



Original Paper

## Frequency of Personality Disorders in Psoriatic Patients in Gorgan, north of Iran (2019)

Fatemeh Ghaderi (M.D)<sup>1</sup> , Fatemeh Livani (M.D)<sup>\*2</sup> , Leila Kashani (M.D)<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> General Physician, Golestan Rheumatology Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. <sup>2</sup> Dermatologist, Assistant Professor, Clinical Research Development Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. <sup>3</sup> Assistant Professor of Psychiatry, Golestan Psychiatric Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

### Abstract

**Background and Objective:** Psoriasis is one of the most common inflammatory skin diseases. About 37 to 50% of patients report exacerbation of symptoms following psychological stress. This study we done to determine the frequency of personality disorders in psoriatic patients in north of Iran.

**Methods:** This descriptive-analytical study was performed on 128 psoriatic patients referred to the dermatology clinic of Sayyad Shirazi Hospital and private clinics in Gorgan, north of Iran during 2019. Firstly severity of psoriasis was determined based on the PASI score (PASI: Psoriasis Area and Severity Index). Then, personality disorders were assessed using the Millon MCMI-III multivariate questionnaire.

**Results:** The mean age of psoriasis patients was  $40.84 \pm 12.91$  years and the duration of the disease was  $8.87 \pm 7.62$  years. 72.7% of patients were females. The prevalence of most personality disorders was histrionic (22.7%), depressive (6.3%) and obsessive-compulsive personality disorder (3.1%), respectively. There was a significant relationship between histrionic personality disorder, which was the most common personality disorder, with disease severity, education level and type of treatment ( $P < 0.05$ ). There was significant relationship between depressive personality disorder and level of education, gender, occupation and ethnicity ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** The most common personality disorder in psoriatic patients was histrionic personality disorder.

**Keywords:** Psoriasis, Psychological Stress, Personality Disorder

\*Corresponding Author: Fatemeh Livani (M.D), E-mail: drlivani2020@gmail.com

Received 20 Oct 2020

Revised 31 Jan 2021

Accepted 13 Feb 2021

Cite this article as: Ghaderi F, Livani F, Kashani L. [Frequency of Personality Disorders in Psoriatic Patients in Gorgan, north of Iran (2019)]. J Gorgan Univ Med Sci. 2021; 23(3): 59-67. [Article in Persian]





## تحقیقی

# فراوانی اختلالات شخصیتی بیماران مبتلا به پسوریازیس شهر گرگان (۱۳۹۸)

دکتر فاطمه قادری<sup>۱</sup> ID، دکتر فاطمه لیوانی\*<sup>۲</sup> ID، دکتر لیلا کاشانی<sup>۳</sup> ID

<sup>۱</sup> پزشک عمومی، مرکز تحقیقات روماتولوژی گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. <sup>۲</sup> متخصص پوست، استادیار، مرکز توسعه تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. <sup>۳</sup> متخصص روانپزشکی، استادیار، مرکز تحقیقات روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

## چکیده

**زمینه و هدف:** پسوریازیس یکی از شایع‌ترین بیماری‌های التهابی پوست بوده و ۵۰-۳۷ درصد از بیماران تشدید علائم بیماری را به دنبال استرس‌های روانی گزارش نموده‌اند. این مطالعه به منظور تعیین فراوانی اختلالات شخصیتی بیماران مبتلا به پسوریازیس در شهر گرگان انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی ۱۲۸ بیمار مبتلا به پسوریازیس مراجعه کننده به کلینیک روماتولوژی مرکز آموزشی درمانی شهید صیاد شیرازی و کلینیک‌های خصوصی شهر گرگان طی سال ۱۳۹۸ انجام شد. ابتدا شدت پسوریازیس بر اساس شاخص تعیین شدت پسوریازیس (Psoriasis Area and Severity Index: PASI) تعیین شد. سپس اختلالات شخصیتی با استفاده از پرسشنامه چند محوری میلون MCMIII ارزیابی گردید.

**یافته‌ها:** میانگین سنی بیماران پسوریازیس ۴۰/۸۴±۱۲/۹۱ سال و مدت بیماری ۸/۸۷±۷/۶۲ سال بود. ۷۲/۷ درصد بیماران زن بودند. فراوانی بیشترین اختلالات شخصیتی در بیماران پسوریازیس به ترتیب شامل اختلال نمایشی (۲۲/۷ درصد)، افسرده (۶/۳ درصد) و وسواسی (۳/۱ درصد) تعیین شد. بین اختلال نمایشی (شایع‌ترین اختلال شخصیت) با شدت بیماری، سطح تحصیلات و نوع درمان اختلاف آماری معنی‌دار مشاهده گردید ( $P < ۰/۰۵$ ). اختلال شخصیت افسرده با سطح تحصیلات، جنسیت، شغل و قومیت ارتباط آماری معنی‌داری داشت ( $P < ۰/۰۵$ ). نتیجه‌گیری: اختلال نمایشی، شایع‌ترین اختلال شخصیتی در بیماران مبتلا به پسوریازیس بود.

**واژه‌های کلیدی:** پسوریازیس، استرس روانی، اختلال شخصیتی

\* نویسنده مسؤول: دکتر فاطمه لیوانی، پست الکترونیکی [driivani2020@gmail.com](mailto:driivani2020@gmail.com)

نشانی: گرگان، بلوار شهید صیاد شیرازی، مرکز آموزشی درمانی شهید صیاد شیرازی، بخش داخلی، تلفن ۰۱۷-۳۲۲۲۳۵۴۲-۳  
وصول مقاله ۱۳۹۹/۷/۲۹، اصلاح نهایی ۱۳۹۹/۱۱/۱۲، پذیرش مقاله ۱۳۹۹/۱۱/۲۵

## مقدمه

پسوریازیس به عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های التهابی پوستی تحت تاثیر عوامل مستعد کننده گوناگون مانند نژاد، موقعیت اجتماعی و عوامل ژنتیکی و شرایط محیطی قرار می‌گیرد و شیوعی بین ۲ تا ۳ درصد در جمعیت عمومی دارد.<sup>۱</sup> یکی از امراض پوستی که به صورت آشکار بر احساس بهزیستی بیمار، تصویر بدنی و خودپنداره وی اثر می‌گذارد؛ بیماری پسوریازیس است. پسوریازیس یک بیماری پوستی مزمن، صعب‌العلاج و التهابی و عود کننده است و زمانی رخ می‌دهد که سیستم ایمنی بدن پیام‌های معیوبی می‌فرستد و منجر به افزایش سرعت چرخه رشد سلول‌های پوست می‌شود.<sup>۲</sup> پسوریازیس بین زنان و مردان از شیوع یکسانی برخوردار است و شروع آن ممکن است در هر سنی رخ دهد. این بیماری نوعی درماتوز اریتما توز مزمن است و وقوع آن به وسیله عوامل ژنتیکی

