

اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به پسوریازیس

زمینه و هدف: با توجه به نقش مهم عوامل روان‌شناختی در اختلالات سوماتیک به‌ویژه پوستی، در این پژوهش اختلالات شخصیت در بیماران پسوریاتیک مورد بررسی قرار گرفت.

روش اجرا: از مراجعین درمانگاه تخصصی پوست بیمارستان امام خمینی (ره) شهر اردبیل، ۸۱ نفر با بیماری پسوریازیس (گروه بیمار) و ۸۰ نفر بدون بیماری پوستی (گروه کنترل) بررسی شدند. افراد دو گروه از لحاظ سن و جنس هم‌سان‌سازی شدند. شدت پسوریازیس در گروه مورد براساس شاخص PASI (psoriasis area and severity index) در سطوح خفیف، متوسط و شدید توسط متخصص پوست تعیین شد. اطلاعات مربوط به صفات و اختلالات شخصیتی با پرسش‌نامه‌ی MCMI-III ارزیابی شد.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری در صفات و اختلالات شخصیت افسرده، وابسته، وسواسی و نمایشی بین دو گروه وجود داشت. شدت پسوریازیس با اختلال شخصیت وسواسی و وابسته ارتباط معکوس داشت به‌طوری که در موارد خفیف و متوسط، اختلال شخصیت بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها بر همراهی عوامل روان‌شناختی با بیماری پسوریازیس تأکید داشت لذا ارائه‌ی خدمات روان‌درمانی به این بیماران در کنار درمان دارویی ضروری به‌نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: پسوریازیس، اختلال شخصیتی، صفت شخصیتی

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۱۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۰۵

پوست و زیبایی؛ پاییز ۱۳۹۷، دوره‌ی ۹ (۳): ۱۵۷-۱۴۷

دکتر پرویز مولوی^۱

دکتر مجید رستمی^۲

دکتر مهریار ندرمحمدی مقدم^۱

عطرین خلخالی^۳

حبیبه سلوت^۱

۱. گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

اردبیل، اردبیل، ایران

۲. گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی

اردبیل، اردبیل، ایران

۳. دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر مهریار ندرمحمدی مقدم

اردبیل، بیمارستان فاطمی، درمانگاه

روان‌پزشکی

پست الکترونیک:

mehriar46@yahoo.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

تب، بی‌حالی و حتی علائم آرتريت را نشان می‌دهند^۳. از طرف دیگر سلامت پوست بخش مهمی از تصویر ذهنی بدن را تشکیل می‌دهد. متفاوت به‌نظر رسیدن، خصوصاً در بیماران با لکه‌های قابل رؤیت ممکن است باعث کاهش اعتمادبه‌نفس، احساس برجسب‌خوردن و طردشدن در بیماران شود که خود این شرایط در ناتوانی‌های روزانه‌ی بیماران دخالت دارد و به افسردگی و افکار خودکشی منجر می‌شود^۴.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که پریشانی‌های روان‌شناختی و وقایع استرس‌زای زندگی در شروع، تشدید و تداوم شرایط این بیماری نقش مهمی ایفا می‌کنند^۱. سیستم عصبی - هورمونی تحت تأثیر استرس‌های عاطفی قرار می‌گیرد^۵. استرس‌های زندگی می‌توانند سیستم ایمنی را تحت‌تأثیر قرار دهند^۵.

پسوریازیس یکی از بیماری‌های پوستی مزمن، التهابی و عودکننده است^۱ که حدود ۲٪ تا ۳٪ جمعیت عمومی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد^۲. این بیماری بین زنان و مردان از شیوع یکسانی برخوردار است و شروع آن ممکن است در هر سنی رخ دهد. پسوریازیس یک درماتوز اریتماتوز (Erythematous dermatosis) مزمن است و وقوع آن به‌وسیله‌ی عوامل ژنتیکی کنترل می‌شود.

علائم بیماری به‌صورت پلاک‌های پوستی ریز قرمز رنگی تشخیص داده می‌شود که ممکن است هر سطحی از پوست را مبتلا کنند اما بیشتر آرنج، زانو، سر و ناخن‌ها درگیر می‌شوند. بعضی بیماران خارش،

از طرفی شواهد نشان می‌دهند که صرف‌نظر از میزان ضایعات پوستی، افراد مبتلا به پسوریازیس از برجسب‌خوردن و طردشدن از سوی دیگران می‌ترسند که این مسأله می‌تواند از متغیرهای شخصیتی تأثیر پذیرد.^۶ همان‌طور که در میان بیماری‌های پوستی دیگر مثل آکنه نیز این مسأله مطرح است.^۷ فرض شده است که افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی مانند پسوریازیس ممکن است ویژگی‌های شخصیتی خاصی داشته باشند که آن‌ها را نسبت به استرس آسیب‌پذیرتر کند.^۸ مطالعات بیانگر این نکته هستند که الگوهای رفتاری متفاوت و متعددی بین افراد سالم و بیماران پسوریازیس وجود دارد. این تفاوت‌ها نشان می‌دهد که تمایل بیشتری در میان بیماران مبتلا به پسوریازیس وجود دارد که احساسات منفی را نگویند یا بیان احساسات منفی را محدود کنند تا بتوانند با دیگران ارتباط برقرار کنند. نتایج مطالعات نشان می‌دهند که کاهش ظرفیت برای تنظیم محیط که می‌تواند به دلیل مدیریت ضعیف استرس باشد، خطر ابتلا به پسوریازیس را در افراد حساس افزایش می‌دهد.^۹ Rubino و همکاران^۹ نتیجه گرفتند که پسوریازیس به‌طور گسترده‌ای با چندین اختلال شخصیت و به‌طور قابل توجهی با پاتولوژی‌های روان‌نژندی و روان‌پریشی ارتباط دارد. علاوه بر این، بعضی از جنبه‌های شخصیت مانند الکسیثیمی (Alexithymia) که عبارت از ناتوانی در تشخیص یا توصیف احساسات خود است، عامل مهمی برای حساسیت کلی نسبت به بیماری در نظر گرفته می‌شود.^{۱۰} در واقع نتایج مطالعات نشان می‌دهد که در این بیماران، ابتلا به پسوریازیس با الکسیثیمی به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی، با جنسیت (جنس زن) و با چندین بعد روان‌پزشکی دیگر ارتباط دارد.^{۱۱} شخصیت، ساختار روان‌شناختی است که نقش متعادل‌کننده بین محیط روان‌شناختی داخلی و عوامل روان‌شناختی خارجی را ایفا می‌کند. به همین قیاس پوست هم نقش متعادل‌کننده بین محیط فیزیولوژیک

