Psychological Stress and Body Image Satisfaction in Relation to Alopecia Areata

Hanaa A. Shwaikh*

The study aimed to clarify the role of both of Psychological stress and body image satisfaction in relation to Alopecia Areata (AA) by using Path Analysis. In order to verify the hypotheses of study, a battery of questionnaires including the demographic questionnaire, Psychological stress scale, and body image satisfaction scale have been used. After fulfilling the psychometric requirements of the battery, the data were collected from two samples: (1) (n = 50) patients with AA (36 male, 14 female), there ages ranged from 25-53 years, with a mean of 42.12 (SD = 8.23). (2) (n = 60) healthy people without AA (44 male, 16 female), there ages ranged from 26-55 years, with a mean of 41.78 (SD = 7.89). The findings of the study were as follows: (1) The AA was the most effect on increasing psychological stress and decreasing body image satisfaction. (2) Their were significant differences between male and female patients with AA in: psychological stress and body image satisfaction.

Keywords: Psychological Stress, Body Image Satisfaction, Alopecia Areata.

المشقة النفسية والرضا عن صورة الجسم في علاقتهما بالإصابة بداء الثعلبة*

هناء أحمد محمد شويخ(**)

ملخص: تهدف الدراسة الراهنة إلى الكشف عن دور بعض المتغيرات النفسية في الإصابة بداء الثعلبة، وهي: المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم، وكذلك إلى أي مدى تنتظم هذه المتغيرات في علاقتها باستمرار تفاقم المرض بمرور الوقت. وقد اشتملت أدوات الدراسة على: قائمة البيانات الأولية، ومقياس المشقة النفسية، ومقياس الرضا عن صورة الجسم. وتكونت العينة من مجموعتين: الأولى (50) من ذوي تاريخ الإصابة بداء الثعلبة (36 ذكراً، و14 أنثى)، ويراوح المدى العمري للعينة بين 25 و 53 سنة، بمتوسط 42,12 سنة، وانحراف معياري 8,23. والثانية (60) من الأصحاء ممن يخلو تاريخهم من الإصابة بداء الثعلبة (44 ذكراً، و16 أنثى)، ويراوح المدى العمري للعينة بين 26 و55 سنة، بمتوسط 41,78 سنة، وانحراف معياري 7,89. وكانت أهم النتائج: (1) وجود فروق دالة إحصائياً بين مرضى داء الثعلبة والأصحاء في: المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم. (2) كذلك وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من مرضى داء الثعلبة في: المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم.

المصطلحات الأساسية: المشقة النفسية، الرضا عن صورة الجسم، داء الثعلبة.

المقدمة:

تتسم العلاقة بين الأمراض الجلدية Cutaneous diseases والمتغيرات النفسية بأنها شديدة الصلة، والأدلة على ذلك كثيرة، منها: (1) ظهور تخصص بَيني يُسمى بعلم النفس الجلدي Psychodermatology، (2) وتراكم الأبحاث والدراسات المؤكدة لدور العوامل النفسية في الإصابة بالأمراض الجلدية، وفي استمرارها، وفي

(*) يترجم هذا المرض Alopecia Areata باللغة العربية إلى داء الثعلبة أو الحاصة البقعية، وسيعتمد البحث الراهن على مصطلح داء الثعلبة ترجمة للمصطلح الإنجليزي.

(**) أستاذ علم النفس الإكلينيكي المساعد، قسم علم النفس، جامعة جنوب الوادي.

