

بررسی میزان ابتلا به اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به ریزش موی منطقه‌ای در مقایسه با افراد غیر مبتلا

دکتر غلام حسین غفاریپور^۱، دکتر عباس زمانیان^۲، دکتر عباس راثی^۳، دکتر شیوا قدس^۳،
دکتر سپیده اسدیگی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ریزش موی منطقه‌ای (Alopecia areata یا AA) به یک بیماری التهابی عود کننده اطلاق می‌شود که طیفی از نقاط کوچک کچلی تا از دست دادن کامل موی بدن را در بر می‌گیرد. این بیماری، افراد جوان را درگیر می‌کند و اختلالات زیبایی ایجاد شده توسط آن می‌تواند عاملی برای ایجاد اختلالات روانی، افسردگی، استرس و بیماری‌های مرتبط در طول زندگی فرد باشد. اختلالات شخصیت تابلوی بیماری فرد را تغییر می‌دهد و واکنش این افراد به بیماری متفاوت از سایرین است؛ این مطالعه در جهت شناخت بیشتر انواع اختلالات شخصیتی در بیماران مبتلا به ریزش موی منطقه‌ای انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی مورد-شاهدی، ۸۴ نفر (۴۲ نفر مبتلا در مقایسه با ۴۲ نفر گروه شاهد) توسط پرسشنامه‌ی چند محوری بالینی Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III یا MCMI-III) مورد بررسی قرار گرفتند. این پرسشنامه دارای ۲۷ مقیاس است که ۱۴ مقیاس آن، اختلالات شخصیت و ۱۰ مقیاس، نشانگان‌های بالینی را می‌سنجند. این پرسشنامه به همراه چک لیستی از متغیرهای سن، جنس، سن شروع بیماری، نوع بیماری زمینه‌ای، میزان تحصیلات و سابقه‌ی خانوادگی مثبت به بیماران داده شد.

یافته‌ها: در تجزیه و تحلیل آماری اختلاف معنی‌داری بین گروه مبتلا در مقایسه با گروه شاهد در ابتلا به اختلالات شخصیت مشاهده شد ($P = 0/026$). اختلالات شخصیت در بین زنان مبتلا در مقایسه با مردان شیوع بیشتری داشت (۲۷ در مقابل ۵ درصد)؛ این اختلاف در مورد زنان در مقایسه با گروه شاهد معنی‌دار بود ($P < 0/05$) ولی بین مردان دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: در مجموع، با توجه به نتایج به دست آمده و وجود ارتباط معنی‌دار بین اختلالات شخصیت و ریزش موی منطقه‌ای در گروه سنی جوانان و نقش مؤثر این افراد در جامعه، توصیه می‌شود که مشاوره‌ی روان پزشکی، تشخیص و درمان‌های روانی در دستورالعمل این بیماران در کنار سایر درمان‌های دارویی قرار گیرد.

واژگان کلیدی: ریزش موی منطقه‌ای، اختلالات شخصیت، پرسشنامه‌ی چند محوری بالینی Millon

ارجاع: غفاریپور غلام حسین، زمانیان عباس، راثی عباس، قدس شیوا، اسدیگی سپیده. بررسی میزان ابتلا به اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به ریزش موی منطقه‌ای در مقایسه با افراد غیر مبتلا. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۳؛ ۳۲ (۳۱۶): ۲۲۸۶-۲۲۹۴

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات پوست و سلول‌های بنیادی، دانشگاه علوم پزشکی تهران و گروه پوست و مو، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه پوست و مو، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳- مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان و دستیار، گروه پوست و مو، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

Email: shiva_gh88@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤؤل: دکتر شیوا قدس

مقدمه

ریزش موی منطقه‌ای (Alopecia areata یا AA) به یک بیماری التهابی عود کننده اطلاق می‌شود. این بیماری با اثر بر فولیکول‌های مو، باعث ریزش موی غیر اسکار گذار می‌گردد که طیفی از نقاط کوچک کچلی تا از دست دادن کامل موی بدن را در بر می‌گیرد (۱). شیوع این بیماری، ۱ در ۱۰۰۰ نفر می‌باشد و خطر ابتلا به آن در طول زندگی هر فرد، حدود ۲ درصد است. بیشترین شروع آن زیر ۳۰ سالگی می‌باشد و مرد و زن را به یک نسبت مبتلا می‌سازد (۲-۳).