داخلی و عوامل فیزیکی خارجی را دارد. بر اساس این قیاس است که شخصیت آنالوگ روان‌شناختی پوست در نظر گرفته می‌شود. شخصیت سالم حالت‌های انطباق خاصی را که افراد در محیط خود مؤثر می‌یابند، منعکس می‌کند اما برعکس، اختلالات شخصیتی، شیوه‌های مختلفی از پاسخ‌سازی هستند (افکار، احساسات و رفتار) که می‌توانند به کمبودها، عدم تعادل یا مشکلات در توانایی یک فرد در ارتباط با محیط زیست خود نسبت داده شوند^{۱۲} که نهایتاً منجر به احساساتی می‌گردند که ممکن است به شکل اختلال یا بیماری بیان می‌شود.

شخصیت، یک نظام رفتاری پیچیده است که نیاز دارد با محیط تهدیدکننده مقابله کند. سبک شخصیتی سازگار می‌تواند با تشخیص و پاسخ مناسب به حوادث خارجی، احتمال حفظ و نگه‌داری حالت‌های فیزیولوژیکی سالم را افزایش دهد و به تبع آن به پوست اجازه دهد تا به روش سالم عمل کند اما افرادی که دارای زمینه‌ی اختلال شخصیتی و مشکلات سازگاری می‌باشند، می‌توانند با پاسخ‌های ناسازگارانه شرایط پراسترسی را ایجاد کنند که بر سلامتی فیزیولوژیک و همچنین پوست آسیب برسانند.^{۱۳،۱۴} بیماری پسوریازیس اغلب با اختلالات عاطفی، مشکلات در بیان احساسات و آسیب‌پذیری نسبت به استرس همراه است.^{۱۵} شواهدی وجود دارد که بیماران مبتلا به پسوریازیس ترس خود را انکار کرده یا مورد ارزیابی منفی قرار می‌دهند؛ چیزی که می‌تواند به‌وسیله‌ی متغیرهای شخصیتی^{۱۴} تعدیل شود.

Carrascosa^{۱۶} و همکاران در یک مطالعه‌ی مقطعی بر روی بیماران پسوریازیس نشان دادند که شیوع اختلالات روان‌پزشکی از قبیل افسردگی، اضطراب و خودکشی در این بیماران نسبت به افراد عادی بیشتر است. چندین مطالعه روان‌شناختی نیز بر روی علت پسوریازیس بر نقش شخصیت متمرکز شده است؛ با این حال، هیچ گزارشی به پرسش از یک اختلال

آماری اختلالات روان‌پزشکی (DSM5) در بیماران پسوریاتیک می‌باشد.

روش اجرا

این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی است. برای گردآوری اطلاعات از معاینه‌ی بالینی و پرسش‌نامه‌ی استفاده شد. جامعه‌ی آماری کلیه‌ی بیماران پسوریاتیک مراجعه‌کننده به درمانگاه تخصصی پوست بیمارستان امام خمینی (ره) شهر اردبیل بود. از این جامعه تعداد ۸۱ بیمار پسوریاتیک به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تعداد ۸۰ نفر از بیماران غیرپوستی مراجعه‌کننده به سایر درمانگاه‌ها نیز به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. بعد از انتخاب نمونه‌ی آماری (گروه اختلال و کنترل) و پس از اخذ رضایت آگاهانه‌ی شرکت در پژوهش و بیان اهداف تحقیق برای هر یک از آزمودنی‌ها، ابتدا شدت پسوریازیس افراد گروه دارای اختلال براساس شاخص تعیین شدت و مساحت پسوریازیس PASI، در سه سطح خفیف، متوسط و شدید توسط متخصص پوست تعیین شد. سپس اطلاعات مربوط به صفات و اختلالات شخصیتی همه‌ی شرکت‌کنندگان در مطالعه با استفاده از پرسش‌نامه‌ی چندمحوری میلون MCMIII-III به صورت خودگزارشی ارزیابی شد. برای آزمودن فرضیه‌ها از آزمون مربع کای، T test و همبستگی پیرسون استفاده شد. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 صورت گرفت.

ارزیابی شدت بیماری براساس روش PASI به این صورت است که ابتدا درصد درگیری کلی سطح پوست طبق قانون زیر محاسبه می‌شود (A%): سر و دست‌ها هر کدام ۹٪؛ پاها، قسمت قدامی و قسمت خلفی تنه هر کدام ۱۸٪ و ناحیه‌ی ژنیتال ۱٪. سپس برای میزان قرمزی یا اریتم (E)، ضخامت یا انفیلتراسیون (I) و پوسته‌ریزی یا دسکواماسیون (D) هر یک از نواحی درگیر نمره‌ای بین ۰ تا ۴ تعلق می‌گیرد که نمره‌ی

