

اختلال وسواس در بیماران اگزمایی مراجعه کننده به یک درمانگاه دولتی پوست در اصفهان

دکتر غلامرضا خیرآبادی^۱، دکتر الناز سلماسی^۲، سحر اکبری پور^۳، دکتر ماه رخساره نادریان^۴

خلاصه

مقدمه: همراهی تظاهرات پوستی با اختلال وسواسی-جبری (OCD یا Oobsessive-compulsive disorder) در برخی مطالعات گزارش شده است. بررسی حاضر با هدف تعیین شیوع و شدت OCD و ارتباط احتمالی بین این اختلال و برخی از متغیرهای دموگرافیک در بیماران مبتلا به اگزما انجام گرفت.

روش‌ها: این بررسی از نوع توصیفی-تحلیلی است که به صورت مقطعی انجام گرفت و در آن ۱۵۰ بیمار مبتلا به اگزما مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان شریعتی اصفهان به وسیله پرسش‌نامه‌ی یل‌براون از نظر علائم اختلال وسواسی-جبری مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به نمرات، بیماران در دو دسته‌ی مبتلا و غیرمبتلا به OCD قرار گرفتند. دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک و مشخصات بیماری پوستی با یکدیگر مقایسه گردیدند.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه $۱۵/۹ \pm ۳۹/۱$ سال بود و $۵۹/۳$ درصد آن‌ها زن بودند. میانگین مدت ابتلا به اگزما در آن‌ها $۴۸/۹ \pm ۲۱/۱$ ماه بود. ۳۸ نفر ($۲۵/۳$ درصد) مبتلا به OCD بودند. تمام بیماران مبتلا به OCD زن بودند و به صورت معنی‌داری از افراد غیرمبتلا به این اختلال جوان‌تر بودند ($P < ۰/۰۵$). مدت زمان ابتلا به اگزما و شدت اگزما بین مبتلایان و غیر مبتلایان به OCD تفاوتی نداشت ($P > ۰/۰۵$). اما افزایش شدت OCD با کاهش تعداد مناطق درگیر با اگزما ($P = ۰/۰۰۱$) و با افزایش مدت زمان ابتلا به اگزما ($P < ۰/۰۵$) همراه بود.

نتیجه‌گیری: شیوع OCD در بیماران مبتلا به اگزما که به درمانگاه‌های پوست مراجعه می‌کنند از جمعیت عمومی به بیش‌تر است. جهت درمان مؤثر و به موقع بیماری اگزما تشخیص و درمان به موقع OCD همراه آن حایز اهمیت است.

واژگان کلیدی: اختلال وسواسی-جبری، اگزما، بیماری‌های پوستی.

مقدمه

پزشکی، رشته‌ی پوست دارای بیش‌ترین بیماران روان‌تنی است که به دلیل ناآشنایی با خدمات روان‌پزشکی و یا بی‌میلی نسبت به مراجعه به روان‌پزشک و یا روان‌شناس به پزشکان متخصص پوست مراجعه می‌کنند (۱). از میان این بیماران فقط درصد کمی توسط متخصصین پوست جهت درمان‌های روان‌شناختی معرفی می‌گردند و بقیه‌ی

بیماری‌های روان‌تنی امروزه جایگاه ویژه‌ای در روان‌پزشکی پیدا نموده‌اند و هر روز که می‌گذرد رابطه‌ی بیماری‌های جسمانی با روان انسان بیش از پیش آشکار می‌شود و همین امر تأکید بیشتری بر توجه به مسایل روانی جهت درمان مناسب‌تر این بیماری‌ها را ایجاب می‌کند. از میان رشته‌های مختلف

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ پزشک عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد، اصفهان، ایران.

^۳ کارشناس ارشد روان‌شناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۴ متخصص پوست، بیمارستان شریعتی، سازمان تأمین اجتماعی اصفهان، اصفهان، ایران.