سیر غیر قابل پیش‌بینی این بیماری، که همراهی با بیماری‌های مختلف روانی دارد، بیماران را به دنبال راه‌های مختلف درمانی کشانده است. مدیریت درمانی این بیماری شامل دو گروه حمایت روانی بیمار و مداخله‌ی درمانی می‌باشد (۴). در دهه‌های گذشته، ریزش موی منطقه‌ای به عنوان نمونه‌ای از بیماری‌های سایکوسوماتیک به حساب می‌آمد؛ اما پیشرفت‌های ضعیف در زمینه‌ی شناخت روش‌ها و کرایتریای اختلالات روان‌پزشکی، عامل نقص بسیاری از مطالعات بوده است (۵). مطالعات جدید انجام شده نیز از همراهی بیماری‌های روان‌شناختی و ریزش موی منطقه‌ای حمایت می‌کند (۶). با وجود این که برخی مطالعات شواهدی علیه این نظریه داشتند، تأثیرات فاکتورهای روان‌پزشکی در پیشرفت و مدیریت درمان ریزش موی منطقه‌ای به اثبات رسیده است. به طوری که، نقش درمان عوامل و بیماری‌های زمینه‌ای روانی به عنوان یک بخش حیاتی در درمان بیماری شناخته شده است (۷). بسیاری از مطالعاتی که روی ویژگی‌های

شخصیتی افراد مبتلا به ریزش موی سکه‌ای انجام شده، نشان داده است که در این افراد، شیوع اختلالاتی نظیر افسردگی، اضطراب، فوبیای اجتماعی، اختلالات سازگاری و اختلال پارانوئید بیش از شیوع این اختلالات در جامعه‌ی عمومی می‌باشد (۸). اگرچه این بیماری تهدید کننده‌ی حیات و یا دردناک نیست، ولی می‌تواند موجب استرس و کاهش اعتماد به نفس فرد شود (۹).

با توجه به تأثیر اختلالات روان‌پزشکی در شروع این بیماری و روند پیشرفت آن، و این که درمان اختلالات روان‌پزشکی همراه، بخشی از مدیریت درمان بیماری محسوب می‌شود، شناسایی بیشتر اختلالات زمینه‌ای و همراه می‌تواند به درمان این بیماری کمک کند. با توجه به این که این بیماری، سن جوان را درگیر می‌کند و بار روانی بالایی بر جامعه می‌گذارد، می‌تواند منجر به افزایش بار اقتصادی و از کار افتادگی فرد شود. از آن جایی که اختلالات شخصیت، تابلوی بیماری فرد را تغییر می‌دهد و واکنش این افراد به بیماری متفاوت از سایرین است، این مطالعه در جهت شناخت بیشتر انواع اختلالات شخصیتی در بیماران مبتلا به ریزش موی منطقه‌ای انجام شد تا در صورت اثبات، این همراهی در مبتلایان در مقایسه با گروه غیر مبتلا، اقداماتی جهت رفع اختلالات زمینه‌ای و کمک به روند بهبود بیماری و پیش‌گیری از عود مجدد، انجام شود.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، یک بررسی Case-control بود که طی سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۹۳ انجام گرفت. جمعیت مورد مطالعه، از میان کسانی که به درمانگاه پوست و