کنترل می‌شود.<sup>۳</sup> علائم به صورت پلاک‌های پوسته ریز قرمز رنگ تشخیص داده می‌شود که ممکن است در هر سطحی از پوست دیده شود؛ اما بیشتر آرنج، زانو، سر و ناخن‌ها درگیر می‌شوند. بعضی بیماران نیز علائمی مانند خارش، تب، بیحالی و حتی علائم آرتريت را نشان می‌دهند.<sup>۴</sup>

Richards و Griffiths بر منشا روان تنی بیماری تاکید کرده و عوامل تنش‌زا را مهم‌ترین شروع کننده و تشدیدگر روند بیماری دانسته‌اند.<sup>۵</sup> جنبه‌های روان شناختی و درمان جسمانی بیماری پسوریازیس تعامل دو طرفه‌ای با یکدیگر دارند. از یک سو جنبه‌های روانی منفی پسوریازیس تاثیر مستقیمی بر سلامت روان شناختی بیمار دارد و به طور بالقوه در وخامت بیماری تاثیر می‌گذارد که این وضعیت انگیزه درمان و امید به بهبودی را تحت الشعاع قرار می‌دهد و در روند درمان تداخل ایجاد می‌کند. از سوی دیگر، کنترل یا

آزمون مورد استفاده برای تعیین اختلالات روان پزشکی در بیماران، آزمون میلیون ۳ بود که توسط Theodore Millon در سال ۱۹۸۱ طراحی شده است که شامل ۱۷۵ جمله کوتاه، توصیف خود با پاسخ‌های بلی یا خیر است که برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود و شامل ۱۴ الگوی بالینی شخصیت (اسکیزوتیپی، اسکیزوئید، شخصیت مرزی، ضد اجتماعی، اختلال شخصیت وابسته، اختلال شخصیت وسواسی، شخصیت پارانویید، اختلال افسرده، اختلال شخصیت نمایشی، اختلال شخصیت خودشیفته، اختلال شخصیت دوری گزین، اختلال شخصیت دگر آزار، اختلال شخصیت خود آزار و اختلال شخصیت منفی گرا) و ۱۰ نشانگان بالینی (اختلال اضطرابی، اختلال استرس پس از حادثه، وابستگی به الکل و مواد، اختلال شبه جسمی، اختلال دو قطبی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال تفکر، اختلال افسرده خوبی و اختلال هذیانی) است.<sup>۱۰</sup> اعتبار و روایی این آزمون بالا است.<sup>۱۱</sup> پایایی این پرسشنامه در مطالعه چگینی و همکاران به روش آزمون - بازآزمون در گروه بیمار ۰/۷۹۳-۰/۶۱۱ و در گروه غیربیمار ۰/۹۷۲-۰/۷۹۵ و پایایی به روش آلفای کرانباخ ۰/۸۹-۰/۶۴ تعیین شد. توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌های شخصیتی ۰/۴۷-۰/۱۳، مقیاس‌های بالینی ۰/۷۸-۰/۳۳، توان پیش‌بینی منفی آزمون ۰/۹۹-۰/۹۱ و توان تشخیص کل ۰/۹۷-۰/۷۷ به دست آمد.<sup>۱۲</sup>

اختلالات شخصیتی زمانی مطرح می‌شود که نمره فرد در هر یک از مقیاس‌های شخصیتی مساوی یا بیشتر از ۸۵ باشد و اگر نمره فرد بین ۷۵ تا ۸۵ باشد دارای صفت شخصیتی در نظر گرفته می‌شود. نمرات پایین‌تر از ۷۵ دلالت بر نرمال بودن فرد دارد.

ارزیابی شدت بیماری پسوریازیس بر اساس PASI بدین صورت است که ابتدا درصد درگیری کلی سطح پوست (A%) بدین صورت محاسبه می‌شود که سر و دست هر کدام ۹ درصد، پاها، قسمت قدامی و خلفی تنه هر کدام ۱۸ درصد و ناحیه ژنیتال ۱ درصد در نظر گرفته می‌شود. سپس برای میزان قرمزی یا اریتم (E)، ضخامت یا اینفیلتراسیون (I) و پوسته‌ریزی یا اسکواماسیون (D) هر یک از نواحی نمره‌ای بین صفر تا ۴ تعلق می‌گیرد که نمره صفر کمترین و نمره ۴ بیشترین شدت را دارد. دامنه نمره PASI از صفر (عدم ابتلا به بیماری) تا ۷۲ (حداکثر شدت بیماری) متغیر است. PASI نهایی با استفاده از فرمول  $PASI = (E+I+D) \times A\%$  محاسبه گردید. مقادیر ۰-۲۵ درصد، ۲۵-۵۰ درصد، ۵۰-۷۵ درصد و ۷۵-۱۰۰ درصد معرف شدت ابتلا به بیماری پسوریازیس و به ترتیب شامل خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید بودند.

داده‌ها با استفاده از شاخص فراوانی و میانگین و همچنین از طریق آزمون آماری کای-دو و two-tailed t-test و با استفاده از نرم‌افزار

بهبود علائم بیماری، در بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران نقش مهمی را ایفا می‌کند.<sup>۶</sup> Rubino و همکاران نتیجه گرفتند که پسوریازیس به‌طور گسترده با چندین اختلال شخصیت و به‌طور قابل توجهی با پاتولوژی‌های روان نژندی و روان‌پریشی ارتباط دارد.<sup>۷</sup> همچنین برخی مطالعات بیان کرده‌اند که استفاده از روش‌های درمانی با تکیه بر اصول روان شناختی به بهبود قابل ملاحظه تظاهرات بالینی پسوریازیس در طول ۶ هفته پس از آغاز درمان منجر شده و این بهبودی تا ۶ ماه پس از روش‌های درمانی فوق تداوم داشته است.<sup>۸</sup> علی‌رغم شیوع بیماری‌های پوستی و ارتباط قوی آن با اختلالات روانی، میزان واقعی اختلالات روانی همراه با بیماری‌های پوستی کمتر شناخته شده است. این احتمال وجود دارد که اگر اختلالات روانی زمینه‌ای در این بیماران به موقع تشخیص داده نشوند و هدف درمان‌های روان شناختی قرار نگیرند؛ درمان‌های پزشکی به تنهایی نتیجه‌ای در بر نخواهند داشت.<sup>۹</sup> این مطالعه به منظور تعیین فراوانی اختلالات شخصیتی بیماران مبتلا به پسوریازیس در شهر گرگان انجام شد.

### روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی ۱۲۸ بیمار مبتلا به پسوریازیس مراجعه کننده به کلینیک درماتولوژی مرکز آموزشی درمانی شهید صیاد شیرازی و کلینیک‌های خصوصی شهر گرگان طی سال ۱۳۹۸ انجام شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس بود.

مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان (IR.GOUMS.1398.279) قرار گرفت.

با در نظر گرفتن شیوع ۳۰/۹ درصد اختلالات شخصیتی در بیماران پسوریازیس<sup>۳</sup>، ۱۲۸ بیمار پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در پژوهش وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال و ابتلا به بیماری پسوریازیس بر اساس تشخیص پزشک و معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل سابقه اختلالات نورولوژیک مانند تشنج، سایر بیماری‌های جسمی در افراد، عدم رضایت فرد برای شرکت در مطالعه بودند.

در ابتدا شدت پسوریازیس بر اساس شاخص تعیین شدت پسوریازیس (Psoriasis Area and Severity Index: PASI) در سه سطح خفیف، متوسط و شدید توسط متخصص پوست تعیین گردید. سپس اطلاعات مربوط به صفات و اختلالات شخصیتی هر شرکت کننده در مطالعه با استفاده از پرسشنامه چند محوری میلیون MCMIII-III<sup>۱۳</sup> به صورت خود گزارشی ارزیابی شد. همچنین برای هر بیمار چک لیستی تهیه شد و اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، قومیت، وضعیت شغلی، تاهل، محل زندگی و همچنین اطلاعات مربوط به بیماری از جمله سابقه بیماری روانی و مدت زمان بیماری پسوریازیس در آن ثبت گردید.

SPSS-16 در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

میانگین سنی بیماران  $40/84 \pm 12/91$  سال و میانه گروه سنی ۳۸ سال تعیین شد. میانگین مدت بیماری  $8/87 \pm 7/62$  سال با میانه مدت بیماری ۷ سال تعیین شد. ۷۲/۷ درصد بیماران مونث بودند. بیشترین قومیت مبتلا به پسوریازیس، قومیت فارس (۸۰/۵ درصد) بود. به علاوه ۳۶/۷ درصد تحصیلات دیپلم و ۳۶/۷ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۵۶/۳ درصد بیماران فاقد شغل بودند. ۸۶/۷ درصد افراد متأهل و ۸۵/۹ درصد در شهر سکونت داشتند (جدول یک). همچنین ۳/۹ درصد از این افراد سابقه قبلی بیماری روانپزشکی داشتند. از لحاظ شدت بیماری، در ۴ گروه طبقه‌بندی شدند که ۶۸/۸ درصد بیماران از لحاظ شدت در گروه ۲۵-۰ درصد و ۱۸/۸ درصد

در گروه ۵۰-۲۵ درصد بودند. به علاوه ۴۵/۳ درصد از بیماران تحت درمان موضعی و خوراکی بودند.

فراوانی بیشترین اختلالات شخصیتی در بیماران پسوریازیس به ترتیب شامل اختلال نمایشی (۲۲/۷ درصد)، افسرده (۶/۳ درصد) و وسواسی (۳/۱ درصد) تعیین شد. سایر اختلالات شخصیتی شامل اسکیزوتایپی، شخصیت مرزی، شخصیت ضداجتماعی، شخصیت پارانوئید، شخصیت خودشیفته و اختلال شخصیت خودآزار مشاهده نگردید (جدول ۲).

از لحاظ شدت بیماری در گروه ۲۵-۰ درصد به ترتیب بیشترین فراوانی مربوط به اختلال شخصیت نمایشی (۲۸/۴ درصد)، افسرده (۴/۵ درصد) و وسواسی (۴/۵ درصد) بودند. در گروه ۵۰-۲۵ درصد به ترتیب بیشترین فراوانی مربوط به اختلال شخصیت نمایشی (۱۲/۵ درصد)، افسرده (۸/۳ درصد) و وسواسی (۴/۲ درصد) تعیین شد. در

جدول ۱: توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک، شدت بیماری پسوریازیس و نوع درمان در بیماران پسوریازیس مراجعه کننده به درمانگاه پوست در شهرستان گرگان طی سال ۱۳۹۸

متغیرها	تعداد (درصد)	p-value
* جنسیت	مرد (۲۷/۳)	<۰/۰۱
	زن (۷۲/۷)	
** قومیت	فارس (۸۰/۵)	<۰/۰۱
	ترکمن (۱۷/۲)	
	سایر (۲/۳)	
** سطح تحصیلات	زیردیپلم (۳۶/۶)	>۰/۰۵
	دیپلم (۳۶/۷)	
	دانشگاهی (۳۶/۷)	
* شغل	شاغل (۴۳/۸)	>۰/۰۵
	بیکار (۵۶/۳)	
* وضعیت تاهل	متاهل (۸۶/۷)	<۰/۰۰۱
	مجرد (۱۸/۹)	
* محل سکونت	شهر (۸۵/۹)	<۰/۰۰۱
	روستا (۱۴/۱)	
* سابقه بیماری روانپزشکی	بلی (۳/۹)	<۰/۰۰۱
	خیر (۹۶/۱)	
** شدت بیماری	۲۵-۰ درصد (۶۸/۸)	<۰/۰۰۱
	۵۰-۲۵ درصد (۱۸/۸)	
	۷۵-۵۰ درصد (۷/۸)	
	۱۰۰-۷۵ درصد (۴/۷)	
** نوع درمان	موضعی (۳۴/۴)	<۰/۰۰۵
	موضعی خوراکی (۴۵/۳)	
	موضعی، خوراکی و نوردرمانی (۲۰/۳)	

\* ارزیابی شده با آزمون آماری two-tailed t-test. \*\* ارزیابی شده با آزمون آماری کای-دو

جدول ۲: توزیع فراوانی اختلالات شخصیت بیماران پسوریازیس مراجعه کننده به درمانگاه پوست در شهرستان گرگان

الگوی شخصیت	نرمال	تعداد (درصد)	اختلال
اسکیزوتیپ	۱۲۲ (۹۵/۲)	۵ (۲/۹)	۱ (۰/۸)
دوری گزین	۱۲۳ (۹۶/۱)	۴ (۳/۱)	۱ (۰/۸)
افسرده	۱۱۳ (۸۸/۳)	۷ (۵/۵)	۸ (۶/۳)
وابسته	۱۲۳ (۹۶/۱)	۳ (۲/۳)	۲ (۱/۶)
نمایشی	۸۱ (۶۳/۲)	۱۸ (۱۴/۱)	۲۹ (۲۲/۷)
دگرآزار	۱۲۷ (۹۹/۲)	۱ (۰/۸)	۰ (۰)
وسواسی	۱۱۵ (۸۹/۸)	۹ (۷)	۴ (۳/۱)
منفی گرا	۱۲۱ (۹۴/۵)	۶ (۴/۷)	۱ (۰/۸)