شخصیت واحد برای بیماران مبتلا به پسوریازیس نمی‌پردازد. اختلالات شخصیت در سیستم‌های طبقه‌بندی روان‌پزشکی مانند The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ICD-10) International Classification of Diseases 10th) به سه کلاستر عمده‌ی A، B و C تقسیم می‌شوند.^{۱۰} اختلال اصلی شخصیت در این سه خوشه قرار می‌گیرند. در خوشه‌ی A اختلال‌های شخصیت اسکیزوئیدی، شخصیت اسکیزوتایپال و اختلال شخصیت پارانوئیدی قرار دارند. در خوشه‌ی B اختلال شخصیت نمایشی، خودشیفته، مرزی و ضداجتماعی قرار دارند. در خوشه‌ی C اختلال شخصیت وابسته، اختلال شخصیت اجتنابی و اختلال شخصیت وسواسی قرار دارند.^{۱۷} مطالعاتی که اختلالات شخصیتی را در بیماران پسوریاتیک مطابق سیستم‌های طبقه‌بندی روان‌پزشکی انجام داده باشند کم هستند مانند Rubino و همکاران^۹ که چهار خوشه‌ی شخصیتی متفاوت برای بیماران مبتلا به پسوریازیس گزارش دادند: (الف) اجتناب‌ناپذیر، وابسته، اسکیزوئید و در خودشکست‌خورده، (ب) اجباری، نارسیسیست و تهاجمی، (ج) هیچ اختلالی شخصیتی و (د) مرزی، پارانوئید و اسکیزوتایپال. اکثر مطالعاتی که ویژگی‌ها و اختلالات شخصیتی را در بیماران سورینیک بررسی کرده‌اند از طبقه‌بندی‌های روان‌پزشکی اختلالات شخصیت فاصله گرفته‌اند و از ابزارهایی مانند NEO و EPQ استفاده نموده‌اند که مخصوص تشخیص اختلالات شخصیتی نمی‌باشند لذا بحث اختلال شخصیت زیر سؤال می‌رود^{۱۸،۱۹}. با توجه به شواهد موجود از مطالعات درخصوص تأثیر منفی اختلالات و صفات شخصیتی بر بیماری پسوریازیس و با در نظر گرفتن کمبود مطالعات انجام‌شده در حوزه‌ی اختلالات شخصیت در این بیماران، هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اختلالات شخصیت مطابق با طبقه‌بندی اختلالات شخصیت در سیستم طبقه‌بندی تشخیصی

کنترل ۲۰٪ مجرد و ۸۰٪ متأهل بودند. شدت پسوریازیس در بین بیماران براساس مقیاس PASI در ۵۱ نفر (۶۳٪) خفیف، در ۲۶ نفر (۳۲٪) متوسط و در ۴ نفر (۴۹٪) شدید بود.

دو گروه از نظر تعداد افراد دارای اختلال یا دارای صفات شخصیت اسکیزوتایپال، اسکیزوئید، پارانوئید (کلاستر A)، خودشیفته، مرزی، ضداجتماعی (کلاستر B) خودآزار و دیگرآزار و دوری‌گزین تفاوت معنی‌داری ندارند اما دو گروه از نظر تعداد افراد دارای اختلال یا دارای صفات شخصیت وابسته، وسواسی (کلاستر C) افسرده، نمایشی و منفی‌گرا تفاوت معنی‌داری داشتند (جدول ۱).

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود در گروه بیماران پسوریازیس، ۳۰٪ افراد اختلال شخصیت افسرده داشتند درحالی که در گروه کنترل فقط ۳٪ افراد اختلال شخصیت افسرده داشتند. به همین منوال ۵٪ واجد صفت شخصیت افسرده بودند درحالی که ۱۲٪ افراد گروه کنترل دارای صفت شخصیت افسرده بودند. در گروه بیمار ۷٪ اختلال شخصیت وابسته و ۸٪ صفت شخصیت وابسته داشتند درحالی که در گروه کنترل فقط یک نفر صفت شخصیت وابسته داشت. در گروه کنترل ۲۱٪ اختلال شخصیت وسواسی و ۱۶٪ صفت شخصیت وسواسی داشت درحالی که در گروه کنترل ۷٪ اختلال شخصیت وسواسی و ۸٪ صفت شخصیت وسواسی داشتند. آنچه در مورد شخصیت نمایشی قابل توجه است این است که تعداد افراد گروه کنترل دارای اختلال یا صفت شخصیت نمایشی از گروه بیمار بیشتر بود.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بیماران پسوریاتیک با شدت‌های مختلف پسوریازیس، از لحاظ صفات و اختلالات شخصیتی مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. تفاوت معنی‌داری در تعداد افراد با اختلال یا صفت شخصیت وابسته و وسواسی بین شدت‌های مختلف پسوریازیس وجود دارد.

صفر کمترین و نمره‌ی ۴ بیشترین شدت را دارد. در نهایت، PASI نهایی با استفاده از فرمول $PASI=(E+I+D)\times A\%$ محاسبه می‌شود. دامنه‌ی نمره‌ی PASI از صفر (عدم ابتلا به بیماری) تا ۷۲ (حداکثر شدت بیماری) می‌باشد^{۲۰}. شایان ذکر است که برای دقت بیشتر در محاسبه‌ی نمره‌ی کلی از نرم‌افزار آنلاین محاسبه‌ی PASI استفاده می‌شود^{۲۱}.