تحلیل آماری قرار دادیم. گروه A شامل پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتیپال، گروه B شامل ضداجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته و گروه C شامل دوری‌گزين، وسواسی جبری و وابسته می‌باشد. در این مطالعه، از نسخه‌ی معتبر فارسی شده‌ی این ابزار جمع‌آوری اطلاعات، استفاده شد. خواجه موگهی در تهران، نسخه‌ی دوم این آزمون (۱۱) و شریفی در اصفهان نسخه‌ی سوم آن را (۱۲) هنجاریابی کرده‌اند. نتایج، نشان دهنده‌ی روایی تشخیصی بسیار خوب تمام مقیاس‌ها بوده و توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۹۲ تا ۰/۹۸ و توان پیش‌بینی منفی آن‌ها در دامنه‌ی ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ گزارش شده است.

پس از تأیید تشخیص و کسب رضایت و اعلام آمادگی شرکت کنندگان، این پرسشنامه به همراه چک لیستی از سایر متغیرهای مورد مطالعه شامل سن، جنس، سن شروع بیماری، نوع بیماری زمینه‌ای، میزان تحصیلات و سابقه‌ی خانوادگی مثبت، به شرکت کنندگان داده شد. در صورتی که پرسشنامه به صورت ناقص پر می‌شد و یا در امتیازدهی، اعتبار لازم را کسب نمی‌کرد، از دور مطالعه خارج می‌شد. در نهایت، ۴۲ بیمار شامل ۱۹ مرد و ۲۳ زن وارد مطالعه شدند. همچنین، گروه شاهد از بین افراد داوطلب از کارکنان بیمارستان و دانشجویان که از نظر سن، جنس و میزان تحصیلات با بیماران مطابقت داشتند، انتخاب شد. این افراد در سابقه‌ی پزشکی خود، هیچ‌گونه تشخیص روان‌پزشکی را ذکر نمی‌کردند. در انتها، داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله‌ی کلید مربوط، نمره‌گذاری گردید و با استفاده از آمار توصیفی و

موی بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم (ص) و رازی تهران، جهت تشخیص و درمان بیماری خود مراجعه نمودند، به روش سرشماری انتخاب شدند. معیار ورود افراد مبتلا به ریزش موی منطقه‌ای به این مطالعه، داشتن حداقل سن ۱۸ سال و سطح تحصیلات حداقل ۸ کلاس بود. افراد با خستگی مفرط، کندی فعالیت روانی- حرکتی، ترس شدید، حالت حاد روان‌پریشی، درد شدید، گیجی، مسمومیت یا بی‌حالی ناشی از عوارض دارویی و اختلالات مغزی مزمن وارد مطالعه نشدند.

ابزار مورد استفاده در مطالعه عبارت از پرسشنامه‌ی چندمحوری بالینی Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III) یا (MCMIII) (۱۰) و فرم راهنما شامل توضیح مطالعه و ضرورت انجام آن به همراه چک لیست بود. پرسشنامه‌ی MCMIII شامل ۱۷۵ جمله‌ی کوتاه خودتوصیفی است. پاسخ‌ها به صورت «بله» و «خیر» می‌باشند و زمان لازم برای تکمیل آن، حدود ۳۰-۲۵ دقیقه می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۲۷ مقیاس است که ۱۴ مقیاس، اختلالات شخصیت و ۱۰ مقیاس، نشانگان‌های بالینی را می‌سنجند و ۳ مقیاس تصحیح و تعدیل نیز دارد. الگوهای بالینی شخصیت در آزمون MCMIII شامل ۱۴ زیرمقیاس شخصیت اسکیزوئید، دوری‌گزين، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، دیگرآزار، وسواسی، منفی‌گرا، خودآزار، اسکیزوتیپال، مرزی و پارانوئید می‌باشد.

