد بررسی ۱۶ سال و بیشترین سن ۷۲ سال با میانگین سنی $34/59 \pm 11/42$ سال بود. از ۲۵۰ بیمار مورد بررسی ۱۶۶ مورد بیماری‌های پوستی داشتند که ۶۶ نفر (۳۹/۸٪) مرد و ۱۰۰ نفر (۶۰/۲٪) زن بودند. میانگین سن در گروه دارای بیماری‌های پوستی $34/54 \pm 11/39$ سال و در گروه فاقد بیماری‌های پوستی $34/69 \pm 11/56$ سال بود ($P = 0/923$). آکنه، آلوپسی آره‌آتا، خارش مزمن لیکنیفیه، کاندیدیازیس دهانی شایع‌ترین بیماری‌های پوستی در بیماران مورد بررسی بود (جدول ۱). شایع‌ترین بیماری روانی در افراد مورد بررسی، افسردگی ماژور (۳۵/۶٪) و اختلالات وسواسی جبری (۲۱/۶٪) بود (جدول ۲).

از عوامل موجب استرس در افراد مورد بررسی، ۱۸ بیمار (۷/۲٪) سابقه‌ی فوت نزدیکان، ۶ بیمار (۲/۴٪) سابقه‌ی تصادف شدید، ۴ بیمار (۱/۶٪) بارداری، ۱۱ بیمار (۴/۴٪) سابقه‌ی زایمان یا سقط، ۱۱ بیمار (۴/۴٪) سابقه‌ی طلاق، ۲۵ بیمار (۱۰٪) سابقه‌ی خودکشی را در ۶ ماه گذشته داشتند. بین وجود استرس در شش ماه پیش از بروز بیماری پوستی در

جدول ۲: فراوانی اختلالات روانی در ۲۵۰ بیمار بستری در بخش روان پزشکی

بیماری روانی	جنس	فراوانی (درصد)	مجموع فراوانی (درصد)
اسکیزوفرنی	مرد	۱۵ (۳۶/۶)	۴۱ (۱۶/۴)
	زن	۲۶ (۶۳/۴)	
اختلال دوقطبی	مرد	۰ (۰)	۱۸ (۷/۲)
	زن	۱۸ (۱۰۰)	
اختلال وسواسی جبری	مرد	۲۷ (۵۰)	۵۴ (۲۱/۶)
	زن	۲۷ (۵۰)	
افسردگی ماژور	مرد	۴۰ (۴۴/۹)	۸۹ (۳۵/۶)
	زن	۴۹ (۵۵/۱)	
شخصیت مرزی	مرد	۰ (۰)	۲ (۰/۸)
	زن	۲ (۱۰۰)	
استرس پس از سانحه	مرد	۲۸ (۱۰۰)	۲۸ (۱۱/۲)
	زن	۰ (۰)	
اختلال پانیک	مرد	۷ (۵۳/۸)	۱۳ (۵/۲)
	زن	۶ (۴۶/۲)	
اختلال اضطرابی منتشر	مرد	۴ (۴۰)	۱۰ (۴)
	زن	۶ (۶۰)	
سایکوز	مرد	۰ (۰)	۸ (۳/۲)
	زن	۸ (۱۰۰)	
اختلال تبدیلی	مرد	۰ (۰)	۲ (۰/۸)
	زن	۲ (۱۰۰)	
دمانس	مرد	۲ (۱۰۰)	۲ (۰/۸)
	زن	۰ (۰)	
سایکوز پس از زایمان	مرد	۰ (۰)	۲ (۰/۸)
	زن	۲ (۱۰۰)	
افسردگی پس از زایمان	مرد	۰ (۰)	۱ (۰/۴)
	زن	۱ (۱۰۰)	
فوبی	مرد	۰ (۰)	۲ (۰/۸)
	زن	۲ (۱۰۰)	

از بیماران مورد مطالعه ۹۵ بیمار (۳۸٪) سیگار می کشیدند که از این تعداد ۶۴ نفر (۶۷/۴٪) مرد و ۳۱ نفر (۳۲/۶٪) زن بودند. بین دو گروه دارای بیماری های پوستی و فاقد بیماری های پوستی اختلاف معنی داری از نظر مصرف سیگار دیده نشد ($P=0/766$). بین وجود