جدول ۳: توزیع فراوانی اختلالات شخصیت بیماران پسوریازیس بر حسب شدت بیماری پسوریازیس

الگوی شخصیت	شدت پسوریازیس				* p-value
	۲۵-۵۰ درصد	۵۰-۷۵ درصد	۷۵-۱۰۰ درصد	خیلی شدید	
اسکیزوئید	نرمال	۸۷ (۹۸/۹)	۲۳ (۹۵/۸)	۱ (۴/۲)	۴ (۶۶/۷)
	صفت	۱ (۱/۱)	۱ (۱۰/۱)	۲ (۳۳/۳)	۰ (۰)
	اختلال	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
دوری گزین	نرمال	۸۷ (۹۸/۹)	۲۳ (۱۰۰)	۰ (۰)	۴ (۶۶/۷)
	صفت	۰ (۰)	۲ (۲۰)	۲ (۳۳/۳)	۰ (۰)
	اختلال	۱ (۱/۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
افسرده	نرمال	۸۲ (۹۳/۳)	۱۹ (۷۹/۲)	۳ (۱۲/۵)	۴ (۶۶/۷)
	صفت	۲ (۲/۳)	۳ (۱۲/۵)	۱ (۱۶/۷)	۱ (۱۶/۷)
	اختلال	۴ (۴/۵)	۲ (۸/۳)	۱ (۱۰/۱)	۱ (۱۶/۷)
وابسته	نرمال	۸۷ (۹۸/۹)	۲۱ (۸۷/۵)	۲ (۸/۳)	۶ (۱۰۰)
	صفت	۱ (۱/۱)	۲ (۸/۳)	۱ (۴/۲)	۰ (۰)
	اختلال	۰ (۰)	۱ (۴/۲)	۱ (۱۰/۱)	۰ (۰)
نمایشی	نرمال	۴۷ (۵۳/۴)	۱۹ (۷۹/۲)	۲ (۸/۳)	۶ (۱۰۰)
	صفت	۱۶ (۱۸/۲)	۲ (۸/۳)	۳ (۱۲/۵)	۰ (۰)
	اختلال	۲۵ (۲۸/۴)	۳ (۱۲/۵)	۱ (۱۰/۱)	۰ (۰)
دگر آزار	نرمال	۸۷ (۹۸/۹)	۲۴ (۱۰۰)	۰ (۰)	۶ (۱۰۰)
	صفت	۱ (۱/۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
	اختلال	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
وسواسی	نرمال	۷۹ (۸۹/۸)	۲۰ (۸۳/۳)	۴ (۱۶/۷)	۶ (۱۰۰)
	صفت	۵ (۵/۷)	۴ (۱۶/۷)	۰ (۰)	۰ (۰)
	اختلال	۴ (۴/۵)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
منفی گرا	نرمال	۸۳ (۹۴/۳)	۲۴ (۱۰۰)	۰ (۰)	۵ (۸۳/۳)
	صفت	۴ (۴/۵)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
	اختلال	۱ (۱/۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)

\* ارزیابی شده با آزمون آماری دقیق فیشر (P<۰/۰۵)

جدول ۴: توزیع فراوانی اختلالات شخصیت بیماران پسوریازیس بر حسب سن، جنس و سطح تحصیلات بیماران پسوریازیس

الگوی شخصیت	میانگین و انحراف معیار	سن		* p-value	تحصیلات		
		مرد (تعداد درصد)	زن (تعداد درصد)		دیپلم	دیپلم دانشگاهی	تحصیلات
اسکیزوئید	نرمال	۳۵ (۱۰۰)	۸۷ (۹۳/۵)	۰/۵۲	۲۸ (۸۲/۴)	۴۷ (۱۰۰)	۴۷ (۱۰۰)
	صفت	۰ (۰)	۵ (۵/۴)		۵ (۱۴/۷)	۰ (۰)	۰ (۰)
	اختلال	۰ (۰)	۱ (۱/۱)		۱ (۲/۹)	۰ (۰)	۰ (۰)
دوری گزین	نرمال	۳۵ (۱۰۰)	۸۸ (۹۴/۶)	۰/۵۲	۲۹ (۸۵/۳)	۴۶ (۹۷/۹)	۴۶ (۹۷/۹)
	صفت	۰ (۰)	۴ (۴/۳)		۴ (۱۱/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)
	اختلال	۰ (۰)	۱ (۱/۱)		۱ (۲/۹)	۰ (۰)	۰ (۰)
افسرده	نرمال	۳۵ (۱۰۰)	۷۸ (۸۳/۹)	۰/۰۶	۲۴ (۷۰/۶)	۴۵ (۹۵/۷)	۲ (۴/۳)
	صفت	۰ (۰)	۷ (۷/۵)		۴ (۱۱/۸)	۱ (۲/۱)	۲ (۴/۳)
	اختلال	۰ (۰)	۸ (۸/۶)		۶ (۱۷/۶)	۱ (۲/۱)	۱ (۲/۱)
وابسته	نرمال	۳۵ (۱۰۰)	۸۸ (۹۴/۶)	۰/۳۴	۳۱ (۹۱/۳)	۴۶ (۹۷/۹)	۴۶ (۹۷/۹)
	صفت	۰ (۰)	۳ (۳/۲)		۱ (۲/۹)	۱ (۲/۱)	۱ (۲/۱)
	اختلال	۰ (۰)	۲ (۲/۲)		۲ (۵/۹)	۰ (۰)	۰ (۰)
نمایشی	نرمال	۲۳ (۶۵/۷)	۸۸ (۶۲/۴)	۰/۹۳	۲۹ (۸۵/۳)	۴۶ (۹۷/۹)	۲۴ (۵۱/۱)
	صفت	۴ (۱۱/۴)	۱۴ (۱۵/۱)		۱ (۲/۹)	۷ (۱۴/۹)	۱۰ (۲۱/۳)
	اختلال	۸ (۲۲/۹)	۲۱ (۲۲/۶)		۴ (۱۱/۸)	۱۲ (۲۵/۵)	۱۳ (۲۷/۷)
دگر آزار	نرمال	۳۴ (۹۷/۱)	۹۳ (۱۰۰)	-	۳۴ (۱۰۰)	۴۶ (۹۷/۹)	۴۷ (۱۰۰)
	صفت	۱ (۲/۹)	۰ (۰)		۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
	اختلال	۰ (۰)	۰ (۰)		۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
وسواسی	نرمال	۳۱ (۸۸/۶)	۸۴ (۹۰/۳)	۰/۳۱	۳۰ (۸۸/۲)	۴۴ (۹۳/۶)	۴۱ (۸۷/۲)
	صفت	۲ (۵/۷)	۷ (۷/۵)		۳ (۸/۸)	۳ (۶/۴)	۳ (۶/۴)
	اختلال	۲ (۵/۷)	۲ (۲/۲)		۱ (۲/۹)	۰ (۰)	۳ (۶/۴)
منفی گرا	نرمال	۳۴ (۹۷/۱)	۸۷ (۹۳/۵)	۰/۵۳	۳۲ (۹۴/۱)	۴۴ (۹۳/۶)	۴۵ (۹۵/۷)
	صفت	۱ (۲/۹)	۵ (۵/۴)		۲ (۵/۹)	۲ (۴/۳)	۲ (۴/۳)
	اختلال	۰ (۰)	۱ (۱/۱)		۰ (۰)	۱ (۲/۱)	۰ (۰)