در مطالعه‌ی حاضر، اختلالات شخصیت را بر اساس طبقه‌بندی DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition) در سه گروه A، B و C مورد تجزیه و

ناحیه‌ی ریش، در ۱ بیمار (۲/۴ درصد) صورت Ophiasis، در ۲ بیمار (۴/۸ درصد) Totalis و در ۱۰ بیمار (۲۳/۸ درصد) در ابرو، ریش و سر به طور هم‌زمان و یا جدا از هم بود که در این میان، ریزش مو در نیمی (۵۰ درصد) از افرادی که دچار اختلالات شخصیت بودند، در ناحیه‌ی سر و در نیمه‌ی دیگر به طور مساوی (۱۶/۶ درصد) در ناحیه‌ی ابرو، ریش و یا سر و ابرو به صورت هم‌زمان بود. بین ابتلا به اختلالات شخصیت و محل ریزش مو از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P = ۰/۹۶۰$).

میانگین سن آغاز بیماری در افراد مبتلا برابر با $۸/۳۷ \pm ۲۴/۶۰$ سال با دامنه‌ی ۱۰ تا ۴۵ سال بود و بیماری ۶۹ درصد افراد، قبل از ۳۰ سالگی آغاز شده بود؛ در این میان، ۸۳/۳ درصد افراد دارای اختلال شخصیت، در دامنه‌ی سنی ۱۸-۳۸ سال قرار داشتند.

تست Fisher در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ (version 21, SPSS Inc., Chicago, IL) آنالیز آماری شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۴۲ بیمار مبتلا به ریزش موی منطقه‌ای شامل ۱۹ مرد و ۲۳ زن با ۴۲ نفر از افراد گروه شاهد شامل ۱۸ مرد و ۲۴ زن مورد مقایسه قرار گرفتند. مشخصات گروه‌های مورد و شاهد در جدول ۱ نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، هیچ تفاوت معنی‌داری در متغیرهای مورد مطالعه از قبیل سن، جنس، میزان تحصیلات و بیماری‌های همراه بین دو گروه وجود نداشت.

ریزش مو در افراد مبتلا، در ۱۷ بیمار (۴۰/۵ درصد) در ناحیه‌ی سر، در ۵ بیمار (۱۱/۹ درصد) در ابرو، در ۷ بیمار (۱۶/۷ درصد) در

جدول ۱. مقایسه‌ی مشخصات شرکت کنندگان در دو گروه مبتلا به ریزش موی منطقه‌ای و شاهد

متغیرها	مبتلا به ریزش موی منطقه‌ای	شاهد	مقدار P
سن (سال)	۳۱/۹۵ ± ۱۱/۱۵	۳۲/۶۱ ± ۱۰/۶۲	۰/۸۵
[میانگین ± انحراف معیار]	۲۹/۸۳ ± ۱۰/۳۰	۲۹/۲۹ ± ۱۰/۴۷	۰/۸۶
جنس	مرد	۱۹ (۴۵/۳)	۰/۸۲
[تعداد (درصد)]	زن	۲۳ (۵۴/۷)	
میزان تحصیلات	دیپلم	۹ (۲۱/۴)	۰/۷۸
[تعداد (درصد)]	فوق دیپلم	۱۲ (۲۸/۶)	
	لیسانس	۱۶ (۳۸/۱)	
	فوق لیسانس	۵ (۱۱/۹)	
بیماری‌های همراه	دیابت	۱ (۲/۴)	۰/۲۴
[تعداد (درصد)]	اختلالات تیروئید	۰ (۰)	
	کهیر	۴ (۹/۵)	
	پسوریازیس	۰ (۰)	
	آسم	۰ (۰)	
	سایر بیماری‌ها	۵ (۱۱/۹)	
	ذکر نشد	۳۲ (۷۶/۲)	

جدول ۲. بررسی ارتباط بین جنس و اختلال شخصیت در دو گروه

مقدار P	جمع کل	اختلالات شخصیت		جنس
		ندارد	دارد	
۰/۵۱۴	۱۹	۱۸	۱	مرد
	۱۸	۱۸	۰	ریزش موی منطقه‌ای ندارد
	۳۷	۳۶	۱	جمع کل
۰/۰۲۲	۲۳	۱۸	۵	زن
	۲۴	۲۴	۰	ریزش موی منطقه‌ای ندارد
	۴۷	۴۲	۵	جمع کل