آن‌ها تنها از جنبه‌ی شکایات پوستی مورد بررسی و درمان قرار می‌گیرند و به طور معمول از درمان‌های رایج چندان سودی نمی‌برند (۲-۳) و همین امر باعث می‌گردد مشکلات آن‌ها به صورت کامل رفع نگردیده و جهت درمان کامل به پزشکان و مراکز مختلف درمانی مراجعه نمایند که این امر هزینه‌ی سنگینی را بر فرد و جامعه تحمیل می‌کند (۴).

از میان بیماران مبتلا به اختلالات روانی، بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری (Obsessive-compulsive disorder یا OCD) بیش از دیگران به پزشکان غیر روان‌پزشک مراجعه می‌کنند (۵). OCD شامل افکار، تصاویر یا تکانه‌های مقاوم و تکراری است که برای فرد مزاحم و ناراحت کننده بوده و باعث ایجاد اضطراب و ناراحتی در وی می‌شود (وسواس) و شخص در پاسخ به یک وسواس، رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی خاصی را انجام می‌دهد (اجبار). این وسواس‌های فکری یا عملی، مکرر و چنان شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه‌ای را برای فرد به بار می‌آورد و اختلال قابل ملاحظه‌ای را در روند طبیعی زندگی، کارکرد شغلی و فعالیت‌های معمول اجتماعی و حتی روابط فردی او ایجاد می‌کند (۱). برخی مطالعات نشان داده‌اند که درصد بالایی از بیماران مبتلا به اختلال OCD یا علائم آن به دلیل علائم و نشانه‌های پوستی به مراکز درمان سرپایی پوست مراجعه می‌نمایند (۶-۸). Gupta و همکاران نشان دادند که ۲۰ تا ۴۰ درصد مراجعان به درمانگاه‌های پوست از مشکلات روان‌پزشکی نیز رنج می‌برند (۲-۳)، که از جمله‌ی آن‌ها OCD است که در مطالعه‌ی عمرانی فرد و همکاران در ۲۲/۱ درصد (۹)، در مطالعه‌ی Demet و همکاران در ۲۴/۷ درصد (۶) و در مطالعه‌ی Fineberg و همکاران در ۲۰ درصد مراجعان به کلینیک‌های پوست تشخیص

داده شده است (۷).

همراهی تظاهرات پوستی OCD در بعضی مطالعات تحت عنوان Dermo-OCD نام برده شده و به دو گروه تظاهرات وسواسی و تظاهرات جبری تقسیم گردیده است. طبق این تقسیم‌بندی شکایاتی مانند ریزش مو، زشتی و فکر ابتلای به بیماری‌های جنسی بدخیم، عفونت‌های قارچی و ایدز مثال‌هایی از وسواس بوده و تظاهراتی از قبیل کندن مو، خارش‌های عصبی، کندن ناخن، لیسیدن لب، تحریکات و التهابات پوستی ایجاد شده به دلیل شستشوی مکرر دست‌ها مثال‌هایی از اجبار می‌باشند (۱۱-۱۰، ۸).

از میان بیماری‌های پوستی که شیوع OCD در بین بیماران مبتلا به آن طی چند مطالعه بررسی شده است، اگزما می‌باشد. شستن مکرر دست‌ها که در OCD دیده می‌شود می‌تواند عملکرد محافظتی پوست را مختل سازد و زمینه را برای ایجاد اگزما که اغلب مزمن نیز می‌شود فراهم آورد (۱۱-۱۰، ۸). اگزما به معنی پاسخ التهابی پوست می‌باشد و خارش، اریتم، پوسته‌ریزی و دلمه‌های پاپولو و وزیکولر خوشه‌ای از علائم بالینی آن هستند. براساس خصوصیات هستیویاتولوژیک و بالینی ضایعات التهابی اگزمایی را می‌توان به سه گروه التهاب اگزمایی حاد، تحت حاد و مزمن تقسیم نمود (۱۲).

مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین فراوانی و شدت OCD و تعیین ارتباط احتمالی بین OCD و پاره‌ای از متغیرهای دموگرافیک در بیماران مبتلا به اگزما انجام گرفت.

روش‌ها

روش اجرای این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی انجام گرفت. جامعه‌ی آماری این پژوهش بیماران مبتلا به اگزما مراجعه کننده‌ی به

درمانگاه پوست بیمارستان شریعتی اصفهان بودند. حجم نمونه در این پژوهش با استفاده از محاسبات آماری ۱۳۸ نفر محاسبه گردید که به منظور افزایش دقت مطالعه تعداد ۱۵۰ نفر در نظر گرفته شد.

در این مطالعه اطلاعات دموگرافیک سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، طول مدت بیماری و تشخیص بالینی متخصصین پوست برای بیماری اگزما در پرسشنامه‌ی مربوط به مطالعه جمع‌آوری شد. پرسشنامه‌ی وسواسی- جبری یل براون (Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale یا DY-BOCS) نیز توسط محققین به صورت مصاحبه‌ی حضوری تکمیل گردید. این پرسشنامه دارای ۲ قسمت است. در قسمت اول آن (فرم A) یعنی بخش غربالگری، لیستی از علائم OCD وجود دارد که چنانچه فردی حداقل ۲ علامت از علائم فرم A را دارا باشد قسمت دوم پرسشنامه (فرم B) برای وی تکمیل خواهد گردید. این قسمت مربوط به وسواس فکری و وسواس عملی است. هر قسمت ۵ سؤال ۵ گزینه‌ای دارد که از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌ی هر قسمت بین ۰ تا ۲۰ و نمره‌ی کلی پرسشنامه بین ۰ تا ۴۰ است. براساس نمره‌ی کلی بیماران به ۵ دسته تقسیم بندی می‌شوند. بیماران با نمره‌ی ۰ تا ۷ در دسته‌ی OCD تحت بالینی، ۸ تا ۱۵ خفیف، ۱۶ تا ۲۳ متوسط، ۲۴ تا ۳۱ شدید و ۳۲ تا ۴۰ در دسته‌ی OCD خیلی شدید قرار می‌گیرند (۱۳).

ابتدا بیماری اگزمای بیماران توسط متخصص پوست تشخیص داده شد و پس از ثبت مشخصات اگزما توسط متخصص پوست، بیماران به محقق ارجاع داده شدند. در مرحله‌ی دوم تحقیق ابتدا قسمت غربالگری پرسشنامه‌ی یل براون برای هر بیمار

تکمیل گردید. سپس در صورت وجود حداقل ۲ علامت در قسمت اول، قسمت دوم پرسشنامه نیز توسط محقق تکمیل گردید. در تمام مراحل تکمیل و نیز نمره‌دهی پرسشنامه‌ی یل براون در صورتی که محقق در مورد وجود یا عدم وجود OCD شک داشت، بیمار جهت بررسی بیشتر به روان‌پزشک ارجاع داده شد تا مصاحبه‌ی تشخیصی و اعلام نظر توسط وی صورت گیرد.

اطلاعات به دست آمده وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۵ (version 15, SPSS Inc., Chicago, IL) گردید و با استفاده از آزمون‌های آماری Student-t، Mann-Whitney، χ^2 و آزمون‌های همبستگی مورد آنالیز قرار گرفتند.