\* ارزیابی شده با آزمون آماری دقیق فیشر (P<۰/۰۵)

جدول ۵: توزیع فراوانی اختلالات شخصیت بیماران پسوریازیس بر حسب محل سکونت و تاهل بیماران پسوریازیس

* p-value	وضعیت تاهل		* p-value	محل سکونت		الگوی شخصیت
	متاهل تعداد (درصد)	مجرد تعداد (درصد)		روستا تعداد (درصد)	شهر تعداد (درصد)	
۰/۷۱	۱۰۵ (۹۴/۶)	۱۴ (۱۰۰)	۰/۰۱	۱۷ (۹۴/۴)	۱۰۵ (۹۵/۵)	نرمال
	۵ (۴/۵)	۰ (۰)		۰ (۰)	۵ (۴/۵)	صفت
	۱ (۰/۹)	۰ (۰)		۱ (۵/۶)	۰ (۰)	اختلال
۰/۷۱	۱۰۶ (۹۵/۵)	۱۴ (۱۰۰)	۰/۰۱	۱۷ (۹۴/۴)	۱۰۶ (۹۶/۴)	نرمال
	۴ (۳/۶)	۰ (۰)		۱ (۵/۶)	۳ (۲/۷)	صفت
	۱ (۰/۹)	۰ (۰)		۰ (۰)	۱ (۰/۹)	اختلال
۰/۹۵	۹۷ (۸۷/۴)	۱۳ (۹۲/۹)	۰/۸۹	۱۶ (۸۸/۹)	۹۷ (۸۸/۲)	نرمال
	۷ (۶/۳)	۱ (۰/۹)		۱ (۵/۶)	۶ (۵/۵)	صفت
	۷ (۶/۳)	۱ (۷/۱)		۱ (۵/۶)	۷ (۶/۴)	اختلال
۰/۶۲	۱۰۷ (۹۶/۴)	۱۳ (۹۲/۹)	۰/۱۳	۱۶ (۸۸/۹)	۱۰۷ (۹۷/۳)	نرمال
	۲ (۱/۸)	۱ (۷/۱)		۱ (۵/۶)	۲ (۱/۸)	صفت
	۲ (۱/۸)	۰ (۰)		۱ (۵/۶)	۱ (۰/۹)	اختلال
۰/۱۶	۷۲ (۶۴/۹)	۶ (۴۲/۹)	۰/۳۷	۱۴ (۷۷/۸)	۶۷ (۹۷/۳)	نرمال
	۱۴ (۱۲/۶)	۴ (۲۸/۶)		۱ (۵/۶)	۱۷ (۱۵/۵)	صفت
	۲۵ (۲۲/۵)	۴ (۲۸/۶)		۳ (۱۶/۷)	۲۶ (۲۳/۶)	اختلال
-	۱۱۰ (۹۹/۱)	۱۴ (۱۰۰)	-	۱۸ (۱۰۰)	۱۰۹ (۹۹/۱)	نرمال
	۱ (۰/۹)	۰ (۰)		۰ (۰)	۱ (۰/۹)	صفت
	۰ (۰)	۰ (۰)		۰ (۰)	۰ (۰)	اختلال
۰/۴۹	۱۰۱ (۹۱)	۱۲ (۸۵/۷)	۰/۴	۱۷ (۹۴/۴)	۹۸ (۸۹/۱)	نرمال
	۶ (۵/۴)	۲ (۱۴/۳)		۱ (۵/۶)	۸ (۷/۳)	صفت
	۴ (۳/۶)	۰ (۰)		۰ (۰)	۴ (۳/۶)	اختلال
۰/۷۱	۱۰۴ (۹۳/۷)	۱۴ (۱۰۰)	۰/۱۵	۱۷ (۹۴/۴)	۱۰۴ (۹۴/۵)	اختلال
	۶ (۵/۴)	۰ (۰)		۱ (۵/۶)	۵ (۴/۵)	نرمال
	۱ (۰/۹)	۰ (۰)		۱ (۵/۶)	۱ (۰/۹)	صفت

\* ارزیابی شده با آزمون آماری دقیق فیشر (P<۰/۰۵)

جدول ۶: توزیع فراوانی اختلالات شخصیت بیماران پسوریازیس بر حسب سابقه بیماری روانپزشکی، قومیت و سابقه شغلی