که در ارتباط با دو عامل اصلی ژنتیک و محیط می‌باشد، شناخته شده است. از حوادث روحی و یا استرس‌زا، همیشه به عنوان عامل مرتبط با شروع و یا تشدید این بیماری نام برده‌اند (۸). در مطالعات انجام شده، Psychiatric morbidity و اختلالات شخصیت در بین بیماران مبتلا به ریزش موی منطقه‌ای بالاتر از افراد طبیعی جامعه گزارش شده است (۸، ۱۳). هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر، بررسی ارتباط بین ریزش موی منطقه‌ای و اختلالات شخصیت در مقایسه با گروه شاهد بود. گرچه در برخی مطالعات، اختلاف آماری معنی‌داری بین ریزش موی منطقه‌ای و اختلالات شخصیت دیده نشده است (۱۴).

در این مطالعه، ۸۴ فرد در دو گروه ۴۲ نفره مورد مقایسه قرار گرفتند. میانگین سنی در گروه بیمار، $30/71 \pm 10/54$ و در گروه شاهد، $30/79 \pm 10/62$ سال بود. میانگین سن شروع بیماری ریزش موی منطقه‌ای نیز در بین شرکت‌کنندگان در این مطالعه $24/60 \pm 8/37$ سال بود که بیماری ۶۹ درصد، قبل از ۳۰ سالگی و ۹۷/۶ درصد قبل از ۴۰ سالگی شروع شده بود؛ در مطالعات مشابه هم، شروع بیماری اکثر افراد قبل از ۳۰ سالگی گزارش شده است (۳). در مطالعه‌ی بزرگی که در تایوان انجام شد، میانگین سن

همچنین در کل افراد گروه مورد، ۱۱ نفر (۲۶/۲ درصد) سابقه‌ی خانوادگی از ریزش موی منطقه‌ای داشتند و در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت نیز فقط یک نفر سابقه‌ی خانوادگی ریزش موی منطقه‌ای (۱۶/۷ درصد) را ذکر کرد.

در تجزیه و تحلیل آماری، از نظر ابتلا به اختلالات شخصیت، اختلاف معنی‌داری بین گروه‌های مبتلا و شاهد مشاهده شد ($P = 0/026$). از ۴۲ بیمار مبتلا به ریزش موی منطقه‌ای، ۶ بیمار (۵ زن و ۱ مرد) دچار اختلال شخصیت طبق پرسشنامه‌ی MCMI-III بودند ولی در هیچ یک از افراد گروه شاهد، اختلال شخصیتی مشاهده نشد (جدول ۲). ۱۶/۷ درصد افراد دچار اختلالات شخصیت در گروه A، ۱۶/۷ درصد در گروه B و ۶۶/۷ درصد در گروه C قرار می‌گرفتند.

نکته‌ی حایز اهمیت این که، شیوع اختلالات شخصیت در بین زنان مبتلا در مقایسه با مردان بیشتر بود (۲۷ در مقابل ۵ درصد) که این اختلاف، در مورد زنان در مقایسه با گروه شاهد معنی‌دار نیز بود (جدول ۲).

بحث

ریزش موی منطقه‌ای به عنوان یک بیماری خودایمن

اختلال همراه گزارش شد (۱۶)؛ در مطالعه‌ی حاضر هم شایع‌ترین اختلال شخصیت همراه، اختلال شخصیت وسواسی جبری بود. در مطالعه ما، ۸۳/۳ درصد افراد دارای اختلال شخصیت در دامنه‌ی سنی ۱۸-۳۸ سال قرار داشتند که این مشابه مطالعه‌ی Chu و همکاران در تایوان بود (۱۴). در آن مطالعه، بیشترین شیوع اختلالات شخصیتی در سنین ۲۰-۳۹ سال با $OR = ۱/۶$ (Odds ratio) در افراد مبتلا به ریزش موی منطقه‌ای دیده شد؛ در مقابل، در بازه‌ی سنی ۴۰-۵۹ سال، اختلالات شخصیت در گروه شاهد بیشتر از گروه بیمار گزارش شد ($OR = ۰/۸۶$) و در سایر سنین بین این دو مورد همراهی وجود نداشت.