پرسش‌نامه‌ی MCMI-III شامل ۱۷۵ جمله‌ی کوتاه خودتوصیفی است که پاسخ‌ها به صورت «بله» و «خیر» می‌باشند و زمان لازم برای تکمیل آن حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه است. این پرسش‌نامه ۲۷ مقیاس دارد که ۱۴ مقیاس اختلالات شخصیت و ۱۰ مقیاس نشانگان بالینی را می‌سنجند و ۳ مقیاس تصحیح و تعدیل نیز دارد. شاخص‌های توصیفی شخصیت در این آزمون شامل ۱۴ زیرمقیاس شخصیت اسکیزوئید، اسکیزوتایپال، پارانوئید، خودشیفته، مرزی، ضداجتماعی، نمایشی، وسواسی، وابسته، اجتنابی، پرخاشگر، افسرده، سادیسوم و مازوخیسم است. مطالعات مختلف نشان‌دهنده‌ی روایی تشخیصی بسیار خوب این پرسش‌نامه در تمام مقیاس‌ها بوده و توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰٫۹۲ تا ۰٫۹۸ و توان پیش‌بینی منفی مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰٫۹۳ تا ۰٫۹۹ گزارش شده است^{۲۲،۲۳}. اختلال شخصیت زمانی مطرح می‌شود که نمره‌ی فرد در هر یک از مقیاس‌های شخصیتی مساوی یا بیشتر از ۸۵ باشد و اگر نمره‌ی فرد بین ۷۵ تا ۸۵ باشد دارای صفت شخصیتی در نظر گرفته می‌شود. نمرات پایین‌تر از ۷۵ دلالت بر نرمال بودن فرد مورد ارزیابی می‌باشد.

یافته‌ها

۴۸٪ از بیماران گروه بیمار مرد و ۵۱٪ زن و ۴۶٪ افراد گروه کنترل مرد و ۵۳٪ زن بودند. میانگین سنی در گروه مورد ۳۲٫۸۳±۶٫۵۷ سال و در گروه شاهد ۳۲٫۱۹±۶٫۵۳ سال بود. ۳۳٪ از گروه بیمار مجرد و ۶۶٪ متأهل بودند. هم‌چنین در گروه

جدول ۱: مقایسه‌ی اختلالات شخصیتی در دو گروه مبتلا به پسوریازیس و شاهد

P	مجموع (n=۱۶۱)	گروه		شخصیت
		بیمار	شاهد	
۱	۱۶۱ (٪۱۰۰)	۸۰ (٪۱۰۰)	۸۱ (٪۱۰۰)	اسکیزوتیپ
۱	۱۶۱ (٪۱۰۰)	۸۰ (٪۱۰۰)	۸۱ (٪۱۰۰)	دوری‌گزین
۰/۰۰۰۱	۱۲۵ (٪۷۷/۶)	۷۶ (٪۹۵)	۴۹ (٪۶۰/۵)	نرمال
	۸ (٪۵)	۱ (٪۱/۲)	۷ (٪۸/۶)	افسرده
۰/۰۰۰۱	۲۵ (٪۱۷/۴)	۳ (٪۳/۸)	۲۵ (٪۳۰/۹)	واجد اختلال
	۱۴۷ (٪۹۱/۳)	۷۹ (٪۹۸/۸)	۶۸ (٪۸۴)	نرمال
۰/۰۰۱	۸ (٪۵)	۱ (٪۱/۲)	۷ (٪۸/۶)	واجد صفات
	۶ (٪۳/۷)	۰	۶ (٪۷/۴)	واجد اختلال
۰/۰۲۵	۱۰۳ (٪۶۴)	۴۳ (٪۵۳/۸)	۶۰ (٪۷۴/۱)	نرمال
	۲۰ (٪۱۲/۴)	۱۲ (٪۱۵)	۸ (٪۹/۹)	نمایشی
۰/۶۴۱	۳۸ (٪۲۳/۶)	۲۵ (٪۳۱/۲)	۱۳ (٪۱۶)	واجد اختلال
	۱۶۱ (٪۱۰۰)	۸۰ (٪۱۰۰)	۸۱ (٪۱۰۰)	خودشیفته
۰/۲۰۱	۱۶۱ (٪۱۰۰)	۸۰ (٪۱۰۰)	۸۱ (٪۱۰۰)	ضداجتماعی
	۱۵۶ (٪۹۶/۹)	۸۰ (٪۱۰۰)	۷۶ (٪۹۳/۸)	نرمال
۰/۰۸۹	۴ (٪۲/۵)	۰	۴ (٪۴/۹)	واجد صفات
	۱ (٪۰/۶)	۰	۱ (٪۱/۲)	واجد اختلال
۰/۰۱	۱۱۸ (٪۷۳/۳)	۶۷ (٪۸۳/۸)	۵۱ (٪۶۳)	نرمال
	۲۰ (٪۱۲/۴)	۷ (٪۸/۸)	۱۳ (٪۱۶)	واجد صفات
۰/۰۰۳	۲۳ (٪۱۴/۳)	۶ (٪۷/۵)	۱۷ (٪۲۱)	واجد اختلال
	۱۴۸ (٪۹۱/۹)	۷۹ (٪۹۸/۸)	۶۹ (٪۸۵/۲)	نرمال
۰/۰۰۳	۷ (٪۴/۳)	۱ (٪۱/۲)	۶ (٪۷/۴)	واجد صفات
	۶ (٪۳/۷)	۰	۶ (٪۷/۴)	واجد اختلال
۰/۴۹۷	۱۵۹ (٪۹۸/۸)	۸۰ (٪۱۰۰)	۷۹ (٪۹۷/۵)	نرمال
	۲ (٪۱/۲)	۰	۲ (٪۲/۵)	واجد صفات
۰/۲۴۵	۱۵۸ (٪۹۸/۱)	۸۰ (٪۱۰۰)	۷۸ (٪۹۶/۳)	نرمال
	۳ (٪۱/۹)	۰	۳ (٪۳/۷)	واجد صفات
۱	۰	۰	۰	واجد اختلال
	۱۵۹ (٪۹۸/۸)	۸۰ (٪۱۰۰)	۷۹ (٪۹۷/۵)	نرمال
۰/۰۵۹	۱ (٪۰/۶)	۰	۱ (٪۱/۲)	واجد صفات
	۱ (٪۰/۶)	۰	۱ (٪۱/۲)	واجد اختلال
۰/۰۵۹	۱۵۶ (٪۹۶/۹)	۸۰ (٪۱۰۰)	۷۶ (٪۹۳/۸)	نرمال
	۳ (٪۱/۹)	۰	۳ (٪۳/۷)	واجد صفات
۰/۰۵۹	۲ (٪۱/۲)	۰	۲ (٪۲/۵)	واجد اختلال
	۲ (٪۱/۲)	۰	۲ (٪۲/۵)	واجد اختلال

بلندمدتی را در جریان زندگی فرد ایجاد می‌کنند. سلامتی فیزیولوژیک افراد تحت تأثیر مشکلات متعدد و طولانی ناشی از این الگوهای رفتاری قرار گرفته و زمینه‌ی بروز بیماری‌های متعددی از جمله بیماری‌های پوستی فراهم می‌گردد.