* p-value	سابقه شغلی		* p-value	قومیت			* p-value	سابقه بیماری روانپزشکی		الگوی شخصیت
	دارد تعداد (درصد)	ندارد تعداد (درصد)		سایر تعداد (درصد)	ترکمن تعداد (درصد)	فارس تعداد (درصد)		دارد تعداد (درصد)	ندارد تعداد (درصد)	
۰/۳۵	۵۶ (۱۰۰)	۶۶ (۹۱/۷)	-	۲ (۶۶/۷)	۲۱ (۹۵/۵)	۹۹ (۹۶/۱)	۰/۸۵	۴ (۸۰)	۱۱۸ (۹۵/۹)	نرمال
	۰ (۰)	۵ (۶/۹)		۰ (۰)	۱ (۴/۵)	۰ (۰)		۱ (۲۰)	۴ (۳/۳)	صفت
	۰ (۰)	۱ (۱/۴)		۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)		۰ (۰)	۱ (۰/۸)	اختلال
۰/۳	۵۴ (۹۶/۴)	۶۷ (۹۳/۱)	۰/۰۰۰۱	۲ (۶۶/۷)	۲۱ (۹۵/۵)	۱۰۰ (۹۷/۱)	۰/۸۳	۵ (۱۰۰)	۱۱۸ (۹۵/۹)	نرمال
	۱ (۱/۸)	۵ (۶/۹)		۰ (۰)	۱ (۴/۵)	۳ (۲/۹)		۰ (۰)	۴ (۳/۳)	صفت
	۱ (۱/۸)	۰ (۰)		۱ (۳۳/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)		۰ (۰)	۱ (۰/۸)	اختلال
۰/۰۵	۵۴ (۹۶/۴)	۵۹ (۸۱/۹)	۰/۰۰۰۱	۱ (۳۳/۳)	۲۱ (۹۵/۵)	۹۱ (۸۸/۳)	۰/۲۱	۴ (۸۰)	۱۰۹ (۸۸/۶)	نرمال
	۱ (۱/۸)	۶ (۸/۳)		۰ (۰)	۱ (۴/۵)	۷ (۶/۷)		۰ (۰)	۷ (۵/۷)	صفت
	۱ (۱/۸)	۷ (۹/۷)		۲ (۶۶/۷)	۰ (۰)	۵ (۴/۹)		۱ (۲۰)	۷ (۵/۷)	اختلال
۰/۱۹	۵۶ (۱۰۰)	۶۷ (۹۳/۱)	۰/۷۸	۲ (۶۶/۷)	۲۲ (۱۰۰)	۹۹ (۹۶/۱)	۰/۷۷	۵ (۱۰۰)	۱۱۸ (۹۵/۹)	نرمال
	۰ (۰)	۳ (۴/۲)		۱ (۳۳/۳)	۰ (۰)	۲ (۱/۹)		۰ (۰)	۳ (۲/۴)	صفت
	۰ (۰)	۲ (۲/۸)		۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۱/۹)		۰ (۰)	۲ (۱/۶)	اختلال
۰/۲	۳۱ (۵۵/۴)	۵۰ (۶۹/۴)	۰/۷۵	۲ (۶۶/۷)	۱۶ (۷۲/۷)	۶۳ (۶۱/۲)	۰/۱۷	۵ (۱۰۰)	۷۶ (۶۱/۸)	نرمال
	۱۰ (۱۷/۹)	۸ (۱۱/۱)		۰ (۰)	۲ (۹/۱)	۱۶ (۱۵/۵)		۰ (۰)	۱۸ (۱۴/۶)	صفت
	۱۵ (۲۶/۸)	۱۴ (۱۹/۴)		۱ (۳۳/۳)	۴ (۱۸/۲)	۲۴ (۲۳/۳)		۰ (۰)	۲۹ (۲۳/۶)	اختلال
-	۵۵ (۹۸/۳)	۷۲ (۱۰۰)	-	۳ (۱۰۰)	۲۲ (۱۰۰)	۱۰۲ (۹۹)	-	۵ (۱۰۰)	۱۲۲ (۹۹/۲)	نرمال
	۱ (۱/۸)	۰ (۰)		۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۱)		۰ (۰)	۱ (۰/۸)	صفت
	۰ (۰)	۰ (۰)		۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)		۰ (۰)	۰ (۰)	اختلال
۰/۱۹	۴۹ (۸۷/۵)	۶۶ (۹۱/۷)	۰/۸۸	۳ (۱۰۰)	۲۰ (۹۰/۹)	۹۲ (۸۹/۳)	۰/۶۷	۵ (۱۰۰)	۱۱۰ (۸۹/۴)	نرمال
	۴ (۷/۱)	۵ (۶/۹)		۰ (۰)	۱ (۴/۵)	۸ (۷/۸)		۰ (۰)	۹ (۷/۳)	صفت
	۳ (۵/۶)	۱ (۱/۴)		۰ (۰)	۱ (۴/۵)	۳ (۲/۹)		۰ (۰)	۴ (۳/۳)	اختلال
۰/۳۶	۵۴ (۹۶/۴)	۶۷ (۹۳/۱)	۰/۸۸	۲ (۶۶/۷)	۲۱ (۹۵/۵)	۹۸ (۹۵/۱)	۰/۸۳	۵ (۱۰۰)	۱۱۶ (۹۴/۳)	نرمال
	۱ (۱/۸)	۵ (۶/۹)		۱ (۳۳/۳)	۱ (۴/۵)	۴ (۳/۹)		۰ (۰)	۶ (۴/۹)	صفت
	۱ (۱/۸)	۰ (۰)		۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۱)		۰ (۰)	۱ (۰/۸)	اختلال

\* ارزیابی شده با آزمون آماری دقیق فیشر (P<۰/۰۵)

جدول ۷: توزیع فراوانی اختلالات شخصیت بیماران پسوریازیس بر حسب نوع درمان و بررسی ارتباط مدت زمان بیماری						
* p-value	نوع درمان			مدت زمان بیماری		الگوی شخصیت
	موضعی + خوراکی و فوتوتراپی	موضعی و خوراکی	موضعی	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
۰/۵۴	۲۳ (۸۸/۵)	۵۵ (۹۴/۸)	۴۴ (۱۰۰)	۸/۵۸±۷/۵۲	۸/۵۸±۷/۵۲	نرمال
	۳ (۱۱/۵)	۲ (۳/۴)	۰ (۰)	۱۵/۴±۸/۶۱	۱۵/۴±۸/۶۱	صفت
	۰ (۰)	۱ (۱/۷)	۰ (۰)	۱۲	۱۲	اختلال
۰/۱۲	۲۳ (۸۸/۵)	۵۶ (۹۶/۶)	۴۴ (۱۰۰)	۸/۵۷±۷/۴۹	۸/۵۷±۷/۴۹	نرمال
	۲ (۷/۷)	۲ (۳/۴)	۰ (۰)	۱۶±۹/۱۲	۱۶±۹/۱۲	صفت
	۱ (۳/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۷	۱۷	اختلال
۰/۰۰۰۰۱	۲۲ (۸۴/۶)	۵۱ (۷۸/۹)	۴۰ (۹۰/۹)	۸/۴۳±۷/۴۴	۸/۴۳±۷/۴۴	نرمال
	۱ (۳/۸)	۴ (۶/۹)	۲ (۴/۵)	۱۴/۲۸±۸/۹۳	۱۴/۲۸±۸/۹۳	صفت
	۱۳ (۱۱/۵)	۳ (۵/۲)	۲ (۴/۵)	۱۰/۳۷±۸/۰۷	۱۰/۳۷±۸/۰۷	اختلال
۰/۵۹	۴۶ (۹۷/۹)	۴۶ (۹۷/۹)	۴۳ (۹۷/۷)	۸/۹۴±۷/۶۷	۸/۹۴±۷/۶۷	نرمال
	۱ (۳/۸)	۲ (۳/۴)	۰ (۰)	۷±۸/۶۶	۷±۸/۶۶	صفت
	۰ (۰)	۱ (۱/۷)	۱ (۲/۳)	۷/۵±۸/۳۶	۷/۵±۸/۳۶	اختلال
۰/۱۲	۲۲ (۸۴/۶)	۳۸ (۱۱/۷)	۲۱ (۴۷/۷)	۹/۵۱±۸/۱۳	۹/۵۱±۸/۱۳	نرمال
	۰ (۰)	۸ (۱۳/۸)	۱۰ (۲۲/۷)	۷/۳۸±۷/۲۰	۷/۳۸±۷/۲۰	صفت
	۴ (۱۵/۴)	۱۲ (۲۰/۷)	۱۳ (۲۹/۵)	۸±۶/۳۱	۸±۶/۳۱	اختلال
-	۲۵ (۹۶/۲)	۵۸ (۱۰۰)	۴۶ (۱۰۰)	۸/۷۸±۷/۵۹	۸/۷۸±۷/۵۹	نرمال
	۱ (۳/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲۰	۲۰	صفت
	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰	۰	اختلال
۰/۳۸	۲۳ (۸۸/۵)	۵۳ (۹۱/۴)	۳۹ (۸۸/۶)	۹/۱۴±۷/۷۴	۹/۱۴±۷/۷۴	نرمال
	۳ (۱۱/۵)	۳ (۵/۲)	۳ (۶/۸)	۷/۶۶±۶/۸۱	۷/۶۶±۶/۸۱	صفت
	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۲/۹)	۳/۷۵±۴/۲۷	۳/۷۵±۴/۲۷	اختلال
۰/۳۶	۲۵ (۹۶/۲)	۵۶ (۹۶/۶)	۴۰ (۹۰/۹)	۸/۹۱±۷/۶۲	۸/۹۱±۷/۶۲	نرمال
	۱ (۳/۸)	۲ (۳/۴)	۳ (۶/۸)	۹/۱۶±۸/۵۶	۹/۱۶±۸/۵۶	صفت
	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۲/۳)	۲	۲	اختلال