میزان ابتلا به اختلال شخصیت بر اساس پرسشنامه‌ی MMPI-III در مطالعه‌ی حاضر، ۱۴/۳ درصد در میان گروه مبتلا بود که به تفکیک گروه‌های مختلف شخصیتی، ۱۶/۷ درصد در گروه A، ۱۶/۷ درصد در گروه B و ۶۶/۷ درصد در گروه C بودند. در مطالعه‌ی Ruiz-Doblado و همکاران که جنبه‌های مختلف شخصیتی را در میان ۳۲ بیمار مبتلا به ریزش موی منطقه‌ای از نوع Patchy در شاخه‌های A، B و C توسط پرسشنامه‌ی (IPDE) International Personality Disorders Examination مورد بررسی قرار داد، بیشترین امتیاز به ترتیب مربوط به اختلال شخصیتی اضطرابی، وابسته و جبری گزارش شد که هر سه در دسته‌ی C اختلال شخصیتی می‌باشند (۵). در مطالعه‌ی ما هم ۶۶ درصد افراد مبتلا به اختلال شخصیت، در گروه C با اختلال شخصیت وسواسی - جبری بودند. احتمال می‌رود، علت شیوع بیشتر اختلالات شخصیت گروه C در بین افراد مبتلا

شروع بیماری ۳۱ سال گزارش شد و ۷۰ درصد بیماران کمتر از ۴۰ سال داشتند (۱۴)؛ احتمال می‌رود، این اختلاف به علت جامعه‌ی آماری بزرگ‌تر در مطالعه‌ی آن‌ها باشد.

در این مطالعه، ۱۴/۳ درصد از افراد مبتلا، هم‌زمان دچار اختلال شخصیت نیز بودند که در بین زنان، در مقایسه با مردان شیوع بیشتری داشت (۲۷ در مقابل ۵ درصد)؛ در تجزیه و تحلیل آماری، اختلاف معنی‌داری بین زنان گروه مبتلا با گروه شاهد در ابتلا به اختلالات شخصیت نیز مشاهده شد ($P = ۰/۰۲۲$ برای زنان و $P = ۰/۵۱۴$ برای مردان).

در مطالعه‌ی مورد-شاهدی یاسمی و منصوری از دو پرسشنامه‌ی Minnesota Multiphasic Personality Inventory و Eysenck Personality Inventory (MMPI) Inventory (EPI) جهت بررسی انواع اختلالات شخصیت استفاده شده بود که MMPI-III نتوانست تفاوتی بین ابتلا به اختلالات شخصیت میان مبتلایان به ریزش موی منطقه‌ای و گروه شاهد نشان دهد؛ پرسشنامه‌ی EPI هم بین مردان دو گروه تفاوتی نشان نداد ولی زنان مبتلا به ریزش مو را نورویتیک‌تر از زنان شاهد نشان داد (۱۵). در مطالعه‌ی ما نیز، پرسشنامه‌ی MCMI توانست بین اختلالات شخصیت در زنان گروه‌های شاهد و مبتلا تفاوت معنی‌داری نشان دهد؛ گرچه این اختلاف در میان مردان، مشابه مطالعه یاسمی و منصوری معنی‌دار نشد. این تفاوت می‌تواند ناشی از استرس زیبایی‌شناختی بیماری پوستی مورد مطالعه در میان زنان جامعه باشد.