بحث

اختلالات شخصیت الگوهای فکری، احساسی و رفتاری هستند که باعث تخریب عملکرد فرد در زمینه‌های مختلف می‌گردند. این‌گونه رفتارها مشکلات

جدول ۲: وضعیت الگوهای بالینی شخصیت در بیماران پسوریاتیک بر حسب شدت پسوریازیس

P	مجموع (n=۸۱)	شدت پسوریازیس			الگوی شخصیت
		شدید (n=۴)	متوسط (n=۲۶)	خفیف (n=۵۱)	
۰/۰۷۷	۴۹ (۶۰/۵٪)	۱ (۲۵٪)	۱۲ (۴۶/۲٪)	۳۶ (۷۰/۶٪)	نرمال
	۷ (۸/۶٪)	۰	۳ (۱۱/۵٪)	۴ (۷/۸٪)	واجد صفات
	۲۵ (۳۰/۹٪)	۳ (۷۵٪)	۱۱ (۴۲/۳٪)	۱۱ (۲۱/۶٪)	واجد اختلال
۰/۰۰۳	۶۸ (۸۴٪)	۲ (۵۰٪)	۱۸ (۶۹/۲٪)	۴۸ (۹۴/۱٪)	نرمال
	۷ (۸/۶٪)	۰	۵ (۱۹/۲٪)	۲ (۳/۹٪)	واجد صفات
	۶ (۷/۴٪)	۲ (۵۰٪)	۳ (۱۱/۵٪)	۱ (۲٪)	واجد اختلال
۰/۶۶۶	۶۰ (۷۴/۱٪)	۴ (۱۰۰٪)	۲۰ (۷۶/۹٪)	۳۶ (۷۰/۶٪)	نرمال
	۸ (۹/۹٪)	۰	۱ (۳/۸٪)	۷ (۱۳/۷٪)	واجد صفات
	۱۳ (۱۶٪)	۰	۵ (۱۹/۲٪)	۸ (۱۵/۷٪)	واجد اختلال
۰/۰۰۳	۵۱ (۶۳٪)	۲ (۵۰٪)	۱۲ (۴۶/۲٪)	۳۷ (۷۲/۵٪)	نرمال
	۱۳ (۱۶٪)	۰	۳ (۱۱/۵٪)	۱۰ (۱۹/۶٪)	واجد صفات
	۱۷ (۲۱٪)	۲ (۵۰٪)	۱۱ (۴۲/۳٪)	۴ (۷/۸٪)	واجد اختلال
۰/۳۷۸	۶۹ (۸۵/۲٪)	۴ (۱۰۰٪)	۲۱ (۸۰/۸٪)	۴۴ (۸۶/۳٪)	نرمال
	۶ (۷/۴٪)	۰	۱ (۳/۸٪)	۵ (۹/۸٪)	واجد صفات
	۶ (۳/۷٪)	۰	۴ (۱۵/۴٪)	۲ (۳/۹٪)	واجد اختلال

دیگر ۳۵٪ بیماران پسوریاتیک هم‌زمان اختلال شخصیت دارند^{۲۷}. در مطالعه‌ی Nakamura اختلالات شخصیت مرزی، هیستریک، وسواسی - جبری و خودشیفته در مراجعان کلینیک‌های پوست میزان بیشتری داشتند^{۱۳}. یافته‌های این پژوهش با مشاهدات Nakamura در مورد اختلال شخصیت وسواسی - جبری منطبق بود. رفتارهای وسواسی ممکن است راهی برای اجتناب یا ترس از احساسات منفی باشند. افراد دارای شخصیت وسواسی احساسات و هیجان‌ات منفی را به شکل حساسیت‌های ریزبینانه بروز می‌دهند. وجود ملاک‌های زیباشناختی دست‌نیافتنی و سخت‌گیرانه در افراد پسوریاتیک دارای شخصیت وسواسی در تحقیقات متعددی مورد تأکید قرار گرفته است^{۳۱ و ۳۳}.

در رابطه با شخصیت وابسته، یافته‌های این پژوهش با نتایج^۹ Rubino و مطالعه‌ی^{۲۷} Ferreira همسو است. در بیماری پسوریازیس استرس‌ها، عامل آشکارکننده و ادامه‌دهنده‌ی مهمی در نظر گرفته

همان‌گونه که ذکر شد یافته‌های تحقیق شیوع بیشتر اختلال شخصیت در گروه پسوریاتیک نسبت به گروه کنترل را نشان داد. اختلال‌های شخصیت افسرده، وسواسی، وابسته و نمایشی چهار اختلال شخصیتی هستند که بین دو گروه از لحاظ تعداد افراد دارای این اختلالات شخصیت تفاوت معنی‌داری وجود داشت. با در نظر گرفتن شدت اختلال پسوریاتیک می‌توان گفت اختلالات شخصیت کلاستر C در بیماران پسوریاتیک شیوع بالاتری دارند. در زمینه‌ی بالابودن میزان اختلال شخصیت در این بیماران یافته‌های این پژوهش با مطالعات عیدی و همکاران^{۱۸}، عبادی و همکاران^{۲۴}، یاسمی و منصوری^{۲۵}، امانت و همکاران^{۲۶} Korkoliakou^{۱۱}، Ferreira^{۲۷} و Nakamura^{۱۳}، Rubino و همکاران^۹، Lundh و همکاران^{۲۸}، و همکاران^{۲۹} بهنام و همکاران^{۳۰} Ahluwalia و همکاران^{۳۱} هماهنگ است. به‌طور کلی اختلالات روانی با اختلالات پوستی همبودی ۵۱/۳٪ دارد^{۳۲}. از طرف

کودکی روی می‌دهد. بیماران دارای تجزیه ممکن است تجربه‌ی جداشدن از جسم خود را داشته باشند و در یک حالت مورد غفلت قرار دادن شدید قرار داشته باشند مانند انکار کردن اختلال پوستی.