\* ارزیابی شده با آزمون آماری دقیق فیشر (P<۰/۰۵)

اختلال شخصیت افسرده و ۲۲/۷ درصد اختلال شخصیت نمایشی داشتند. برای اختلالات اسکیزوتیپی، شخصیت مرزی، ضداجتماعی، پارانوئید و خودشیفته موردی یافت نشد.

مطالعه مولوی و همکاران در اردیبهشت برای بررسی اختلالات شخصیت در ۸۰ بیمار پسوریازیس انجام شد.<sup>۲</sup> فراوانی اختلال افسرده ۳/۸ درصد و واجد صفت ۱/۲ درصد؛ اختلال وابسته صفر درصد و واجد صفت ۱/۲ درصد؛ اختلال نمایشی ۳۱/۲ درصد و واجد صفت ۱۵ درصد؛ وسواسی ۷/۵ درصد و واجد صفت ۸/۸ درصد؛ اختلال منفی گرا صفر درصد و واجد صفت ۱/۲ درصد گزارش شد. برای اختلالات اسکیزوتیپی، دوری گزین، خودشیفته و ضد اجتماعی، اسکیزوتیپال، مرزی و پارانوئید موردی گزارش نشد. بیشترین اختلال در مطالعه مولوی و همکاران اختلال نمایشی و سپس وسواسی و بعد از آن افسرده بودند.<sup>۳</sup> در حالی که در مطالعه حاضر بیشترین اختلال مربوط به اختلال شخصیت نمایشی و سپس اختلال افسرده و بعد از آن وسواسی بودند.

در مطالعه حاضر فراوانی شدت بیماری پسوریازیس در چهار گروه مورد بررسی قرار گرفت که شدت‌های ۰-۲۵ درصد، ۲۵-۵۰ درصد، ۵۰-۷۵ درصد و ۷۵-۱۰۰ درصد به ترتیب شامل ۶۸/۸ درصد، ۱۸/۸ درصد، ۷/۸ درصد و ۴/۷ درصد محاسبه شدند.

در این مطالعه در برخی موارد به دلیل صفر بودن عدد مربوط به اختلالات شخصیتی امکان تجزیه و تحلیل آماری میسر نبود.<sup>۱۱</sup> با

گروه ۷۵-۵۰ درصد اختلالات شخصیتی اسکیزوتیپی، افسرده، وابسته، و نمایشی بیشترین فراوانی را به میزان ۱۰ درصد دربر گرفتند. علاوه بر این در گروه ۷۵-۵۰ درصد بیشترین فراوانی مربوط به اختلال شخصیتی افسرده (۱۶/۷ درصد) بود و در سایر موارد اختلال شخصیت مشاهده نشد (جدول ۳).

توزیع فراوانی اختلالات شخصیت بر حسب سن، جنس، سطح تحصیلات و محل سکونت، وضعیت تاهل، قومیت، سابقه شغلی و سابقه بیماری روانی در بیماران مبتلا به پسوریازیس در **جدول‌های ۴-۶** آورده شده است. همچنین توزیع فراوانی اختلالات شخصیت بر حسب نوع درمان و بررسی ارتباط مدت زمان بیماری با اختلالات شخصیتی در بیماران مبتلا به پسوریازیس در **جدول ۷** آمده است.

### بحث

با توجه به نتایج این مطالعه بین متغیرهای جنس، قومیت، وضعیت تاهل، محل سکونت، سابقه بیماری روانی با شدت بیماری و نوع درمان پسوریازیس اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد که نشان‌دهنده آن است که این متغیرها را می‌توان به عنوان عوامل خطر بالقوه بیماری پسوریازیس دانست. در این مطالعه از میان ۱۲۸ نفر بیمار مبتلا به پسوریازیس، اختلال شخصیت اسکیزوتیپی، اختلال شخصیت دوری گزین، اختلال شخصیت دگرآزار و اختلال شخصیت منفی گرا هر کدام به میزان ۰/۸ درصد، ۱/۶ درصد اختلال شخصیت وابسته، ۳/۱ درصد اختلال شخصیت وسواسی، ۶/۳ درصد

در مطالعه حاضر میانگین و انحراف معیار مدت درمان ۲۰۲۰/۷۶±۸/۸۷ سال بود. در مطالعه Yue و همکاران که در سال ۲۰۲۰ در چین انجام شد؛ بین اضطراب و افسردگی با مدت بیماری اختلاف معنی داری مشاهده شد.<sup>۱۵</sup> یک علت این اختلاف می‌تواند به علت گروه مورد مطالعه باشد که در مطالعه Yue و همکاران<sup>۱۵</sup> بیماران دچار آرتريت پسوریاتیک بودند که موجب دردهای شدید مفصلی می‌گردد. وجود درد خود می‌تواند از عوامل تشدید کننده اختلالات روانی و اضطراب باشد.

### نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که فراوانی بیشترین اختلالات شخصیتی در بیماران پسوریازیس به ترتیب مربوط به اختلال نمایشی، افسرده و وسواسی است. قوی‌ترین عواملی که بر روی این سه اختلال شخصیتی تاثیرگذار بوده‌اند و از عوامل بروز این اختلالات شخصیتی محسوب می‌شوند شامل شدت بیماری و نوع درمان است که بر روی بروز اختلال نمایشی موثر است.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه (شماره ۹۳۲) خانم فاطمه قادری برای اخذ درجه دکتری عمومی در رشته پزشکی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان بود. همچنین حاصل طرح تحقیقاتی (شماره ۱۱۱۲۳۳) مصوب واحد توسعه تحقیقاتی بالینی دانشگاه علوم پزشکی گلستان بود. نویسندگان اعلام می‌دارند؛ هیچگونه تعارض منافی ندارند. در پایان از مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی دانشگاه علوم پزشکی گلستان و نیز از جناب آقای دکتر حامد کلانی که در ویرایش مقاله با اینجانب همکاری داشتند؛ صمیمانه تشکر می‌گردد.

### References

1. Abdi Zenab M, Besharat MA, Davoudi SM. [Comparison of psychological symptoms severity in patients skin suffered from diseases with healthy individuals]. *Dermatol Cosmet*. 2018; 9(1): 13-27. [Article in Persian]
2. Enamandram M, Kimball AB. Psoriasis epidemiology: the interplay of genes and the environment. *J Invest Dermatol*. 2013 Feb; 133(2): 287-9. DOI: 10.1038/jid.2012.434
3. Molavi P, Rostami M, Nader Mohammadi Moghadam M, Khalkhali A, Salvat H. [Personality disorders in psoriatic patients]. *Dermatol Cosmet*. 2018; 9 (3) :147-157. [Article in Persian]
4. Khozimeh F, Akhavan Taheri M. [Evaluation of relative frequency of geographic tongue and fissured tongue in psoriatic patients]. *J Isfahan Dent Sch*. 2009; 5(2): 88-93. [Article in Persian]
5. Griffiths CE, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2001 Jun; 26(4):338-42. DOI: 10.1046/j.1365-2230.2001.00834.x
6. Alipour A, Hossein Z, Seyyed Naser E, Hassan A. [The impact of group cognitive behavioral therapy on the disease severity and mental health of psoriasis patients]. *Dermatol Cosmet*. 2013; 4(4): 196-204. [Article in Persian]

وجود این نتایج نشان داد که ارتباط معنی داری بین اختلال شخصیت نمایشی و شدت بیماری پسوریازیس وجود دارد. در مطالعه Molina-leyva و همکاران در اسپانیا، شیوع و ارتباط اختلالات شخصیت با بیماری پسوریازیس انجام بررسی و بین اختلالات شخصیت و شدت بیماری پسوریازیس اختلاف معنی داری مشاهده نشد.<sup>۱۳</sup>

در مطالعه ما بین اختلالات شخصیتی افسرده و وابسته با تحصیلات اختلاف معنی داری مشاهده شد. علاوه بر این اختلاف آماری معنی داری بین اختلالات شخصیتی اسکیزوئید و دوری‌گزین با محل سکونت مشاهده شد. همچنین بین اختلالات شخصیتی دوری‌گزین و افسرده با قومیت و نیز اختلال شخصیتی افسرده با سابقه شغلی اختلاف معنی داری وجود داشت. در مطالعه حاضر فراوانی نوع درمان به صورت موضعی ۳۴/۴ درصد، موضعی و خوراکی ۴۵/۳ درصد و فراوانی موضعی، خوراکی و فوتوتراپی ۲۰/۳ درصد بود که تنها اختلاف آماری معنی داری بین اختلال شخصیتی افسرده و نوع درمان مشاهده شد. در مطالعه Al Alawi و همکاران که در عمان با هدف بررسی اختلالات افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن پوستی انجام شد؛ نتایج نشان داد که در گروه استفاده کننده از درمان موضعی، میزان علائم افسردگی بیشتر بوده است<sup>۱۴</sup> که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی نداشت. در مقایسه این دو مطالعه می‌توان به اثر برخی داروها در ایجاد مشکلات روانی و افسردگی اشاره کرد که علت این ارتباط در مطالعه Al Alawi و همکاران<sup>۱۴</sup> اثرات روانی و ایجاد افسردگی در داروهای کورتونی ذکر شده بود؛ ولی این ارتباط به دلیل نقص در پرونده برخی بیماران در مطالعه حاضر مورد بررسی قرار نگرفت.

7. Rubino IA, Sonnino A, Pezzarossa B, Ciani N, Bassi R. Personality disorders and psychiatric symptoms in psoriasis. *Psychol Rep*. 1995 Oct; 77(2): 547-53. DOI: 10.2466/pr0.1995.77.2.547
8. Barrea L, Nappi F, Di Somma C, Savanelli MC, Falco A, Balato A, et al. Environmental Risk Factors in Psoriasis: The Point of View of the Nutritionist. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 Jul; 13(7): 743. DOI: 10.3390/ijerph13070743
9. Montgomery K, Norman P, Messenger AG, Thompson AR. The importance of mindfulness in psychosocial distress and quality of life in dermatology patients. *Br J Dermatol*. 2016 Nov; 175(5): 930-936. DOI: 10.1111/bjd.14719
10. Chegini M, Delavar A, Garrayi B. [Psychometric Characteristics of Millon Clinical Multiaxial Inventory-III]. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2013; 8(29): 135-62. [Article in Persian]
11. Wozel G. Psoriasis treatment in difficult locations: scalp, nails, and intertriginous areas. *Clin Dermatol*. 2008 Sep-Oct; 26(5): 448-59. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2007.10.026
12. Burt A, Mannan H, Touyz S, Hay P. Prevalence of DSM-5 diagnostic threshold eating disorders and features amongst Aboriginal and Torres Strait islander peoples (First Australians). *BMC Psychiatry*. 2020; 20: 449. DOI: 10.1186/s12888-020-



02852-1

13. Molina-Leyva A, Caparros-delMoral I, Ruiz-Carrascosa JC, Naranjo-Sintes R, Jimenez-Moleon JJ. Elevated prevalence of Type D (distressed) personality in moderate to severe psoriasis is associated with mood status and quality of life impairment: a comparative pilot study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Sep; 29(9): 1710-7. DOI: 10.1111/jdv.12960
14. Al Alawi M, Al Sinawi H, Al Qasabi AM, Al Mamari AM, Panchatcharam SM, Al-Adawi S. Prevalence and predictors of

depressive symptoms among attendees of a tertiary care dermatology clinic in Muscat, Oman. *Int J Dermatol*. 2018 Mar;57(3):284-290. DOI: 10.1111/ijd.13912

15. Yue T, Li Q, Wang R, Liu Zh, Guo M, Bai F, et al. Comparison of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Zung Self-Rating Anxiety/Depression Scale (SAS/SDS) in Evaluating Anxiety and Depression in Patients with Psoriatic Arthritis. *Dermatology*. 2020; 236(2): 170-178. DOI: 10.1159/000498848