در مطالعه‌ی غنی زاده، شیوع حداقل یک اختلال روان‌پزشکی در این بیماران، ۷۸ درصد بود که اختلال شخصیت وسواسی جبری، به عنوان شایع‌ترین

دست آمده و اثبات وجود ارتباط معنی‌دار بین اختلالات شخصیت و ریزش موی منطقه‌ای در گروه سنی جوانان و نقش مؤثر این افراد در جامعه، توصیه می‌شود تا مشاوره، تشخیص و درمان‌های روان‌پزشکی در دستورالعمل این بیماران در کنار سایر درمان‌های دارویی قرار گیرد؛ چرا که، می‌تواند به سیر درمان و جلوگیری از عود در این بیماران کمک کند.

پیشنهادها

در این مطالعه، ارزیابی رابطه‌ی علت معلولی بین ریزش موی منطقه‌ای و اختلالات شخصیت امکان پذیر نبود و طراحی مطالعات دیگر جهت ارزیابی تقدم و تأخر این دو توصیه می‌شود. همچنین، استفاده از جامعه‌ی آماری بزرگ‌تر می‌تواند ما را در شناخت بیشتر و دقیق‌تر اختلالات همراه روانی بیمارانی که از این نوع ریزش مو رنج می‌برند، یاری رساند.

به ریزش موی منطقه‌ای، نرخ بالای (۳۹ درصد) اختلالات شخصیت خوشه‌ی C در افراد با اختلالات اضطرابی باشد (۱۷)؛ چرا که، یکی از عوامل مرتبط با مدیریت استرس و سلامت، شخصیت است. درک درستی از این که چگونه شخصیت می‌تواند پاسخ به استرس حاد را تحت تأثیر قرار دهد، تفاوت‌های فردی در استعداد ابتلا به بیماری استرسی مزمن را توجیه می‌کند (۱۸).

در مجموع، در این مطالعه، ارتباط معنی‌داری بین ابتلا به اختلالات شخصیت و ابتلا به ریزش موی منطقه‌ای در میان زنان مبتلا در مقایسه با گروه شاهد نشان داده شد؛ ولی اختلافی میان مردان مبتلا به ریزش موی منطقه‌ای و افراد سالم دیده نشد که می‌تواند ناشی از نگرانی بیشتر زنان در مقایسه با افراد سالم و مردان گروه مبتلا و نیز، اهمیت بیشتر مسأله‌ی زیبایی در زنان باشد. در نهایت، با توجه به نتایج به

References

- MacDonald Hull SP, Wood ML, Hutchinson PE, Sladden M, Messenger AG. Guidelines for the management of alopecia areata. *Br J Dermatol* 2003; 149(4): 692-9.
- Safavi KH, Muller SA, Suman VJ, Moshell AN, Melton LJ, III. Incidence of alopecia areata in Olmsted County, Minnesota, 1975 through 1989. *Mayo Clin Proc* 1995; 70(7): 628-33.
- Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42(4): 549-66.
- Delamere FM, Sladden MM, Dobbins HM, Leonardi-Bee J. Interventions for alopecia areata. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (2): CD004413.
- Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, Garcia-Hernandez MJ. Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol* 2003; 42(6): 434-7.
- Colon EA, Popkin MK, Callies AL, Dessert NJ, Hordinsky MK. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Compr Psychiatry* 1991; 32(3): 245-51.
- Garcia-Hernandez MJ, Ruiz-Doblado S, Rodriguez-Pichardo A, Camacho F. Alopecia areata, stress and psychiatric disorders: a review. *J Dermatol* 1999; 26(10): 625-32.
- Alfani S, Antinone V, Mozzetta A, di Pietro C, Mazzanti C, Stella P, et al. Psychological status of patients with alopecia areata. *Acta Derm Venereol* 2012; 92(3): 304-6.
- Firooz AR, Rashighi Firoozabadi M, Ghazisaidi B, Dowlati Y. Concepts of patients with alopecia areata about their disease. *BMC Dermatology* 2005; 5: 1.
- Millon T. Millon clinical multiaxial inventory manual. 3rd ed. New York, NY: National Computer Systems, Incorporated, 1983.
- Khajeh-Mooghahi N. Preliminary preparation of Millon Clinical Multiaxial Inventory-II in Tehran city. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Tehran Psychiatry Institute; 1993.
- Sharifi AA. Normalization of Millon Clinical Multiaxial Inventory-III in Isfahan city. [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: University of Isfahan; 2002.

