

## رابطه آلرژی و پرخاشگری

دکتر سیروس ایزدی \*      دکتر منوچهر مدرس نراقی \*\*

### مقدمه

یکی از مفاهیم نوین پزشکی که روز بروز وسعت و دامنه آن افزوده می‌شود "اختلالات روانتنی" یا "سایکوسوماتیک" است. مفهوم این اختلالات آن دسته از بیماریهای کنشی یا عضوی اندام‌های مختلف است که عوامل روانی در پیدایش و سیر بالینی آنها نقش مؤثری ایفا می‌کنند (۱-۲-۳-۴-۵). در مقابل این دسته از بیماریهای بدنی که روانتنی نامیده شده‌اند، تعدادی از اختلالهای روانی نیز وجود دارند که "تنی-روانی" یا "سوماتوسایکیک" نام گرفته‌اند. منظور از اصطلاح اخیر برخی از اختلالهای روانی است که در پیدایش یا تشدید آنها عوامل بدنی مؤثر می‌باشند (۱۰-۱۳).

در سالهای اخیر پژوهش‌های بسیاری در جهت اثبات تأثیر عوامل روانی در سبب شناسی و سیر بسیاری از حالات آلرژیک مانند انواع و اقسام کهیر انجام شده است، بطوریکه بسیاری از بیماریها و اختلالهایی که سابقاً ناشی از آنتی ژن شناخته میشد، اکنون روانتنی نامیده میشود. زیرا در پزشکی بالینی مواردی از واکنش آلرژیک مشاهده میگردد که واکنش بیمار نخستین بار همزمان حادثه یا واقعه دردناکی ظاهر شده و متعاقب آن حتی پس از حذف کامل عامل آلرژی زا و تنها بهنگام روبرو شدن بیمار با موقعیتی که با حادثه استرس‌زای بارز کننده وجوه مشترکی داشته است واکنش آلرژیک آشکار شده است (۴-۵).

میدانیم مبنای جنینی پوست و سلسله اعصاب "اکتودرم" است و بسیاری از بیماریهای بدنی مانند "نورودرماتیت" ها علائم پوستی و عصبی را توأماً نشان میدهند (۷). بهمین ترتیب در بالین بیماران مبتلا به کهیر نیز تحریک پذیری، عصبانیت و وجود علائم اضطرابی امری کاملاً شایع است (۱۴). (۱۵-۱۶). اساس فیزیولوژیک پیدایش علائم روانی همراه با آلرژی گرچه کاملاً محقق نشده است، اما مسلماً ماده‌ای که سبب حساسیت میشود میتواند بر سیستم عصبی، غیر مستقیم اثر کرده و باعث نوعی احتقان غیر عفونی مغز و در نتیجه پیدایش علائم روانی بشود. شواهد بسیاری نیز مبین اثر مستقیم ماده آلرژی زا بر سیستم اعصاب (مغز) میباشد که از آن جمله صرع آلرژیک را میتوان نام برد (۱۶-۱۷). در اینجا بعنوان نمونه ذکر چند مورد جالب که یکی از آنها نقل از یک مجله خارجی و بقیه مربوط به مشاهده بالینی خودمان است پرداخته و سپس به بحث پیرامون نحوه اثرات روانتنی و تنی‌روانی در این مورد خاص میپردازیم:

### مشاهدات بالینی

در نامه یکی از بستگان کودکی چنین آمده است (نقل از مجله روانشناسی امروز ۱۹۷۵): "شما عقیده ندارید که موز می‌تواند باعث عصبانیت و خشم شدید شود، اما من کودکی را میشناسم که در حدود ۲۰ دقیقه بعد از خوردن موز

1- Psychsomatic.  
2- Somatopsychic.

\* دانشیار گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی پهلوی - دانشگاه تهران  
\* استادیار گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی پهلوی - دانشگاه تهران

به او توصیه شد که از خوردن شیر و شکلات و نوشابه - هائی پپسی کولا پرهیز کند. الکتروآنسفالوگرام او در ماه فروردین ۲۵۳۴ یعنی هفت ماه ونیم بعد از الکتروآنسفالوگرام اول طبیعی بود. در شهریور ماه ۲۵۳۴ رفتار او به نحو قابل ملاحظه‌ای بهتر شده بود. در این هنگام بعدت یک هفته مجدداً با غذاهای مشکوک تماس پیدا کرد و متعاقب این تماس الکتروآنسفالوگرام فعالیتی در حدود ۲/۵ تا ۶ ثانیه در طرف راست نشان داد. این فعالیت غیر عادی در مرکز مناطق تامپورال، و پارینتال بیشتر بود و هرچه حالت گیجی بیمار شدید تر میشد اختلال فعالیت الکتریکی مغز نیز شدت می یافت. بدین ترتیب اختلال فعالیت مغزی واضح ناشی از حساسیت تشخیص داده شد و در طول هفته‌ای که بیمار با غذاهای ممنوع درگیر بود رفتارش غیر قابل کنترل بود.

#### بحث

تجربه بالینی نشان میدهد که کلیه افراد مبتلابه آلرژی همزمان علائم بدنی خود تغییر رفتار نیز نشان میدهند و بسیاری از این بیماران بعنوان افرادی مهاجم و خود سر معروف میباشند که از لحاظ علمی میتوان آنها را تحریک پذیر نامید. در عمل واکنش روانی ناشی از آلرژی از یک عصبانیت و اضطراب خفیف تا واکنش شدید روانی بصورت پرخاشگری و انجام اعمال غیر قابل کنترل متغیر است (۱۴-۱۵-۱۶). اخیراً بررسی هائی در زمینه مطالعه پرخاشگرانه در اشخاص مبتلا به آلرژی، و گروه شاهد (که آلرژیک نبودند) بعمل آمده است (۱۳-۱۴-۱۵-۱۶) ولی با در نظر گرفتن این که سیستم عصبی کلیه انفرادی که حساسیت دارند گرفتار نمی باشد، اطلاعات بدست آمده تا اندازه‌ای مبهم است. اما شواهد بالینی بسیاری در دست است که مبین هم زمان بودن آغاز بحران آلرژی و تحریک پذیری و اختلال رفتار و همچنین بهبود رفتار پس از تحت کنترل دز آمدن حالت آلرژی میباشد. اما تنها راه قطعی اثبات رابطه پرخاشگری و آلرژی حذف کلیه عوامل محرک مظنون از محیط بیمار است. بدیهی است اگر با حذف این محرکها علائم روانی کاملاً از میان برود و مجدداً با پیدایش آنها در محیط دوباره ظاهر شود میتوان آنها را ناشی از آلرژی دانست. در یک بررسی که در طول مدت چهار سال در یک بخش

به بدترین حالت عصبانیت و خشم مبتلا میشود. البته این کیفیت برای من هم باور کردنی نبود تا آنکه پنج مرتبه آنرا تکرار و مشاهده کردم. این کودک به همه شیرینی‌ها جز به چوب شور واکنش نشان میدهد. در کریسمس ۱۹۶۲ که با والدین او به کالیفرنیا رفته بودیم در میهمانی کریسمس که "تامی" برگزار کرده بود از تمام شیرینی‌ها تنها چوب شور بود. وقتی او توضیح داد که نسبت به شیرینی‌های دیگر حساسیت دارد یکی از حاضرین از او خواهش کرد که از شیرینی‌های دیگر بخورد زیرا حالت "تامی" برای او نیز باور کردنی نبود. تامی شیرینی دیگری را خورد و ۳۰ دقیقه بعد از خوردن آن به حالت خشم و عصبانیت شدیدی افتاد.

#### شرح حال مختصری از چند بیمار ایرانی

دختر ده ساله‌ای هنگامیکه در معرض الکل قرار میگرفت مبتلا به حمله آسم میشد. و در طول حمله دچار فراموشی کامل میگردد. حالت روانی او از شوخ طبعی و بی‌قراری تا گوشه‌گیری و انزواطلبی متغیر بود. در طول مدتی که واکنش او ادامه داشت از لحاظ روانی کاملاً دگرگون بود بطوریکه حتی گاهی مادرش را تشخیص نمیداد و سعی میکرد او را گاز بگیرد مورد دیگر پسر نه ساله ایست، این پسر که ابتدا متعاقب یک کابوس شبانه واکنش روانی شدیدی نشان داده بود نسبت به گل گندم حساس بود و وقتی در معرض گل گندم قرار میگرفت علاوه بر علائم بدنی واکنشی روانی بشکل از دست دادن کامل درک موقعیت خود نشان میداد، اونه خود را میشناخت و نه مادرش را؛ سرش را مکرر به دیوار می‌کوبید و بی اختیار فریاد میکشید.

بیمار دیگر دختر جوانی است که بعلت حالت عصبانیت و پرخاشگری شدیدی که داشت مراجعه کرده بود، خودش اظهار میداشت که همزمان بروز حالت کبیر شناخت زمان و مکان را از دست میدهد. تست های آلرژی مبین واکنش مثبت شدیدی نسبت به ذرت، شکلات و شیر بود. الکتروآنسفالوگرام او دارای امواج نوک تیز ۱۴ بار در ثانیه بود که تعداد زیادی از "اسپایک" ها به مناطق حرکتی تعلق داشت. همچنین امواج بلند "پلی فازیک" در ناحیه تامپورال چپ و یک سری امواج بلند در منطقه تامپورال راست وجود داشت.

و پرخاشگری میشود تأیید مینماید. ضمناً " این اطلاعات بنوبه خود توجه نحوه کنترل اعمال پرخاشگرانه آلرژیک را نیز میسر میسازد. (۱۱)

در اینجا میتوان به این نکته نیز اشاره کرد که علائم روانی ناشی از آلرژی کاملاً شبیه خصوصیات گروهبندی از رفتارهایی است که تحت عنوان خرابی جزئی مغز طبقه بندی میشود. در این موارد معمولاً فعالیت کودک افراطی و غیر قابل کنترل است و والدین همیشه اینگونه رفتارهای کودک را اعمالی وحشیانه توصیف می کنند. چنین کودکانی پرحرف، بی قرار و بی توجه بوده و یادگیری کارهایی که مستلزم مهارت میباشد برای آنها مشکل است. از لحاظ درمانی نیز ذکر این مطلب جالب است که "بنادریل" و "دکسدرین" هم روی حالات روانی ناشی از "ضایعات جزئی مغز" و هم روی واکنش روانی حاصل از آلرژی موثر میباشد و این تأثیر شاید بیش از یک تصادف درمانی باشد.

در هر حال آنچه مسلم است نارسائی رشد و تکامل قشر مغز یا خرابی آن بهر صورت سبب بروز رفتارهای تهاجمی و غیر قابل کنترل میگردد (خرابی جزئی مغز). و بنا براین میتوان چنین فرض کرد که هرگاه بهر علت دیگری اعم از موقت یا دائمی مناطق قشری مسئول کنترل رفتارهای تهاجمی و پرخاشگرانه نتواند وظیفه خود را بطور کامل انجام دهد این رفتارها بطور گذران یا مستمر بروز خواهد کرد و حالت آلرژی یکی از این موارد است.

### خلاصه

در این مقاله ضمن تأثیر گزارش چند مورد بالینی پیرامون نحوه تأثیر عوامل روانی در پیدایش آلرژی یا به تنهایی، از دیدگاه روانتنی و تنی-روانی بحث گردیده است.

کودکان انجام شده است تعداد پنجاه بیماری که دارای پنج علامت آلرژی از قبیل خستگی، تحریک پذیری و دیگر علائم روانی و هیجانی، رنگ پریدگی، حلقه زیر چشم و احتقاق بینی بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. آلرژی اغلب این افراد که علائم بدنی و روانی را توأماً نشان میدادند به تماس یا عدم تماس آنها با ماده محرک خاص بستگی کامل داشت. این محققین نتیجه گرفتند که آلرژی بعنوان یک بیماری عمومی بیش از آنکه در کتاب های درسی به آن توجه میشود مشاهده میگردد. دو دلیل مهم برای درک بیشتر رفتارهای تهاجمی ناشی از آلرژی وجود دارد، یکی از این دلایل تشخیص و درمان کسانی است که پس از خوردن برخی از غذاها دچار حالت تحریک پذیری میشوند، دلیل دیگر بر پایه درک ما از اساس فیزیولوژیک رفتارهای تهاجمی استوار است.