یافته‌ها

از ۱۵۰ بیمار مبتلا به اگزما که مورد بررسی قرار گرفتند ۵۹/۳ درصد زن و ۴۰/۷ درصد مرد، ۱۷/۳ درصد مجرد و ۸۲/۷ درصد متأهل بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه $15/94 \pm 39/16$ سال بود. از نظر وضعیت تحصیلی ۱۲/۷ درصد بی‌سواد، ۳۳/۳ درصد زیردیپلم، ۳۳/۳ درصد دیپلم، ۱۶/۰ درصد فوق دیپلم و ۴/۷ درصد مدرک کارشناسی و بالاتر داشتند. میانه‌ی مدت زمان ابتلا به اگزما در افراد مورد مطالعه ۳/۵ سال بود (کم‌ترین مدت یک هفته و بیش‌ترین مدت ۲۸۸ ماه) و میانه‌ی تعداد مناطق درگیر بدن ۲ منطقه بود (با توجه به این که توزیع داده‌های مدت زمان ابتلا به اگزما و تعداد مناطق درگیر نرمال نبود به جای میانگین و انحراف معیار از میانه و بازه‌ی زمانی استفاده گردید). فراوانی شدت اگزما در مبتلایان در جدول شماره‌ی ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی شدت بیماری اگزما در افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد	درصد
حاد	۲۲	۱۴/۹
تحت حاد	۵۳	۳۵/۸
مزمن	۷۳	۴۸/۷

زن بودند، میانگین سنی مبتلایان به OCD به طور معنی داری کمتر از افراد غیرمبتلا بود ($P < 0/005$). ولی از نظر وضعیت تأهل تفاوت معنی داری بین افراد مبتلا و غیرمبتلا به OCD مشاهده نگردید. میزان تحصیلات در افراد مبتلا به OCD بالاتر از بیماران غیرمبتلا بود. از نظر مدت زمان ابتلای به اگزما، تعداد مناطق درگیر و شدت اگزما بین مبتلایان و غیرمبتلایان به OCD تفاوت معنی داری مشاهده نگردید (جدول شماره ۲).

از میان ۱۵۰ بیمار مورد بررسی ۳۸ نفر (۲۵/۳ درصد) مبتلا به OCD بودند. اختلال OCD در ۱۸/۹ درصد مبتلایان تحت بالینی، ۱۶/۲ درصد خفیف، ۳۷/۸ درصد متوسط، ۲۱/۶ درصد شدید و ۵/۴ درصد بسیار شدید بود. پس از مشخص شدن افراد مبتلا به OCD بیماران شرکت کننده در مطالعه در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به OCD از نظر شاخص‌های دموگرافیک و مشخصات اگزما با یکدیگر مقایسه گردیدند. تمامی مبتلایان به OCD

جدول ۲. مقایسه‌ی شاخص‌های دموگرافیک و برخی مشخصات اگزما در افراد مبتلا و غیرمبتلا به OCD

متغیر	مبتلا به OCD (n = ۳۸)	غیرمبتلا به OCD (n = ۱۱۲)	مقدار P
شایع‌ترین مناطق درگیر اگزما	دست	۲۸ (۷۳/۶)	۰/۳۲۳
	ساعد	۱۱ (۲۸/۹)	۰/۰۰۱
	دست و ساعد	۳۲ (۸۴/۲)	۰/۰۷۱
	پا	۲ (۵/۹)	۰/۰۹۰
شدت اگزما	حاد	۴ (۱۰/۵)	۰/۶۷۸
	تحت حاد	۱۴ (۳۶/۸)	
	مزمن	۲۰ (۵۲/۶)	
جنسیت	مرد	۰	۰/۰۰۰
	زن	۳۸ (۱۰۰)	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۰ (۲۶/۳)	۰/۰۷۷
	متأهل	۲۸ (۷۳/۶)	
	بی سواد	۰	
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۶ (۱۵/۷)	۰/۰۰۰
	دیپلم	۱۴ (۳۶/۸)	
	فوق دیپلم	۱۶ (۴۲/۱)	
	کارشناسی و بالاتر	۲ (۵/۹)	

جدول ۳. رابطه‌ی شدت OCD با متغیرهای مختلف بیماری اگزما

شدت اگزما	مدت زمان ابتلا به اگزما	تعداد مناطق درگیر	ضریب همبستگی	شدت OCD
۰/۰۸۳	۰/۳۵۷	-۰/۵۲۰	ضریب همبستگی	
۰/۶۲۰	۰/۰۳۲	۰/۰۰۱	مقدار P	

طبق آزمون همبستگی اسپیرمن رابطه‌ی معنی‌دار منفی بین شدت OCD و تعداد مناطق درگیر و رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری بین شدت OCD و مدت زمان ابتلا به اگزما مشاهده گردید که با قرار دادن نمره‌ی کلی پرسش‌نامه به عنوان شدت OCD قوی‌تر گردید. نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین شدت OCD و شدت اگزما رابطه‌ای را نشان نداد (جدول شماره‌ی ۳).