جدول ۱: فراوانی بیماری های پوستی در ۲۵۰ بیمار بستری در بخش روان پزشکی

بیماری پوستی	تعداد (درصد)
اگزمای اتوپیک	۱۰ (۴)
اگزمای سبورئیک	۱۵ (۶)
اگزمای تماسی	۶ (۲/۴)
خارش مزمن لیکنیفیه	۲۲ (۸/۸)
کپیر	۴ (۱/۶)
آکنه	۴۲ (۱۶/۸)
روزاسه	۵ (۲)
پسوریازیس	۲ (۰/۸)
ویتیلیگو	۱۲ (۴/۸)
ملاسما	۲ (۰/۸)
کک و مک	۳۴ (۱۳/۶)
زگیل	۵ (۲)
تبخال	۱۰ (۴)
کچلی	۱۱ (۴/۴)
تینه آورسیکالر	۴ (۱/۶)
کاندیدیاژیس دهانی	۲۲ (۸/۸)
شپش	۷ (۲/۸)
گال	۲ (۰/۸)
درماتیت اکتینیک	۲ (۰/۸)
خال	۳۵ (۱۴)
BCC	۱ (۰/۴)
آلوپسی آراتا	۳۳ (۱۳/۲)
هیرسوتیسم	۳ (۱/۲)
تغییرات ناخن	۵ (۲)
تریکوتیلومانیا	۶ (۲/۴)
خودزنی	۵ (۲)
جویدن ناخن	۷ (۲/۸)

هم چنین شایعترین بیماری روانی در افراد مورد بررسی، افسردگی ماژور (۳۵/۶٪) و اختلالات وسواسی جبری (۲۱/۶٪) بود. ابتلا به اسکیزوفرنی با هرپس دهانی در ارتباط بود ($P=0/002$). هم چنین شپش سر با استرس پس از سانحه ارتباط معنی داری داشت ($P=0/004$).

می‌کردند.^{۱۲} در مطالعه‌ی Berrino و همکارانش در ایتالیا اغلب بیماران مبتلا به کهیر مزمن وجود یک عامل تنش در شش ماه پیش از بروز ضایعات پوستی را ذکر می‌کردند. هم‌چنین شیوع افسردگی در این بیماران در مقایسه با جمعیت عادی بیشتر بود.^۵

در مطالعه‌ی Pasaoglu و همکارانش در ترکیه ۵۹ بیمار مبتلا به کهیر مزمن با ۵۹ فرد سالم مقایسه شدند. نتایج مطالعه نشان داد که امتیازات مربوط به هیپوکندریازیس، افسردگی، پارانوئیا، اسکیزوفرنی و انزوای اجتماعی در گروه بیماران به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه سالم بود.^۹

در مطالعه‌ای در استرالیا، ارتباط آکنه و علائم روانی در دانش‌آموزان مورد بررسی قرار گرفت. شدت آکنه به دو دسته‌ی خفیف (بروز گاهی اوقات) و متوسط (بروز اغلب موارد) تقسیم گردید. ۲۴۹۱ دانش‌آموز بروز آکنه را گزارش دادند. در این میان، دانش‌آموزان با آکنه‌ی متوسط درجات بالاتری از علائم روانی و مراحل بالاتر بلوغ داشتند.^{۱۳} در بررسی Owoeye و همکارانش در نیجریه، ۸۰ بیمار پوستی با ۸۰ فرد سالم در یک مطالعه‌ی مورد شاهده‌ی با هم مقایسه شدند. ۱۶/۳٪ بیماران آکنه، ۱۳/۸٪ خارش، ۱۲/۵٪ ویتیلیگو و ۱۱/۲٪ تینه‌آ داشتند. سطح روانی افراد مورد مطالعه با پرسش‌نامه‌ی SCL-90 مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که در بیماران پوستی در مقایسه با افراد سالم سطح روانی به‌طور معنی‌داری پایین‌تر بود.^{۱۴}

سایکودرماولوژی یکی از شاخه‌های کاربردی درماولوژی است که به متخصص پوست کمک می‌کند بیماری‌های پوستی در افراد مبتلا به اختلالات روانی را به خوبی درمان کند. آموزش‌های مدون در برنامه‌ی آموزشی متخصصین پوست می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. قرارگرفتن برنامه‌های روان‌درمانی و داروهای مربوط به روان‌پزشکی در روند درمان بیماری‌های پوستی جزء برنامه‌های سایکودرماولوژی است.