مطالعات یاسمی و منصور^{۲۵} و Korkoliakou^{۱۱} نیز بر عدم تشخیص و ابراز هیجانات و الکسی‌تایمی در بیماران پوستی دلالت دارد. از طرف دیگر وجود شخصیت افسرده می‌تواند ناشی از محرومیت‌ها و ناگامی‌های متعدد در زندگی افراد پسوریاتیک باشد. هماهنگ با تئوری سیستم شخصیت این محرومیت‌ها و ناگامی‌ها ممکن است نتیجه‌ی یک شکاف بین اهداف هوشیارانه و نیازهای ناهوشیارانه باشد یا به همان اندازه نتیجه‌ی تثبیت در عواطف منفی یا سبک‌های شناختی نامتعادل در نظر گرفته شود.^{۲۶} بیماران پسوریاتیک هم‌چنین سطح بالایی از درماندگی را نشان می‌دهند^{۳۶،۳۷}. این یافته‌ها همسو با این فرضیه است که بین پسوریازیس و افسردگی چه به شکل اختلال خلقی چه به صورت اختلال شخصیت ارتباط وجود دارد. مطابق با پارادایم، درماندگی قابل تبیین است. مردم زمانی درمانده می‌شوند که با موقعیتی که نمی‌توانند از نتایج منفی آن اجتناب کنند مواجه شوند. این احساس که با رفتارهای عمل‌گرایانه نمی‌توانند موقعیت را مدیریت کنند منجر به احساس درماندگی می‌گردد. با توجه به اینکه شروع بیماری پسوریازیس معمولاً اوایل بزرگسالی است این شروع دیر هنگام ممکن است رشد دادن استراتژی‌های انطباقی را با مشکل مواجه کند و در تشدید احساس درماندگی این بیماران نقش داشته باشد. علاوه بر اختلال شخصیت افسرده مطالعاتی که شیوع افسردگی را در افراد مبتلا به بیماری پسوریازیس مورد بررسی قرار داده‌اند، میزان نسبتاً بالای افسردگی را بین این افراد گزارش کرده‌اند^{۳۸،۳۹}.

یکی از یافته‌های قابل توجه این پژوهش پایین بودن تعداد افراد دارای اختلال شخصیت نمایشی در گروه بیمار نسبت به گروه کنترل بود. اگرچه همسو با

می‌شوند^{۳۴}. سطح حمایت و روش سازگاری یا کنار آمدن با استرس‌ها نقش مهمی در شدت و طول دوره‌ی بیماری‌های مزمن پوستی دارد. ناکامی در سه زمینه‌ی موفقیت، ارتباط و قدرت در بیماران پسوریاتیک گزارش شده است. شخصیت‌های وابسته در هر سه زمینه مشکلاتی دارند. آنان احساس می‌کنند خودشان به تنهایی توان اداره امور خود را ندارند. معمولاً ارتباطات ضعیفی دارند سعی می‌کنند فرد قدرتمند بیابند تا از آنان حمایت کند و روابط محدودی با دیگران دارند.

یافته‌های پژوهش نشان داد میزان اختلال یا صفات شخصیت افسرده در بیماران پسوریاتیک بالا است. از نظر هیجانی هر سه اختلال شخصیت وابسته، وسواسی و افسرده درونگرا بوده و در بروز احساسات راحت نیستند و سطح اعتماد به نفس آنان پایین است. مطالعات نشان دادند که ویژگی شخصیتی درونگرا در افراد دارای اختلال پوستی بیش از افراد عادی است. از موارد بارز درون‌گرایی در بیماران پوستی می‌توان به احساس خجالت و تنهایی اشاره کرد. آنان معمولاً اطمینان کمی به خود داشته و غالباً نگران هستند. عابدی^{۲۴} در مطالعه‌ی خود وجود شخصیت نوع D را در بیماران پسوریاتیک مورد تأکید قرار داد که با یافته‌های این پژوهش از نظر ارتباط با علائم افسردگی همسو بود. یافته‌های پژوهش حاضر نیز میزان شخصیت افسرده را در بیماران پسوریازیس بالا نشان داده است. این مطالب را می‌توان با پایین بودن ابراز هیجان در اختلال شخصیت افسرده و معطوف نمودن هیجانات روی جسم خود همراه با انکار مشکلات پوستی تبیین کرد. احتمالاً اختلال‌های پوستی در بیماران اختلال شخصیتی یک مبنای جسمانی‌سازی دارد. مکانیزم‌های تجزیه و تبدیل عناصر مهم جسمانی‌سازی هستند که ممکن است در اختلالات درماتولوژیک نقش مهمی داشته باشند^{۳۵}. تجزیه معمولاً در استرس‌های شدید، در تجربه‌ی سوءاستفاده یا مورد غفلت واقع شدن در