بحث

با توجه به این که درصد قابل توجهی از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌ها و مطب‌های بیماری‌های پوستی دارای مشکلات روان‌شناختی با درجات مختلف هستند (۱۴-۱۵) و از میان بیماری‌های پوستی، بیماری اگزما جزء آن دسته از بیماری‌هایی است که شیوع اختلال OCD در آن شایع است (۵). این مطالعه با هدف تعیین شیوع و شدت OCD و تعیین ارتباط احتمالی بین OCD و برخی از متغیرهای دموگرافیک در بیماران مبتلا به اگزما صورت گرفت.

نتایج حاکی از آن بود که حدود ۲۵/۳ درصد بیماران مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان شریعتی اصفهان مبتلا به OCD بودند که در مقایسه با نتایج سایر مطالعات تفاوت چندانی مشاهده نگردید (۶-۷، ۹). در اغلب مطالعات فراوانی OCD در مراجعین به کلینیک‌های پوست به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از جمعیت عمومی بود (۱۶). درخصوص علت شیوع

بالای این اختلال روان‌پزشکی در بین مراجعین به درمانگاه‌های پوست دو فرضیه قابل طرح است که خود قابل بررسی است. فرضیه‌ی اول این که همانند بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی دیگر، تظاهرات بالینی OCD نیز در مراحل اولیه‌ی بیماری به صورت شکایات جسمی است و اغلب افراد ابتدا به مراکز درمانی غیر روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند و فرضیه‌ی دوم این که افراد وسواسی به طور معمول دقت بیشتری به مسایل مربوط به سلامتی خود دارند و بیشتر از افراد دیگر به پزشک مراجعه می‌کنند.

در بررسی حاضر شدت OCD در ۶۴/۸ درصد از بیماران متوسط به بالا بود که با نتایج مطالعات Fineberg و همکاران (۷) و Demet و همکاران (۶) هم‌سو بود. این نتایج نشان می‌دهد که در اکثریت قاطع مراجعین به مراکز درمان بیماری‌های پوستی که هم‌زمان مبتلا به OCD نیز هستند این اختلال روان‌پزشکی از شدت قابل ملاحظه‌ای برخوردار بوده و نیازمند توجه جدی می‌باشد.

از سوی دیگر بین فراوانی نسبی OCD در بین زنان و مردان و وضعیت تأهل در بیماران مبتلا و غیرمبتلا به OCD تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید که این نتیجه با نتایج به دست آمده در مطالعه‌ی عمرانی فرد و همکاران (۹) هم‌خوانی ندارد. این تفاوت شاید ناشی از تفاوت در نمونه‌های مورد بررسی باشد؛ چرا که در بررسی حاضر فقط بیماران مبتلا به اگزما مورد بررسی

پوستی از جمله اگزما و OCD بسیار پیچیده است، به نحوی که ضایعات پوستی و تظاهرات آن‌ها ممکن است با OCD هم‌پوشانی داشته باشند به طوری که برخی محققین شکایت‌های پوستی را عارضه‌ی ثانویه‌ی وسواس دانسته‌اند و عنوان کرده‌اند که لمس ناکافی اشیای پیرامون به دلیل حساسیت وسواسی ممکن است به اشکال و ضعف در تصور از جسم فرد منجر شده و به دنبال آن فرد به صورت وسواس گونه‌ای با نقایص جسمی بدن خود اشتغال ذهنی پیدا کند و با شکایت‌های پوستی به متخصصین پوست مراجعه نماید و یا این که شستشوی افراطی ناشی از وسواس منجر به تحریک پوست شده و اگزمای ثانویه را در فرد ایجاد نماید.