تطورها، وفي علاجها أيضاً (Papadopoulos & Legg, 1999). وهو ما أكدته الإحصاءات من أن ثلث المرضى المصابين بأمراض جلدية يعالجون بالأساليب النفسية (Owoeye, Aina, Omoluabi & Olumide, 2007; Panconesi & Mantellassi, 1995). وقد وصفت مدارس التحليل النفسي الاضطرابات الجلدية بأنها غطاء لصراعات الكائن الحي الداخلية (Arciero, Russielo, Decaminada, Corona & Pasquini, 1998). (3) كما أدرجت الدراسات المسحية الأمراض الجلدية ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders، خاصة بعد أن رصدت نحو 20% من مرضى الأمراض الجلدية يعانون اضطراب المزاج، و16% يعانون اضطرابات القلق، و48% يعانون الاضطرابات النفس جسمية Psychosomatic disorders (Picardi, Pasquini, Abeni, Fassone, Mazzotti, & Fava, 2005; Picardi, Porcelli, Pasquini, Giovanni, Mazzotti, Lega, et al., 2006). وحين كشفت عن أن القلق، والاكتئاب، وتشوه صورة الجسم، وتدني نوعية الحياة، وتقدير الذات المنخفض، وعدم تقبل الذات، والحساسية الاجتماعية، والانسحاب الاجتماعي من المنبئات الدالة للأمراض الجلدية (Bukhari & Kamal, 2003; Krejci-Manwaring, Kerchner, Feldman, Rapp & Rapp, 2006; Potocka,Turczyn-Jablonska & Swierczynska, 2008; Vladut & Kallay, 2010). (4) كذلك وصف بعض الباحثين أمراضاً مثل الحكة، وفرط التعرق، والإكزيما، وداء الثعلبة، والصدفية بأنها "ليست مرضاً جلدياً" Dermatologic non-disease؛ لاعتمادها المباشر على السبب النفسي في حدوثها، على الرغم من أن آليات التأثير مازالت غير واضحة (Engels, 1982).

أما عن داء الثعلبة Alopecia Areata فهو يصنف ضمن الأمراض الجلدية الشائعة في الآونة الأخيرة، وتشير أغلب الدراسات إلى أن مرضى داء الثعلبة أكثر قلقاً، واكتئاباً، وتعرضاً لأحداث الحياة الشاقة مقارنة بالأصحاء. وأن نحو 93% من مرضى داء الثعلبة يعانون بالفعل اضطرابات نفسية;(Chaudhury, et al., 2001 Sharma, Dubey, Muralidharan & Kumar, 1997). وأكدت ذلك "بيكاردي" و"أبيني" (Picardi & Abeni, 2001) حين وجدا أن هناك احتمالاً قوياً للتأثير السلبي للمشقة الانفعالية في الإصابة بالأمراض الجلدية مثل داء الثعلبة؛ مما ينبغي عليه التركيز في فحص مصادر المشقة سواء اليومية أو الحادة. كما أنه بسؤال عينة (ن=80) من مرضى داء الثعلبة الإيرانيين وجد أن 76,9% منهم يعتقدون أن المشقة

النفسية هي الأساس في الإصابة بالمرض، في حين أرجع 17,1% الإصابة إلى الأسباب الوراثية الجينية، وأكثر من نصف المرضى أكدوا وجود آثار نفسية سلبية للمرض على نوعية حياتهم، واعتقد 57,5% أن العلاج النفسي فعال في التخلص من المرض نهائياً (Firooz, Firoozabadi, Ghazisaidi & Dowlati, 2005).

وراجع "تكر"(Tucker, 2009) 19 دراسة أولية شارك فيها 1271 مريضاً بداء الثعلبة من مختلف الدول، ووجد أن الإصابة بداء الثعلبة تؤثر سلباً على تقدير الذات، وصورة الجسم، والثقة بالنفس، والجاذبية الجنسية خصوصاً لدى الإناث، وأكد ضرورة تقديم دعم نفسي للعينة لخفض هذه الآثار السلبية، وتحقيق توافق مع المرض؛ الأمر الذي دفع المؤسسات القومية لداء الثعلبة إلى التوصية بضرورة وجود مجموعات مساندة لتساعد المرضى على مواجهة المرض (Kalabokes, 2011).

ومن ثم يتحدد الهدف الرئيس للدراسة الراهنة في الكشف عن دور بعض المتغيرات النفسية في الإصابة بداء الثعلبة، وهي: المشقة النفسية Psychological Stress، والرضا عن صورة الجسم Body Image Satisfaction، وكذلك وصف طبيعة العلاقة بين هذه المتغيرات من ناحية والإصابة بداء الثعلبة من ناحية أخرى.