به‌طور کلی آن‌چه که از یافته‌های این مطالعه‌ی و مطالعات مشابه استنباط می‌شود این است که بیماران مبتلا به پسوریازیس شیوع بالایی از چندین اختلال روانی دارند و در مقایسه با دیگر بیماری‌های پوستی، پسوریازیس ارتباط قوی‌تری با اختلالات روانی دارد و بیماران مبتلا به آن ممکن است از الگوهای رفتاری بلندمدتی آسیب ببینند که زمینه را برای بروز این اختلال فراهم می‌کند. در مجموع می‌توان گفت که با توجه به شدت بیماری پسوریازیس و انواع مختلف آسیب‌شناسی روانی، انجام مشاوره‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی در این بیماران با هدف کاهش پیامدهای ناشی از پیشرفت بیماری و تسریع روند بهبودی ضروری به‌نظر می‌رسد. از یافته‌های مطالعه‌ی حاضر چنین برمی‌آید که اختلال شخصیت به‌طور قابل ملاحظه‌ای در بیماران مبتلا به پسوریازیس مشاهده می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از کلیه‌ی بیماران مشارکت‌کننده در این پژوهش به‌خاطر همکاری و پاسخگویی صادقانه به پرسش‌ها تشکر می‌شود. هم‌چنین از کلیه‌ی همکاران محترم درمانگاه پوست به‌خاطر همکاری صمیمانه و ایجاد فرصت برای اجرای این پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

Rubino در گروه بیماران نیز تعداد قابل توجهی شخصیت‌نمایشی داشتند^۹. اگر پایین بودن ابراز هیجانات را در بیماران پسوریاتیک در نظر داشته باشیم پایین بودن میزان شخصیت هیستریونیک در افراد بیمار نسبت به گروه کنترل توجیه‌پذیر می‌شود. البته شاید این یافته به آزمون MCMI مرتبط باشد. این آزمون نسبت به سنجش ویژگی‌های هیستریونیک حساسیت بالایی داشته و موارد مثبت کاذب زیادتری دارد.

فراوانی چهار اختلال شخصیت وابسته، وسواسی افسرده و نمایشی با توجه به شدت اختلال پسوریازیس (خفیف، متوسط و شدید) فقط در اختلال شخصیت وسواسی و وابسته معنی‌دار بود؛ به این صورت که هرچه اختلال پسوریازیس خفیف‌تر بود تعداد افراد دارای اختلال شخصیت به‌طور معنی‌داری بیشتر بود. البته این موضوع می‌تواند به برابری تعداد افراد در سه سطح شدت متفاوت اختلال پوستی مرتبط باشد. به‌طور کلی وجود الگوی خاص رفتاری هیجانی حتی در حد صفت نه در حد اختلال می‌تواند فرد را در معرض آسیب جسمانی قرار دهد. این موضوع با یافته‌های برخی از پژوهش‌ها مانند فینلای که بین شدت پسوریازیس و شدت استرس ارتباط مستقیم و معنی‌دار یافته است همسو نیست^{۴۰}.

References

1. Barrea L, Nappi F, Di Somma C, et al. Environmental risk factors in psoriasis: the point of view of the nutritionist. *IJERPH* 2016; 13(7): 743.
2. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *The Lancet* 2007; 370 (9583): 263-71.
3. Khozeimeh F, Taheri MA. Evaluation of relative frequency of geographic tongue and fissured tongue in psoriatic patients. *Journal of Isfahan Dental School* 2009: 88-93 (Persian).
4. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, et al. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol* 1993; 32(3): 188-90.
5. Ferreira BIRC, Abreu JLPDC, Dos Reis JPG, et al. Psoriasis and associated psychiatric disorders: a systematic review on etiopathogenesis and clinical correlation. *J Clin Aesthet Dermatol* 2016; 9(6): 36.

6. Schmid-Ott G, Böhm D, Stock Gissendanner S. Patient considerations in the management of mental stress in psoriasis. *Patient Intelligence* 2012;4: 41-50.
7. Krejci-Manwaring J, Kerchner K, Feldman SR, et al. Social sensitivity and acne: the role of personality in negative social consequences and quality of life. *Int J Psychiatry Med* 2006; 36(1): 121-30.
8. Martín-Brufau R, Ulnik JC, Redondo CB, Berná F-JC. Personality in patients with psoriasis. In tech open access books 2012;209-18. Available from: <http://www.inechopen.com/books/psoriasis>. Feb 15th 2012.
9. Rubino IA, Sonnino A, Pezzarossa B, et al. Personality disorders and psychiatric symptoms in psoriasis. *Psychol Rep* 1995; 77(2): 547-53.
10. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, et al. Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis: Results from a case-control study. *J Psychosom Res* 2003; 55(3): 189-96.
11. Korkoliakou P, Efstathiou V, Giannopoulou I, et al. Psychopathology and alexithymia in patients with psoriasis. *An Bras Dermatol* 2017; 92(4): 510-5.
12. Craig RJ. The Millon Clinical Multiaxial Inventory–III. In: Archer R, Smith SR. *Personality assessment*, 2nd ed. New York; Taylor & Francis Group; 2014: 34-40
13. Nakamura M, Koo J. Personality disorders and the “difficult” dermatology patient: Maximizing patient satisfaction. *Clin Dermatol* 2017; 35(3): 312-8.
14. Krejci M, Kerchner K, Feldman S, et al. Social sensitivity and acne: the role of personality in negative social consequences and quality of life. *Int J Psychiatry Med* 2006; 36(1): 10.
15. Buske KA, Ebrech M, Kern S, et al. Personality characteristics and their association with biological stress responses in patients with atopic dermatitis. *Dermatology and Psychosomatics* 2004; 5(1): 12-16.
16. Carrascosa J, Balleca F. Psoriasis and psychiatric disorders: The next frontier. *Actas Dermosifiliogr* 2017; 108(6): 502-5.
17. Sadock B, Sadock VA, Sussman N. Kaplan & Sadock's pocket handbook of psychiatric drug treatment: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
18. Abdizenab M, Besharat M, Davoudi SM. Comparison of psychological symptoms severity in patients skin suffered from diseases with healthy individuals. *Journal of Dermatology and Cosmetic* 2018; 9(1): 13-27 (Persian).
19. Nakamura K, Sheps S, Arck PC. Stress and reproductive failure: past notions, present insights and future directions. *J Assist Reprod Genet* 2008; 25(2-3): 47-62.
20. Ansarin H, Shekarabi M, Behrangi E. Investigation of the relationship between serum levels of cytokines secreted from Th1 and Th2 Cells, IL8 and ICAM-1 and psoriasis severity based on PASI. *Razi Journal of Medical Sciences* 2010; 16(69): 32-9 (Persian).
21. Corti MM. Psoriasis Area Severity Index (PASI) Calculator (1.7.2). Matteo & Michela Corti; 2009.
22. Sharifi A. Normalization of Millon Clinical Multiaxial Inventory-III in Isfahan city: [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: University of Isfahan; 2002 (Persian).
23. Khajeh-Mooghahi N. Preliminary preparation of Millon Clinical Multiaxial Inventory-II in Tehran city: [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Tehran Psychiatry Institute; 1993 (Persian).
24. Abedi S, Ehsani AH, Jafari M. The role of type D personality and difficulties in emotion regulation in the prediction of depressive symptoms in patients with psoriasis. *Journal of Dermatology and Cosmetics* 2018; 8(2): 71-82 (Persian).