نتیجه گیری

شیوع اختلال وسواسی - جبری در بیماران مبتلا به اگزمای مراجعه کننده به درمانگاه‌های پوست به صورت قابل توجهی بالاتر از مقادیر گزارش شده از شیوع این اختلال در جمعیت عمومی است. در درمان اگزما باید به این نکته توجه خاص داشت که در صورت وجود اختلال OCD عدم تشخیص و درمان به موقع این اختلال می‌تواند روند درمان اگزما را با مشکل مواجه نموده و از موفقیت اثر درمان اگزما بکاهد. بنابراین با توجه به مسایل بیان شده کوشش و همکاری متخصصین پوست و اعصاب و روان باید به گونه‌ای تنظیم شود که ضمن آن که هم‌زمان مسایل روانی بیمار شناسایی و درمان می‌شود، مسایل پوستی وی نیز پیگیری و درمان شود. بدون حل مسایل ریشه‌ای روان شناختی درمان موقت علائم پوستی فقط یک درمان موقت و سطحی است و دیری نخواهد پایید که مشکل بیمار به همان شکل یا اشکال دیگر بروز خواهد کرد.

قرار گرفتند در صورتی که عمرانی فرد و همکاران کل بیماران مراجعه کننده به مراکز درمان بیماری‌های پوستی را مورد بررسی قرار دادند.

در مقایسه‌ی بین تفاوت میانگین‌های سنی بیماران مبتلا و غیرمبتلا به OCD تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید که با توجه به در نظر گرفتن سن شایع OCD که ۲۰ سالگی است (۱) این نتیجه مؤید نتایج به دست آمده در تحقیقات گذشته می‌باشد و لزوم توجه به این بیماری را در بیماران جوان‌تر مراجعه کننده به مراکز درمان بیماری‌های پوستی مطرح می‌سازد.

بین میانگین مدت زمان ابتلا به اگزما در بیماران مبتلا و غیرمبتلا به OCD تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید که این امر ممکن است ناشی از حجم ناکافی نمونه بوده باشد که جهت تأیید یا رد این موضوع نیز به بررسی‌های بیشتر با حجم نمونه‌ی کافی نیاز است. ولی بین شدت OCD و مدت زمان ابتلا به اگزما رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود داشت به صورتی که افزایش شدت OCD با افزایش مدت زمان ابتلا به اگزما همراه بود. این امر می‌تواند ناشی از شستن مکرر دست‌ها در OCD باشد که می‌تواند عملکرد محافظتی پوست را مختل سازد و زمینه‌ی مقاومت به درمان‌های پوستی و تداوم اگزما را فراهم آورد و باعث مزمن شدن بیماری شود (۸، ۱۰-۱۱).

با توجه به مطالب بیان شده انتظار می‌رود که درگیری دست‌ها در بیماران مبتلا به OCD بیشتر باشد که در این بررسی بین درگیری دست و ساعد بیماران اگزمائی مبتلا و غیرمبتلا به OCD تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید که این موضوع می‌تواند ناشی از حجم کم نمونه باشد. آنچه که در پایان از بررسی نتایج در این تحقیق می‌توان عنوان کرد این است که ارتباط بین بیماری‌های