13. Koo JY, Shellow WV, Hallman CP, Edwards JE. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 1994; 33(12): 849-50.
14. Chu SY, Chen YJ, Tseng WC, Lin MW, Chen TJ, Hwang CY, et al. Psychiatric comorbidities in patients with alopecia areata in Taiwan: a case-control study. *Br J Dermatol* 2012; 166(3): 525-31.
15. Yasami MT, Mansori P. Personality characteristic and severity of depression in alopecia patients. *J Kerman Univ Med Sci* 1995; 1(2): 65-70. [In Persian].
16. Ghanizadeh A. Comorbidity of psychiatric disorders in children and adolescents with alopecia areata in a child and adolescent psychiatry clinical sample. *Int J Dermatol* 2008; 47(11): 1118-20.
17. Latas M, Milovanovic S. Personality disorders and anxiety disorders: what is the relationship? *Curr Opin Psychiatry* 2014; 27(1): 57-61.
18. Childs E, White TL, de Wit H. Personality traits modulate emotional and physiological responses to stress. *Behav Pharmacol* 2014; 25(5-6): 493-502.

Comparison of the Frequency of Personality Disorders in Patients Diagnosed with Alopecia Areata and the Normal Population

Gholamhosein Ghafarpour MD¹, Abbas Zamanian MD², Abbas Rasi MD²,
Shiva Ghods MD³, Sepideh Asadbeigi MD⁵

Original Article

Abstract

Background: Alopecia areata is a recurrent inflammatory disorder causes non-scarring hair loss. The condition most commonly presents with discrete patches of alopecia on the scalp but can include total loss of scalp or body hair. While occurring in men and women of all ages and races, onset most frequently occurs in young people. Psychosomatic changes caused by this disease can lead to psychological long-term problems such as anxiety and depression. Personality disorders can alter clinical presentation of the disease. This study sought to determine the correlation of personality disorders with the occurrence of alopecia areata.

Methods: A case-control study was conducted in 84 patients divided in two groups of patients diagnosed with alopecia areata and the normal population. The demographic information of both groups was gathered with a questionnaire and the personality disorder was evaluated with the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMII-III).

Findings: Patients with alopecia areata tended to have statistically more personality disorders compared to the control group ($P < 0.05$). Personality disorders among women were more common compared with men (0.27 vs. 0.05). The difference was significant in women compared with control group ($P < 0.05$), but was not statistically significant between the two groups of men ($P > 0.05$).

Conclusion: Based on the significant role of adolescence in society and the correlation between personality disorder and alopecia areata, we recommend psychiatric counseling, clinical evaluation, psychological diagnosis and treatment along with the other treatments.

Keywords: Alopecia areata, Personality disorder, Millon clinical multiaxial inventory-III (MCMII-III)

Citation: Ghafarpour Gh, Zamanian A, Rasi A, Ghods Sh, Asadbeigi S. **Comparison of the Frequency of Personality Disorders in Patients Diagnosed with Alopecia Areata and the Normal Population.** J Isfahan Med Sch 2015; 32(316): 2286-94

1- Associate Professor, Skin and Stem Cell Research Center, Tehran University of Medical Sciences AND Department of Dermatology, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Dermatology, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Skin Diseases and Leishmaniasis Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan AND Resident, Department of Dermatology, Rasoul Akram Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- General Practitioner, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Shiva Ghods MD, Email: shiva_gh88@yahoo.com