ومن كل ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة الراهنة في التساؤلات الآتية:

1 – هل توجد فروق دالة إحصائياً بين مرضى داء الثعلبة والأصحاء في: المشقة النفسية، الرضا عن صورة الجسم؟

2 – هل توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من مرضى داء الثعلبة في: المشقة النفسية، الرضا عن صورة الجسم؟

3 – ما طبيعة النسق الحاكم للعلاقة بين كل من المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم، والإصابة بداء الثعلبة؟

متغيرات الدراسة:

[1] المشقة النفسية:

يعد إيجاد تعريف محدد ودقيق لمفهوم المشقة من أكثر المشكلات التي يواجهها الباحثون في هذا المجال، ويرجع ذلك لاختلاف المناحي التي اهتمت بدراسة هذا المفهوم. فمصطلح المشقة وجد في اللغة الإنجليزية منذ عدة قرون ليصف الخبرة الإنسانية، ومن التعريفات المبكرة لهذا المصطلح أنه يشير إلى العناء

أو الشدة، أو الضيق، أو الكرب، أو البلاء. بالإضافة إلى ما استعير من مفاهيم فيزيائية لوصف هذا المصطلح؛ حيث يستخدم مصطلح المشقة لوصف الضغط، أو الحمل (Kaplan, Patterson & Sallis, 1993, p.104). ويعرف "سارافينو" المشقة بأنها "العملية التي تهدد فيها الأحداث أو الظروف البيئية وجود الكائن وسعادته "رخاءه"، وتسمى بمصادر المشقة (Sarafino, 1995, 105). وكذلك بأنها "استجابة جسمية عامة في البداية لمطالب داخلية أو خارجية تنطوي على تعبئة جسمية ونفسية للتعامل معها" (شويخ، 2012، 128). ويشار إلى المشقة بأنها "عملية تفاعلية وديناميةمستمرة بين مثيرات المشقة الموجودة في البيئة من ناحية وبين الفرد من ناحية أخرى" (Kaplan et al., 1993: 104). وقد لاقت العلاقة بين المرض والمشقة اهتماماً واسع النطاق بين البحوث الحديثة. ونظراً لتعدد مصادر المشقة نرى أنه من الأفضل تقسيمها إلى: (1) **المصادر الاجتماعية:** وتختص بالتفاعلات الاجتماعية مع الزوجة، والأبناء، والعائلة، والزملاء في العمل، وما تؤديه من زيادة في الصراعات أو الانسحاب الاجتماعي. (2) **المصادر الجنسية:** وهي المعاناة من أي ضغوط مرتبطة بالحالة الجنسية، مثل عملية الانتصاب لدى الذكور، أو الشعور بالعجز الجنسي، أو سرعة القذف، ومن ثم يشعر المريض بالكرب، وعدم الجاذبية الجنسية. (3) **المصادر المادية:** وهي تختص بالمسؤوليات والاهتمامات المالية، مثل الراتب، وأعباء الدَّين، وزيادة المصروفات عن الواردات. (4) **المصادر النفسية:** ونتيجة تعرض الفرد لكل هذه المصادر المُشقة، نجده يستجيب لها ببعض الاستجابات النفسية، مثل القلق، والاكتئاب، والعجز، والشعور بالوحدة النفسية، وفقدان الثقة بالنفس، وغيرها من الاستجابات النفسية التي تعد في ذاتها مصدراً للمشقة لدى الفرد (Halford, Scott & Smythe, 2000: 137-138; Rathus, 1990: 431-432).

وتعتمد الدراسة الراهنة في تعريفها لمفهوم المشقة النفسية بأنها "تقرير الفرد الذاتي لمقدار المشقة الذي يشعر به عند تعرضه لأحداث ضاغطة، وتم حصر أربعة مصادر للمشقة، وهي: المصادر الاجتماعية، والمصادر الجنسية، والمصادر المادية، والمصادر النفسية".

[2] الرضا عن صورة الجسم:

بدأ الاهتمام بالدراسة النظرية لمفهوم صورة الجسم منذ بداية القرن العشرين،

وظهر في أعمال "سكيلدر" Schilder (1935)، ومع بروز أهمية مفهوم صورة الجسم محدداً للتوافق النفسي والاجتماعي للفرد في مجال علم النفس بصفة عامة، وعلم النفس الإكلينيكي بصفة خاصة، تعددت التعريفات النظرية والإجرائية المقترحة لهذا المفهوم؛ فقد عرفه "روزين" Rosen وآخرون (1991) بأنه "صورة ذهنية ـ إيجابية أو سلبية ـ يكونها الفرد عن جسمه، وتعلن عن نفسها من خلال مجموعة من الميول السلوكية التي تظهر مصاحبة لتلك الصورة". (من خلال: الدسوقي، 2006، 16). ويتفق تعريف "إبراهيم إبراهيم" و"مايسة النيال" (1994) مع التعريف السابق في أن صورة الجسم هي "الصورة الذهنية التي يكونها الفرد عن جسمه ككل بما فيها الخصائص الفيزيقية والوظيفية، التي بالتبعية تسهم في تقييمه لذاته"، وأشارت "الشقير" (1998) إلى مفهوم صورة الجسم بأنه "صورة ذهنية (عقلية) يكونها الفرد عن جسمه سواء مظهره الخارجي أو مكوناته الداخلية وأعضاؤه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء، وما قد يصاحب ذلك من مشاعر (أو اتجاهات) موجبة أو سالبة عن تلك الصورة الذهنية للجسم"، وأضاف أن هذا المفهوم يشتمل على المكونات التالية: (1) الجاذبية الجسمية، (2) التناسق بين مكونات الوجه الظاهرية، (3) التآزر بين شكل الوجه وباقي أعضاء الجسم الخارجية والداخلية، (4) المظهر الشخصي العام، (5) التناسق بين الجسم والقدرة على الأداء لأعضاء الجسم المختلفة، (6) التناسق بين حجم الجسم وشكله ومستوى التفكير. وتعرف صورة الجسم بأنها "تصور الفرد عن جسده، ويعتمد تكوين هذا التصور على الإحساسات الداخلية والتغيرات العقلية، والخبرات العاطفية والتخيلات" (Gove, 1993, 520). وأشار "فاندن بوس" (Vandenbos, 2007, 128) إلى أن صورة الجسم "صورة ذهنية يكونها الفرد عن جسمه، وتشتمل هذه الصورة الخصائص الجسمية والوظيفية للجسم، واتجاهات الفرد نحو هذه الخصائص". وقد أكدت بعض الدراسات أن الرضا عن صورة الجسم يرتبط بطريقة أو بأخرى بالشعور بالسعادة والاطمئنان؛ فالفرد الذي يشعر بالجاذبية الجسمية راض عن صورته الجسمية، وهوشخص سعيد يتمتع بقبول اجتماعي من قبل الآخرين، ناجح في علاقاته الاجتماعية (من خلال: كفافي والنيال، 1996).

على ضوء كل ما سبق من تعريفات يمكن بلورة التعريف الذي ستستند إليه الدراسة الراهنة للمفهوم فيما يأتي: إن الرضا عن صورة الجسم هو "**درجة رضا**

الفرد عن صورة ذهنية يكونها عن الموضوعات المرتبطة بجسمه من حيث مظهره الخارجي مثل حجم وشكل الجسم، وشكل أعضائه المختلفة، وقدرته على توظيف هذه الأعضاء، وما قد يصاحب هذه الصورة الذهنية من مشاعر وانفعالات إيجابية أو سلبية "، ويشتمل هذا المفهوم على المكونات التالية: (أ) تقييم المظهر العام، (ب) الجاذبية الجسمية، (ج) تقييم وزن الجسم(النحافة/السمنة)، (د) تقييم الصحة واللياقة الجسمية، (هـ) المثاليات والتوقعات، (و) الانفعالات السلبية، (ز) تقييم الطول.

[3] داء الثعلبة:

هو مرض يصيب بُصيلات الشعر، ولا يؤدي إلى موتها، ويتميز بالظهور المفاجئ لبقعة واحدة أو أكثر أو لمساحة تخلو تماماً من الشعر، وتكون على شكل دائري أو بيضوي، في فروة الرأس، أو اللحية، أو الرموش، أو الحواجب، أو الجسم، ولكن تبقى فروة الرأس ومنطقة الذقن أكثر المناطق إصابة (Wells, Willmoth & Russell, 1995). ويحدث هذا الداء بمعدل 20,2 حالة لكل 100,000 فرد سنوياً؛ أي بنسبة إصابة 1,7(Safavi, Mutter, Suman, Moshell & Melton, 1995). كما أنه يمثل نحو 2 من مرضى العيادات الخارجية للأمراض الجلدية في الولايات المتحدة، وتتساوى نسبة الإصابة بين الذكور والإناث، وتبلغ ذروة الإصابة به خلال العقدين الثالث والرابع من العمر. وينقسم داء الثعلبة بحسب شدة الإصابة إلى الثعلبة المحددة Alopecia Specifies: وهي ظهور بقعة واحدة وأكثر خالية من الشعر في منطقة محددة، أو الثعلبة الكاملة Alopecia Totalis: وهي فقدان الشعر في فروة الرأس كلها، أو الثعلبة الشاملة Alopecia Universalis: وهي غياب الشعر عن فروة الرأس والجسم كليهما (Amold, 2000; Anonymous, 2010).

تشخيص الثعلبة:

إن الاختبارات والفحوصات الروتينية ليست مفيدة في تأكيد الإصابة بداء الثعلبة؛ حيث يستند التشخيص غالباً إلى ظهورها المفاجئ (خلال أيام أو أسابيع)، وأغلب الحالات يتم تشخيصها بالفحص السريري، وقد يطلب الطبيب المعالج بعض التحاليل المخبرية لاستبعاد الأسباب الطبية، وعند ظهور التحاليل ضمن حدودها الطبيعية، فإن دلالة العوامل النفسية يزداد دورها في ظهور داء الثعلبة، ومن أهم الفحوصات نجد: (1) فحص الدم: للتأكد من عدم وجود أمراض أخرى، وبخاصة

المناعية منها. (2) الفحص المجهري: لاستبعاد الإصابة بسعفة الرأس (Chan, 2003; Delamera, Sladden, Dobbins & Leonardi-Bee, 2008; Green & Sinclair, 2000; Madani & Shapiro, 2000; Qiao & Fang, 2013; Trueb, 2010; Randall, 2001; Van-Moffaert, 1992).

النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي في تفسير الاضطرابات النفسية الجسمية:

تعود بداية الاهتمام بهذه الاضطرابات النفسية الجسمية إلى أكثر من أربعة عقود تاريخية سابقة، ويرجع اصطلاح النفس جسدية إلى اللغة اليونانية، وهو مكون من مقطعين، هما: Psycho، وتعني النفس، أما Somatic فيقصد به الجسم، ومن ثم تشير كلمة "سيكوسوماتية" إلى وجود أسباب نفسية وراء الاضطرابات الجسمية (عكاشة، 1998؛ فهيم، 2003: 29). وينظر لداء الثعلبة على أنه مثال لمرض نفسي جسمي، خاصة مع تأكيد الباحثين وجود اضطراب نفسي لدى 66 من هؤلاء المرضى(Ruiz-Doblado, Carrizosa & Garcia-Hernandez, 2003).

وهناك كثير من التعريفات المطروحة لمفهوم الاضطرابات النفسية الجسمية، التي تدور – في مجملها – حول كونه "مجموعة من الاضطرابات التي تسببها ضغوط نفسية، وتظهر آثارها الجسمية في صورة تلف أو خلل في وظيفة العضو الجسدي، ولا تفيد معها العلاجات الطبية ما لم يؤخذ العامل النفسي في الاعتبار" (عبد الحليم، 1999؛ هدى زينة، 2000، ص25؛ Uchino, Caciopp & Kiecolt-Glaser, 1999).

ويمثل النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي BioPsychoSocial Model ركيزة تستند إليها الدراسة الراهنة في تفسير داء الثعلبة، وهو نموذج يفترض أن العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية تمثل معاً محددات مهمة للصحة والمرض؛ حيث تتفاعل تلك العوامل معاً لتنتج حالة من الصحة أو المرض، وهذا التصور ينطوي على أن الصحة والمرض يسببهما عوامل عديدة، كما أنهما يولدان بدورهما آثاراً عديدة (Taylor, 2000).

وللإجابة عن تساؤل كيف تتفاعل العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية معاً تبنى الباحثون منحى نظرية المنظومات Systems theory approach، ويرجع مفهوم "المنظومة" System إلى "لودفيج فون برتلانفي" (1968) Ludwig Von Bertalanfy، واستخدمه "جورج إنجل" (1980) George Engle لفهم الصحة

والمرض من منظور النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (Sarafino, 1995)، ويشير مفهوم المنظومة إلى كيان دينامي يتألف من مكونات تقوم فيما بينها على علاقات متبادلة Interrelated relationship على نحو مستمر، وتزعم نظرية المنظومات أن الترابط بين كل مكونات التنظيم في أي كيان هو ترابط هرمي Hierarchal، وأن التغير في أي واحد من هذه المكونات سوف يليه تغير في كل المكونات الأخرى، من ثم فإن الصحة والمرض والرعاية الصحية كلها عمليات ذات علاقات متبادلة فيما بينها، وهي تنطوي على تغيرات متفاعلة داخل الفرد على مختلف المكونات (Taylor, 2000).

ويرى أصحاب هذا النموذج أن معظم الأمراض النفسية الجسمية ترجع إلى أكثر من عامل، مثل الاستعداد الجسمي، والوراثة، ونوعية الغذاء، وطبيعة النشاط اليومي، وعدم ممارسة الرياضة، وكلها تزيد من المشقة النفسية والانفعالية، بالإضافة إلى أن العلاقة بين الواقع الخارجي (البيئة والعوامل الاجتماعية) والواقع الداخلي (النفسي والحيوي) علاقة متغيرة يحدث فيها تفاعل باستمرار، يصعب معه فصل عامل عن بقية العوامل، ويؤكد نموذج العوامل المتعددة أن الاستعدادات الفسيولوجية للمرض تنشط بفعل الضغوط الحياتية المؤلمة مثل فقد الوظيفة، أو وفاة شخص عزيز، أو الانفصال، وإن كانت درجة حساسية كل فرد تختلف عن الآخر في شدة التأثر بهذه الضغوط(Cacioppo, Berntson, Binkley, Quigley, Uchino, & Fieldstone, 2002; Lavallo, 2000, p.345).

الدراسات السابقة:

تباينت الدراسات السابقة حول دور المتغيرات النفسية المؤثرة في نشأة داء الثعلبة، وتطوره وتفاقمه، وأكدت فئة من الدراسات وجود تأثير للعوامل النفسية في الإصابة بداء الثعلبة، في حين أشارت فئة أخرى إلى أن التغييرات النفسية تكون مترتبة على الإصابة، وتزيد من تفاقم المرض. ومن ثم يتم تصنيف البحوث والدراسات إلى فئتين رئيستين على النحو التالي:

أولاً – الدراسات التي أكدت إسهام العوامل النفسية في الإصابة بداء الثعلبة:

كشفت نتائج أغلب الدراسات في هذا المحور أن للعوامل النفسية دوراً أساسياً في الإصابة بداء الثعلبة من حيث كونه مرضاً نفسياً جسمياً؛ وذلك بهدف التأكد من

ضرورة إدراج العوامل النفسية ضمن خطة العلاج الطبي لداء الثعلبة. ومن هذه الدراسات نجد أن بعض الباحثين كشفوا عن أن الاضطرابات النفسية تشيع بين مرضى داء الثعلبة بنسب تراوح بين 66% و93% (Ruiz-Doblado et al., 2003; Sharma et al., 1997). وتوصل "ويللز" وآخرون (Wells, et al., 1995) إلى أن داء الثعلبة يُصاب به من الذكور من يعانون الشعور بالمشقة النفسية، وانخفاض تقدير الذات، والانطواء، والعُصابية، في حين يترتب على الإصابة الفعلية به انخفاض دال في الجاذبية الجنسية، وتوكيد الذات، والإعجاب الذاتي(Cash, 1990). أما عند الإناث فقد وجد أن الإصابة بداء الثعلبة يلازمها اضطرابات الشخصية البينية أو الاكتئابية (Gruber & Bjedov, 2008). وتتبعت إحدى الدراسات التنبئية عينة من الذكور (ن=173) تراوح أعمارهم بين 18و35، ممن لم يمروا بخبرة دالة عن فقدان الشعر؛ فأشارت نتائج تحليل الانحدار إلى أن قلق المستقبل، والتحكم الذاتي، والرضا عن صورة الجسم من المنبئات الدالة لداء الثعلبة، التي أسهمت بنسبة 45,3% من التباين الكلي (Luxon, Fletcher & Leeson, 2009). وقد أرجع بعض الباحثين الإصابة بداء الثعلبة إلى انخفاض المساندة الأسرية سواء قبل العلاج الطبي أو بعده (Elkin, Hilker & Draban, 2006)، وخلل في صورة الجسم (Sharma et al., 1997). ووجدت دراسة "بيكاردي" وآخرين(Picardi, Pasquini, Cattaruzza, Gaetano, Baliva, Melchi, et al., 2003) – من خلال المقارنة بين مجموعتين إحداهما مصابة بداء الثعلبة (ن=21) ومجموعة مصابة بأمراض جلدية أخرى (ن=102) – أنه توجد فروق دالة بينهما في أحداث الحياة الشاقة، والمساندة الاجتماعية، والعلاقات الاجتماعية المضطربة في اتجاه مجموعة مرضى داء الثعلبة. كما دعمت دراسة "يايلي" وآخرين (Yayli, Tiryaki, Dogan, Iskender & Bahadr, 2012) العلاقة بين المشقة النفسية والإصابة بداء الثعلبة؛ حيث هدفت إلى إظهار دور المتغيرات النفسية المتمثلة في: أحداث الحياة الشاقة، ومستويات الاكتئاب، والقلق، ونوعية الحياة في الإصابة بداء الثعلبة، وذلك من خلال المقارنة بين مجموعتين؛ إحداهما مرضى داء الثعلبة (ن=61)، والثانية عينة من الأصحاء (ن=45)، فجاءت النتائج لتؤكد ارتفاع درجات مرضى داء الثعلبة على الأحداث الشاقة، والاكتئاب، والقلق، وانخفاض درجاتهم في نوعية الحياة خاصة الوظيفية،