References

1. Sadock, B.J. & Sadock, V.A. Kaplan & sadock's synopsis of Psychiatry. 10edn. Philadelphia: lip-pincott Williams & wilkins; 2007
2. Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN, Koblenzer CS. Psychiatric evaluation of the dermatology patient. *Dermatol Clin* 2005; 23(4): 591-9.
3. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4(12): 833-42.
4. Radmanesh M, shafiei S. Psychosomatic skin diseases. *Iranian Journal of Dermatology*. 1997; 1(3-4): 34-7.
5. Vythilingum B, Stein DJ. Obsessive-compulsive disorders and dermatologic disease. *Dermatol Clin* 2005; 23(4): 675-80.
6. Demet MM, Devenci A, Taskin EO, Ermertcan AT, Yurtsever F, Deniz F, et al. Obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27(6): 426-30.
7. Fineberg NA, O'Doherty C, Rajagopal S, Reddy K, Banks A, Gale TM. How common is obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic? *J Clin Psychiatry* 2003; 64(2): 152-5.
8. Hatch ML, Paradis C, Friedman S, Popkin M, Shalita AR. Obsessive-compulsive disorder in patients with chronic pruritic conditions: case studies and discussion. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26(4): 549-51.
9. Omranifard V, Kheirabadi GhR, Abtahi SMM, Kamali M. Obsessive-compulsive disorder among outpatient referrals to dermatologic clinics of Isfahan. *Ofoogh-e-Danesh Journal*. 2007; 13(2): 52-7.
10. Koblenzer CS. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27(6 Pt 1): 1033-5.
11. Stein DJ, Hollander E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26(2 Pt 1): 237-42.
12. Habif T.P. *clinical Dermatology*. 4ed. New York: Mosby; 2005
13. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry* 2006; 11(5): 495-504.
14. Monti M, Sambvani N, Sacchini F. Obsessive-compulsive disorders in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1998; 11(2): 103-8.
15. Kordon A, Broocks A, Hohagen F. [Obsessive-compulsive disorders in general practice. How the obsessive-compulsive neurotic is revealed by skin and hair]. *MMW Fortschr Med* 2003; 145 Suppl 2: 4-7.
16. Fullana MA, Mataix-Cols D, Caspi A, Harrington H, Grisham JR, Moffitt TE, et al. Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *Am J Psychiatry* 2009; 166(3): 329-36.

Obsessive – Compulsive Disorder in Eczematous Patients Referred to a Public Dermatology Clinic in Isfahan, Iran

Gholamreza Kheirabadi MD¹, Elnaz almasi MD², Sahar Akbaripour MSc³,
Mahrokhsareh Naderian MD⁴

Abstract

Background: Dermatologic manifestation along the obsessive -Compulsive disorder (OCD) has been reported in some studies. The Present study is done in order to determine the prevalence and severity of OCD and to investigate the relation between OCD and some demographic and dermatologic variables in eczematous patients.

Methods: This study is a cross-sectional and descriptive–analytic study in which 150 eczematous patients diagnosed by a dermatologist in Shariati Hospital of Isfahan were tested by the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. Considering the scores, the patients were divided into two groups of OCD and non-OCD. Two groups were compared regarding the demographic variables and dermatologic symptoms.

Findings: Mean age of studied people was 39.1 ± 15.9 years of which 59.3% were women. The average time of having eczema was 21.1 ± 48.9 months. 38 patients (25.3%) were afflicted with OCD. All the OCD patients were female and considerably younger than the non-OCD patients ($P < 0.05$). The duration and severity of eczema was not different between the OCD and non OCD patients ($P < 0.05$). Severity of OCD was related reversely to the number of involved areas and directly to the duration of eczema ($P < 0.05$). There was no relation between the severity of OCD and eczema ($P > 0.05$).

Conclusion: OCD in eczematous patients referred to dermatologic clinics is more prevalent than frequencies reported in the general population; early diagnose and management of OCD plays an important role in the effective treatment of eczematous patients.

Keywords: Obsessive, Compulsive disorder, Eczema, Dermatology, Psychiatry.

¹ Assistant Professor, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical sciences, Isfahan, Iran.

² General Practitioner, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

³ Department of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical sciences, Isfahan, Iran

⁴ Dermatologist, Shariati Hospital, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Gholamreza Kheirabadi MD, Email: kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir