

نامه ما انترنشنال
دانشکده پزشکی
بیت تحریریه:

دکتر شمس الدین بنیدی	دکتر حسین سهراب	دکتر کمال آرمین
دکتر محمد علی گل	دکتر جهان‌شاه صالح	دکتر محمد حسین ارباب
دکتر حسن میرزاآبادی	دکتر محبت قزلباش	دکتر فریاد بهشتی
دکتر ابوالقاسم محمدآبادی	دکتر نضرت‌الله کاکایی	دکتر صادق پرویز غزیزری

رئیس بیت تحریریه - دکتر جهان‌شاه صالح
صاحب امتیاز و مدیر مجله: دکتر محمد بهشتی

شماره ششم

اسفند ماه ۱۳۴۷

سال شانزدهم

بحث روان‌تنانی

- ۴ -

عوارض پوستی روان‌تنانی (۱)

نیکارش

دکتر میر بهاء
دستیار بخش روانپزشکی

دکتر ه. داویدیان
رئیس درمانگاه بخش
روانی

دکتر میر سپاسی
استاد کرسی و رئیس بخش
روانپزشکی

پوست که پوشش وجود انسانی است و واحد انسانی را از محیطی که آنرا احاطه کرده است مجزا و محدود میسازد و بهمین مناسبت بیشتر در تماس عوامل محیطی است، و دارای نقش مهم و بسیاری در دفاع از بدن میباشد. علاوه بر وظایف فیزیولوژی مخصوص خود، پوست یکی از وسایل ظهور هیجان است و بر اثر عوامل هیجانی در عمل و چگونگی آن تغییراتی پیدا میشود چنانکه بر اثر شرم و خجالت، چهره

گلگون میشود. ترس وخشم، رنگ پریدگی و پرخونی تولید میکند و در موارد ترس و خشم خیلی شدید، تعریق زیاد پوست حاصل میشود. و نیز پوست که یکی از اعضاء مهم حساسه است تواند در چگونگی حساسیت خود بعلل روانی اختلال یافته «بیحسی» (۱) «فزون حسی» (۲) یا «اختلال حسی» (۳) پیدا کند (هیستری)

حس درد در روان شناسی ارتباط نزدیک با پوست دارد و بنابراین تمایلات انحرافی جنسی «آزاردوستی» (۴) طبعاً ممکنست بر پوست انعکاس یافته و موجب پریشانی اعمال پوست بشود. از طرف دیگر در تمایلات انحرافی جنسی از نوع «خودنمایی» (۵) نیز پوست بدن طبعاً مورد استفاده قرار میگیرد.

بطور کلی پوست که خود عضوی از واحد وجود انسانی است تحت تأثیر عوامل نفسانی و هیجان قرار میگیرد البته در بعضی عوارض پوستی نقش روانی هنوز بطور قطع تعیین نشده است ولی در بعضی بیماریها این نقش روشن و آشکار است: «نورودر ماتیت» (۶) «اکزما» (۷)، خیز آنژیونوروتیک (۸) کهپیر (۹) و «خارش» (۱۰).

خارج از موارد نامبرده که ارتباط آن با روانتئائی محرز است، بعضی از مصنفین را عقیده اینست که در سایر عوارض جلدی که نقش نفسانی هنوز بدان آشکاری نیست، نیز عامل هیجانی تأثیر بسزائی داشته موجب ظهور عوارض جلدی میشود مثلاً در «سبوره» (۱۱) «پسوریاژیس» (۱۲) پریشانی عمل تعریق پوست، انقباض شریانی (۱۳)، ریزش ناگهانی مو (۱۴) سفید شدن ناگهانی مو (۱۵) وغیره

۱- L'anesthésie

۲- L'hyperesthésie

۳- la paresthésie

۴- Le masochisme

۵- L'exhibitionisme

۶- La neurodermatite

۷- L'eczéma

۸- L'œdème angioneurotique

۹- L'urticaire

۱۰- Le prurit

۱۱- Le seborae

۱۲- Le psoriasis

۱۳- L'angio spasme

۱۴- L'alopecie

۱۵- Canitias (انگلیسی)

در این بیماریها مطالعات دقیق‌علمی که مورد قبول همگی باشد انجام نشده است ولی درباره کپه‌رو «خیز آنژیونوروتیک» اخیراً «ریس» (۱) مطالعاتی کرده که دارای ارزش علمی قابل توجهی است.

«ریس» این عوارض را از جنبه‌های مختلف روان‌تنائی مورد بحث قرار داده مسائل متعدد زمینه و استعداد و شخصیت مخصوص، توارث و جنس بیمار همچنانکه نوع هیجان و عوامل ظاهر ساز بیماریهای را تحقیق کرده و در این تجارب خود مشاهده کرده است که کپه‌رو، این خیز سطحی، موضعی و محدود پوست، «خیز آنژیونوروتیک خیز موضعی عمیق (نسوج تحت جلدی) درزنها بیش از مردها مشاهده میشود. طبق آمار ریس، در خانواده ۳۸ درصد از این بیماران موارد مشابه دیده میشود. اما نسبت بشخصیت بیماران مبتلی به این دو عارضه عقاید مختلف است:

ستوک (۲) معتقد است که اینان اشخاصی هستند غیر متعادل، نوروتیک (عصبی مزاج)، نگران، ناراحت، بدبین و بدگمان نسبت بگمان دیگران درباره خود. «واف» (۳) معتقد است که اینان دارای شخصیتی «لازم» پاسیو (۴) نسبت به تنبیهات والدین میباشند عبارت دیگر اینان تنبیهات والدین را بی اعتراض می‌پذیرند. ویتکور (۵) معتقد است خصائل مهرجویی، نیاز به جلب نظر و آفرین دیگران در این دسته بیماران بطور آشکار مشاهده میشود و در نتیجه اینان یا عدم رضایت دایم از وضع خود داشته عصبیت و عکس‌العمل نشان میدهند و با مطیع و منقاد و تابع تمایلات دیگران میشوند.

ریس موافق نیست که این بیماران دارای شخصیت خاص و متمایزی از دیگران باشند و برعکس معتقد است شخصیت‌های مختلف و متنوع ممکن است این عوارض را پیدا کنند منتها بعضی خصوصیات اخلاقی از قبیل حساسیت افراطی، سرشت ادواری، و عدم تعادل بیشتر از سایر خصایص اخلاقی دیگر در این بیماران دیده میشود. در ۱۲ درصد بیماران «ریس» یک‌گهفته قبل از شروع قاعدگی بحران کپه‌رو آغاز میشده و در ۳۵ درصد ماده الرژن (۶) غذایی یا دارویی (بخور، خوراکی، تزریقی) در کار بوده است.

۱- Linford Rees

۲- Stock

۳- Wulff

۴- passive

۵- Wittkower

۶- allergène

در موارد دیگر تغییرات فیزیکی گرما، سرما، نور موجب بروز کهپیر میگردیده است بعضی از بیماران اخیر واکنش‌های موضعی نشان میداده‌اند بدین معنی که در همان موضعی که معرض گرما، سرما، یا نور بوده کهپیر ظهور میکرده است و در بعضی دیگر برعکس واکنش عام تر بوده در نقاط دورتر از «نقطه در معرض تحریک» نیز واکنش کهپیری پیدا میگردید. - بعضی نیز پس از ورزش و کار بدنی کهپیر درمی‌آوردند.

عوامل محیطی موذی «استرس» در مقدمه مرض اکثر بیماران در کار است. ۵۱ در صد این بیماران بلافاصله پس از هیجان‌ناحیه حاد که وارد آمده از قبیل مرگ‌عنیزی، شکست در زندگی، ناکامی عشقی و غیره دچار کهپیر میشوند و ۴۱ درصد بر اثر هیجان‌ناحیه مزمن و طولانی مانند شرایط سخت و نامساعد کار، زندگی و مسائل جنسی و غیره.

اینک این سؤال طرح میشود که آیا هیجان از نوع خاصی منحصرأ ایجاد کهپیر میکند یا عبارت دیگر آیا هیجان خاص کهپیرزا وجود دارد؟ تاکنون پاسخ این سؤال منفی بوده است زیرا انواع مختلف هیجان‌ناحیه را در سوابق این بیماران یافته‌اند از قبیل عصبیت، غم و اندوه، تنفر و حتی گاهی شادی و نشاط. بنابراین نکته مهم نوع و چگونگی هیجان نیست بلکه نحوه و درجه افسار و برطرف کردن آن است (۱)

موضوع قابل توجه دیگر تعدد عوامل است. در ۹۰ درصد بیماران بیش از یک عامل وجود داشته است. در ۳۵ درصد عامل آلرژی نقش مهمی داشته است و در ۴۵ درصد عوامل فیزیکی نقش اول را بازی کرده است و غالباً اینکه در مواردیکه بیماران بعلت عامل دیگری غیر از آلرژن بکهپیر دچار شده‌اند عموماً دچار «بیقراری هیجانی» (۲) و شخصیت نوروپیک و عصبی بوده‌اند و در مواردیکه آلرژی در کار بوده است در خانواده بیمار انواع دیگر آلرژی نیز مشاهده شده است بعلاوه ماده آلرژن در این دسته از بیماران وقتی ایجاد کهپیر کرده است که بیمار در حال هیجان شدید بوده و گرنه همان ماده به تنهایی ایجاد کهپیر نمیکرده است.

ما خود بیماری می‌شناسیم که عوامل متعدد و مختلف هیجانی که در جریان

۱- Le mode de controle et de la supression de l'emotion

۲- L'instabilité emotive (Emtoional instability)

زندگی نامساعدوی همیشه پیدا و فعال بوده است گاهی ایجاد دوره‌های مانعی میکرد وزمانی عوارض اکرمای شدید و این «هم‌سنگی‌تنائی وروانی» (۱) خود جالب وشایان دقت است .

عوامل مختلف نامبرده در بالا که از راه‌های مختلف پوست را تحریک میکنند، همه بامکانیسم واحد نهائی ، سبب ظهور کپیر میشوند بدین ترتیب که عوامل مودیه و «استرس»ها از هر نوع باشد موجب اتساع عروق موضعی شده در آن مواضع ونقاط ، قابلیت نفوذ رگهای موینه را زیاد میکنند . رشته‌های عصبی مسئول ورابط این مکانیسم، اعصاب «آنتی‌درومیک» (۲) میباشند . تنه سلولی این اعصاب در گانگلیون‌های خلفی نخاع (۳) قرار گرفته و آکسون (۴) آنها در انتهای محیطی خود بدوشاخه تقسیم میشود . یک‌شاخه به پوست رفته عامل انتقال حسی است وشاخه دیگر به آرتریولهای (۵) همان ناحیه پایان مییابد . آنگاه، تحریک پوست ، دوجریان ایجاد میکند :

- ۱- جریان حسی که محسوس را به بالا سمت مراکز دماغی میبرد .
- ۲- جریان انعکاسی محلی بوسیله « آکسون » که موجب گشاد شدن و اتساع عروق کوچک (آرتریول) میشود . انتقال این جریانات درالیاف اعصاب باترشح « استیل کولین » از انتهای عصبی بجدارود یواره «آرتریول» هاصورت میپذیرد . ماده «هیستامین» (۵) که در ضمن تحریک پوست ممکن است پیدا و داخل عمل شود ، باعث میشود که عمل اتساع عروق مذکور طولانی‌تر گردد . برخی عقیده دارند علاوه‌باغیر از مواد «هیستامین» و «استیل کولین» ، ماده نامعلوم دیگری نیز در فعل‌وانفعالات شیمیائی لازم نقشی دارد وارتباط شیمیائی را تأمین میکند .

تحریک موضعی پوست یا تحریک اعصاب «آنتی‌درومیک» درطول مسیر عصبی در قسمت ریشه خلفی اعصاب نخاعی ایجاد واکنش‌ها و پاسخهای سه‌گانه زیر را می‌کند که در پوستهای حساس کاملاً مشخص است :

- ۱- Le balancemet psycho-organique
- ۲- les nerfs antidromiques(n. antidromic)
- ۳- Les ganglions spinaux
- ۴- L' axone
- ۵- Les arterioles
- ۶- L' hystamine

الف - خطی سرخ که دارای محیط کاملاً مشخص و متمایزی است و بدو آگلی رنگ است کم کم تیره تر میشود و سرانجام به کبودی میگراید و این تحولات نشان رکود موضعی جریان خون و جذب «هموگلوبین» است که در نتیجه اتساع مویرگها پیدا میشود.

ب- قرمزی (۱) در اطراف موضع تحریک شده تا فاصله نسبتاً دورتری، پوست بطور نامنظم قرمز رنگ میشود و رنگ آن دیگر تغییری نمیکند زیرا اینجا خون شریانی جریان دارد و این قرمزی معلول گشاد شدن «آتریول»ها میباشد و به همین جهت است که در موضع تحریک شده درجه حرارت نیز بالا میرود.

ج- دگمه (۲) در محل خط قرمز، پس از تقریباً پنج دقیقه برآمدگی پیدا میشود این برآمدگی بر اثر ازدیاد قابلیت نفوذ عروق و خروج مایعی شبیه بیلا سما و جمع شدن آن در فواصل انساج پوست است کم کم که برآمدگی زیاد میشود رنگ آن بسفیدی میگراید زیرا در نتیجه تورم، عروق تحت فشار قرار میگیرد.

جوابهای سه گانه بالا را میتوان تجربه^۱ با تزریق محلی «هیستامین» یا «استیل - کولین» یا داروهای «پاراسمپاتیکی و میمیتیک»^۲ دیگری در اشخاص حساس و مستعد ایجاد کرد.

هیجانان نیز مانند عوامل دیگر، موجب اتساع عروق میشود و در صورتیکه شخص، مستعد بوده ضمناً در معرض محرکات فیزیکی یا شیمیائی قرار گیرد عارضه کهیر ظهور میکند و این یکبار دیگر اصل کلی را که عامل واحدی موجب بیماری نیست و عوامل متعددی لازمست تا بیماری پیدا شود تأیید میکند.

روانکوان نیز سعی کرده اند این عوارض روان تنائی را از طریق تحلیل روانی توجیه و تفسیر و درمان کنند و ذیلاً نحوه تفسیر و توجیه روان کوان را شرح میدهیم : عامل مهمی که در ضمیر نابخود بیماران کهپیری - مانند بیماران آسم - وجود دارد عبارتست از احتیاج افسار شده ای نسبت بحمایت یکی از والدین - یعنی نیاز بحمایت

۱- Flare (انگلیسی)

۲- Wheal (انگلیسی)

۳- Les médicaments parasymphatique mimétique

مادر یا پدر بععل اجتماعی، سنی و غیره و پس زده میشود. مشاهده اینکه این بیماران نمیتوانند بگریزند و اگر گریستند فوراً بعد از بحران گریه عارضه کهیر رفع میشود، ارتباط نزدیک این دورا، و اینکه کهیر نشان فرودادن بغض در گلو و ممانعت از گریستن میباشد، اثبات میدارد.

تمایلات «آزار دوستی» (مازوشیسم) و «دیگر آزاری» (سادیسم) و «خودنمایی» (اکزیبیسیونیسم) در ظهور عوارض «اکزما» و «نور ودرماتیت» قابل توجه است نشان دادن تن خود بمنظور جلب توجه و محبت و مقام همچو اسلحه‌ای در مبارزات اجتماعی بکار برده میشود و متعاقب آن «احساس گناه» ظاهر میشود و چون همیشه فکر مجازات و کیفر بمحض احساس گناه پیدا میشود، پوست که در این مورد سبب گناه شده است دردناک و متألّم میگردد.

عداوت و دشمنی ناگهانی (۱) نیز عامل ظهور خارش است که بععل احساس گناهی که متعاقب عداوت ناگهانی نسبت بدیگران در شخص پیدا میشود، هدف دشمنی را تغییر داده متوجه پوست شخص میکند.

در انواع خارش‌ها از قبیل خارش مقعد یا فرج (۲) و در بعضی «درماتوز»ها (۳) تحریکات جنسی مهار شده، و امیال جنسی اشباع نشده از عوامل مهم بشمار میرود در این موارد خارش در حکم تمتع جنسی واضحی است مشابه استمناء.

علاوه بر این در انواع خارش، دوریت پیدا میشود و «حلقه معیوبه» (۴) در کار است بدین ترتیب که خودخاراندن در پوست، تغییرات نسجی ایجاد میکند که در نتیجه پوست حساسیت خاصی نسبت بمحرکین خارجی پیدا میکند این حساسیت موجب خارش، خارش موجب حساسیت و همچنان دور پیدا میکند و طبعاً عامل بدنی نیز بر عامل روانی اضافه میشود و باعث شدت، حدت و ازمان بیماری میگردد بنابراین در این موارد

۱- La haine impulsive

۲- Prurit anal vulvaire

۳- dermatoses

۴- Le cerole vicieux

درمان نیز باید هم تنهایی و هم روانی باشد و اصولاً در درمان عوارض جلدی بطور کلی، علاوه بر درمانهای عادی باید درمانهای روانی و روان کاوی نیز بکار برد. از جمله تدابیر نفسانی، رزق درون وریدی «متدرین» (۱) را نیز اعمال کرد

منابع و مأخذ

- 1 - Psychosomatic medicim .Franz Alxender
- 2- Applied physiology Samson Wright
- 3- Text_Book of physiology Fulton
- 4- Lectures read by L. Rees
- 5- Psychogenic Aspects of skin disease klauder J.of U. and mental disease Sept 1936
- 6- introduction à la medecine psychosomatique C.Alberto Seguin