25. Yasemi M, Mansouri P. Personality traits and severity of depression in patients with regional hair loss. *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 1994;1 (2): 65-70 (Persian).
26. Amanat M, Salehi M, Rezaei N. Neurological and psychiatric disorders in psoriasis. *Rev Neurosci* 2018; 29 (3): 47-52.
27. Roque Ferreira B, Pio-Abreu JL, Reis JP, Figueiredo A. Analysis of the prevalence of mental disorders in psoriasis: The relevance of psychiatric assessment in dermatology. *Psychiatria Danubina* 2017; 29(4): 401-6.
28. Teasdale JD, Barnard PJ. Affect, cognition and change. *Behav Res Ther* 1993; 22: 197-201.
29. Moreno-Giménez J, Jiménez-Puya R, Galán-Gutiérrez M. Comorbilidades en psoriasis. *Actas dermo-sifiliográficas* 2010; 101: 55-61.
30. Behnam B, Taheri R, Sadat Hashemi S, Nesari-Rad Motlagh M. Frequency of psychopathological manifestations in psoriatic patients in Semnan city, central part of Iran. *J Fundamentals Mental Health* 2010;12(3): 604-11. (Persian).
31. Ahluwalia R. Self-esteem and social support: Assessing social support and its effect on the self-esteem of young women living with psoriasis. *Canadian Dermatology Association Conference*; 2007.
32. Ghaninejad H, Samadi Z, Zhand N, et al. Psychiatric comorbidity and quality of life in patients with dermatologic diseases. *Iran J Psychiatry* 2009; 4(3): 102-6.
33. Schmitt J, Wozel G, Garzarolli M, et al. Effectiveness of interdisciplinary vs. dermatological care of moderate-to-severe psoriasis: a pragmatic randomised controlled trial. *Acta Derm Venereol* 2014; 94(2): 192-7.
34. Kotrulja L, Tadinac M, Jokić-Begić N, et al. A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol* 2010; 90(3): 251-6.
35. Gupta MA, Vujcic B, Gupta AK. Dissociation and conversion symptoms in dermatology. *Clin Dermatol* 2017; 35(3): 267-72.
36. Bahmer JA, Kuhl J, Bahmer FA. How do personality systems interact in patients with psoriasis, atopic dermatitis and urticaria? *Acta Derm Venereol* 2007; 87(4): 317-24.
37. Lu Y, Duller P, VanDerValk P, Evers A. Helplessness as predictor of perceived stigmatization in patients with psoriasis and atopic dermatitis. *Dermatology and Psychosomatics/ Dermatologie and Psychosomatik* 2003; 4(3): 146-50.
38. Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther* 2010; 23(2): 174-80.
39. Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol* 2012; 51(1): 12-26.
40. Finlay AY. Current severe psoriasis and the rule of tens. *Br J Dermatol* 2005; 152(5): 861-7.

Personality disorders in psoriatic patients

Parviz Molavi, MD¹
Majid Rostami, MD²
Mehriar NaderMohammadi
Moghadam, MD¹
Atrin Khalkhali³
Habibeh Salvat, MSc¹

1. Department of Psychiatry, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran
2. Department of Dermatology, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran
3. School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Background and Aim: Considering the high role of psychological factors in somatic disorders, especially in dermatologic disorders, the prevalence of personality disorders in psoriatic patients was studied.

Methods: Among patients referred to Dermatology Clinic of Imam Khomeini Hospital in Ardabil, 81 patients with psoriasis (case group) and 80 without skin disease (control group) were evaluated. The two groups were matched in terms of age and sex. The severity of psoriasis was determined based on the psoriasis area and severity index (PASI) index as mild, moderate and severe by the dermatologist. The traits and personality disorders were assessed and compared between two groups using MCMI-III questionnaire.

Results: There was a significant difference in depressive, dependent, obsessive and hysterical personality traits or disorders between two groups. There was a reverse correlation between the severity were more common psoriasis and obsessive and dependent personality disorders, so they among mild and moderate psoriasis patients.

Conclusion: This study emphasized the role of psychological factors in course of psoriasis. Better strategies for prevention and treatment of psoriasis will be achieved by a careful examination of the behavioral, cognitive and emotional patterns of cluster C personality. It is also necessary to provide psychotherapy services to these patients along with drug therapy.

Keywords: psoriasis, personality disorder, personality trait

Received: Aug 10, 2018 Accepted: Sep 27, 2018

Dermatology and Cosmetic 2018; 9 (3): 147-157

Corresponding Author:

Mehriar NaderMohammadi Moghadam,
MD

Fatemi Hospital, Psychiatric Clinic,
Ardabil, Iran
Email: mehriar46@yahoo.com

Conflict of interest: None to declare