در باره تهاجم و پرخاشگری دو فرضیه اساسی پیشنهاد شده است. یکی از این فرضیه ها این است که پرخاشگری یک حالت "ژنتیک" است و کلیه افراد بالقوه دارای انرژی پرخاشگری میباشند و به این ترتیب الزاماً باید راهی برای تخلیه این انرژی پیدا کنند. تئوری دیگر پرخاشگری را رفتاری یاد گرفته شده میدانند و بر اساس این فرضیه ما یاد میگیریم که فردی مهاجم و پرخاشگر باشیم یا برعکس تهاجم و پرخاشگری خود را کنترل کنیم. آنچه مسلم است هیچ یک از این دو فرضیه توجیه خوب و قابل قبولی که بتوان آنرا با فیزیولوژی مغز تطبیق کرد نمی باشد. اما شواهد فراوانی در دست است که مغز انسان در اصل دارای شبکه های عصبی خاصی است که بر اثر تماس با برخی محرک های مخصوص فعال میشود و خشونت و تهاجم ناشی از آلرژی جلوه های از نحوه کار این سیستم عصبی است. اگر آلرژی بتواند موجب احتقان موضعی مغز بشود، این عقیده را که شبکه عصبی خاصی برای اعمال تهاجمی وجود دارد و تحریک آن سبب بروز تهاجم

### References

- 1- Allerhand M.E., Gough H.G. and Grais M.L. ( 1950 ) Personality factors in neurodermatitis: a preliminary study. *Psychosom. Med.* 12, 383.
- 2- Blaisdell J.H. (1932) Mental Allergy. Report of a case of seborrheic eczema with recurrences dependent on the emotional background. *Arch. Dermatol. Syph.* 25, 204.

- 3- Brown D.G. (1959) Psychosomatic correlates in contact dermatitis: a pilot study, *J. Psychosom. Res.* 4, 132.
- 4- Brown D.G. and Bettley F.R. (1971) Psychiatric treatment of eczema: a controlled trial. *Br. J.* 1, 729.
- 5- Brown D.G. (1972) Stress as a precipitant factor of eczema *J. Psychosom. Res.* 16, 321.
- 6- Brown D.G. and Young A.J. (1965b) Body image and susceptibility to contact dermatitis *Br.J. Med. Psychol*, 38, 261.
- 7- Cleveland S.E. and Fisher S. (1956) Psychological factors in the neurodermatoses *Psychosom. Med.* 18, 209.
- 8- Fiske C.E. and Obermayer M.E. (1954) Personality and emotional factors in chronic disseminated neurodermatitis *Arch. Dermatol. Syph.* 70, 261.
- 9- Groen J.J. (1957) Psychosomatic disturbance as a form of substituted behaviour *J. Psychosom. Res.* 2, 85.
- 10- Harlow H.F. and Zimmerman R.R. (1958) The development of affectional responses in infant monkeys. *Proc. Am. Philosoph. Soc.* 102, 501.
- 11- *Physiology of Violence* P.T. July 1973.
- 12- Ingram J.T. (1933) The personality of the skin. *Lancet* 1, 889.
- 13- Lovett Doust J.W. (1952) Psychiatric aspects of somatic immunity: differential incidence of physical disease in the histories of psychiatric patients. *Br.J. Soc. Med.* 6, 49.
- 14- Obermayer M.E., Blair R., Fiske C., Levitt N., Rush S., Storkan M.A. and Glenn E. (1952) Correlation of emotional status and reactivity to cutaneous stimuli in Functional dermatoses. *Arch. Dermatol. Syph.* 65, 291.
- 15- Robertson G.G. (1947) Emotional aspects of skin disease. *Lancet* 2, 124.
- 16- Rosenthal M.J. (1953) Neuropsychiatric aspects of infantile eczema. Special reference to the role of cutaneous pain receptors. *Arch. Neurol. Psychiatry* 70, 428.
- 17- Woodhead B. (1955) The eczema-asthma syndrome: Psychiatric considerations. *Br. J. Dermatol* 67, 50.