عامل تنش در شش ماه پیش از بروز بیماری پوستی در بیماری‌های اگزمای تماسی ($P < 0/001$)، خارش مزمن لیکنیفیه ($P = 0/002$)، آکنه ($P = 0/003$) و روزاسه ($P < 0/001$) ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

تاکنون مطالعه‌ای در خصوص وجود بیماری‌های پوستی در بخش روان‌پزشکی انجام نشده است. اکثر مطالعات مربوط به سایکودرماولوژی، در حوزه‌ی همراهی بیماری‌های پوستی و روانی صورت گرفته است. از یک‌سو فاکتورهای سایکولوژیک (نظیر تنش و احساسات منفی) می‌تواند سبب پیشرفت بیماری‌های پوستی (مانند خارش و ویتیلیگو) گردد و از سوی دیگر اختلالات روانی می‌تواند موجب بروز برخی بیماری‌های پوستی (نظیر پسوریازیس و درماتیت آتوپیک) شود.

در مطالعه‌ای در آلمان ۱۰۹ بیماری که با شکایت خارش به درمانگاه درماولوژی مراجعه نموده بودند، با ICD-10 مورد ارزیابی قرار گرفتند. در بیش از ۷۰٪ موارد اختلالات روانی تشخیص داده شد.^۸ هم‌چنین Korabel و همکارانش اختلالات روانی در بیماران پوستی را حدود ۳۰ تا ۶۰٪ تخمین زدند.^{۱۱}

در مطالعه‌ی Arndt و همکارانش در سال ۲۰۰۸ عنوان شد که عوامل تنش داخلی نظیر عفونت‌های باکتریال و عوامل تنش خارجی نظیر مسایل سایکولوژیک ممکن است سبب بروز درماتیت آتوپیک گردد. هم‌چنین کاستن از استرس‌ها و مسایل سایکولوژیک می‌تواند منجر به بهبود بیماری جلدی بیمار گردد.^{۱۲}

در مطالعه‌ای در اسپانیا محققان با انتخاب ۱۳۲ بیمار پوستی، اثر اضطراب را بر روی بیماری‌های جلدی بررسی نمودند. ۴۸٪ از بیماران با پسوریازیس و ۳۸/۸٪ از بیماران با درماتیت آتوپیک سابقه‌ی واقعه‌ی استرس‌زا در شش ماه پیش از بروز بیماری را می‌دادند. هم‌چنین میانگین نمرات آزمون‌های اضطرابی در بیماران با پسوریازیس و درماتیت آتوپیک بیشتر بود. ۲۲٪ بیماران سابقه‌ی اختلالات روانی را ذکر

با توجه به ناشناخته بودن این رشته در ایران و تحقیقات بسیار اندک صورت گرفته پیرامون آن، پیشنهاد می گردد با انجام تحقیقات تکمیلی، برنامه‌ی مدونی جهت آموزش این رشته به متخصصان پوست و اجرای آن در درمانگاه‌های پوست ارائه گردد.

References

1. Mercan S, Kivanç Altunay I. Psychodermatology: A collaboration between psychiatry and dermatology. *Turk Psikiyatri Derg* 2006; 17: 305-13.
2. Millard LG, Catterill JA. Psychocutaneous disorders. In: Burns T, Breathnach S, and Cox N, Griffiths C (eds). *Rook's textbook of dermatology*. Turin: Blackwell Publishing, 2004: 61.1-41.
3. Atilganoğlu U, Uğurad I, Arıkan M, Ergün SS. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis presenting with recurrent oral mucosal ulcers and multiple skin lesions responding to olanzapine treatment. *Int J Dermatol* 2006; 45: 1189-92.
4. Türel Ermertcan A, Temeltaş G, Deveci A, et al. Sexual dysfunction in patients with psoriasis. *J Dermatol* 2006; 33: 772-8.
5. Berrino AM, Voltolini S, Fiaschi D, et al. Chronic urticaria: importance of a medical-psychological approach. *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2006; 38: 149-52.
6. Long D, Long RA, Grillo MP, Marshman G. Development of a psychological treatment service for pruritic skin conditions. *Australas J Dermatol* 2006; 47: 237-41.
7. Poot F, Sampogna F, Onnis L. Basic knowledge in psychodermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21: 227-34.
8. Schneider G, Driesch G, Heuft G, et al. Psychosomatic cofactors and psychiatric comorbidity in patients with chronic itch. *Clin Exp Dermatol* 2006; 31: 762-7.
9. Pasaoglu G, Bavbek S, Tugcu H, et al. Psychological status of patients with chronic urticaria. *J Dermatol* 2006; 33: 765-71.
10. Erberk-Ozen N, Birol A, Boratav C, Kocak M. Executive dysfunctions and depression in Behçet's disease without explicit neurological involvement. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60: 465-72.
11. Korabel H, Dudek D, Jaworek A, Wojas-Pelc A. Psychodermatology: psychological and psychiatric aspects of dermatology. *Przegl Lek* 2008; 65: 244-8.
12. Arndt J, Smith N, Tausk F. Stress and atopic dermatitis. *Curr Allergy Asthma Rep* 2008; 8: 312-7.
13. Kilkenny M, Stathakis V, Hibbert ME, et al. Acne in Victorian adolescents: associations with age, gender, puberty and psychiatric symptoms. *J Paediatr Child Health* 1997; 33: 430-3.
14. Owoeye OA, Aina OF, Omoluabi PF, Olumide YM. An assessment of emotional pain among subjects with chronic dermatological problems in Lagos, Nigeria. *Int J Psychiatry Med* 2007; 37:129-38.

Frequency of dermatologic problems in psychiatric patients in Yahya-Nejad Hospital in Babol

Soodabeh Tirgar-Tabari, MD¹

Shokoofeh Moosavi, MD²

Nina Farzan³

1. Department of Dermatology,
Babol University of Medical Sciences,
Babol, Iran

2. Department of Psychiatry,
Babol University of Medical Sciences,
Babol, Iran

3. School of Medicine, Babol University of
Medical Sciences, Babol, Iran

Background and Aim: The correlation between diseases and psychiatric problems had been evaluated recently. The aim of this study was to determine the prevalence of skin diseases in patients in psychiatric department of Yahya-Nejad Hospital in Babol, North of Iran, in 2008.

Methods: This cross sectional study was performed on 250 patients hospitalized in psychiatric department of Yahya-Nejad Hospital in Babol. They were examined by a dermatologist and laboratory examinations (skin smear and biopsy) were done if needed. Then a questionnaire including information about sex, age, job, past medical history and history of addiction, major stress, general appearance, psychological problems, previous and new dermatological diseases and treatment protocols was completed for every patient. Data were analyzed by SPSS 11 and $P < 0.05$ was significant.

Results: Among two hundred and fifty patients (109 male and 141 female) with psychological problems, 166 patients had dermatologic diseases. Sixty six were male and 100 cases were female. Major depression and obsessive-compulsive disorders had highest frequency in psychologic disorders. Seventy patients had treated their skin disorders. There was a significant relationship between stressors in the last six months with eczema, lichen simplex chronicus, acne, and rosacea. Correlations between schizophrenia and herpes simplex labialis ($P=0.02$), and PTSD with pediculosis were significant ($P=0.004$).

Conclusion: Dermatological disorders are associated with a variety of psychological problems that can affect patients. Increased understanding of biopsychosocial approaches and liaison among physicians, psychiatrists and dermatologists can be very useful and highly beneficial.

Keywords: psychodermatology, skin diseases, psychiatric disorders

Received: Oct 18, 2010

Accepted: Nov 25, 2010

Dermatology and Cosmetic 2010; 1(4): 172-178

Corresponding Author

Soodabeh Tirgar-Tabari, MD

Ganjafrouz Ave, Babol University of
Medical Sciences, Babol, Iran.

Email: stirgartabari@yahoo.com