والنفسية، والجسمية مقارنة بالأصحاء. ومن ثم استخلصت الدراسة أن دور المتغيرات النفسية لا يتوقف على بداية الإصابة بداء الثعلبة، بل يؤثر كذلك في تفاقم شدة المرض. وأضافت دراسة "ماتزير" وآخرين (Matzer, Egger & Koera, 2011) أن مرضى داء الثعلبة أكثر تعرضاً للمشقة قبل الإصابة، ولا يعانون خللاً في استخدام استراتيجيات المواجهة بوجه عام، ولكنهم لا يستفيدون منها في التعامل مع داء الثعلبة على وجه الخصوص. وكشف "مونسيلسي" وآخرين (Monselise, Bar-On, Chan, Leibushor, McElwee, & Shapiro, 2013) عن أن المشقة النفسية ترتبط بتطور داء الثعلبة، وذلك حينما قارنوا بين ثلاث مجموعات: مرضى داء الثعلبة (ن=42)، ومرضى الثعلبة الذكرية (ن=52)، ومجموعة الأصحاء (ن=77)، وأكدت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً في الذكاء الوجداني بين مجموعتي المرضى والأصحاء، وذلك من خلال إظهار مجموعة المرضى ضعف القدرة على التحكم في مشقة الحياة اليومية كأحد أبعاد الذكاء الوجداني مقارنة بالأصحاء، في حين اختفت الفروق بين مرضى داء الثعلبة ومرضى الثعلبة الذكرية في الذكاء الوجداني. واتفقت دراسة "أتاسيفين" وآخرين (Ataseven, Saral & Godekmerdan, 2011) مع نتائج الدراسة السابقة؛ إذ وجدت أن مرضى داء الثعلبة أكثر قلقاً واكتئاباً مقارنة بالأصحاء، في حين لم تجد فروقاً بينهما في مستويات مصل السيتوكين Serum Levels of Cytokine. بينما وجد فروقاً بين مرضى داء الثعلبة والأصحاء في نمط السلوك A؛ مما يوحي بدور هذا السلوك في نشأة المرض (Wygledowska-Kania, Bogdanowski & Pizeglad, 1995). وتناقضت نتائج دراسة "جيليك" وآخرين (Gulec, Tannverdi, Duru, Saray & Akcli, 2004) مع الدراسات السابقة؛ حيث جاءت فروق درجات مجموعة مرضى داء الثعلبة (ن=52) ومجموعة الأصحاء (60) غير دالة على مقياس "بك" للاكتئاب، وقائمة "بك" للقلق، في حين وجدت أن أحداث الحياة الشاقة تؤدي دوراً في ظهور داء الثعلبة، وأضافت تدني نوعية حياة المرضى بعد الإصابة مقارنة بالأصحاء. وهذا يوحي بوجود تأثير لبعض المتغيرات النفسية في بداية الإصابة بداء الثعلبة، في حين لا يوجد تأثير لمتغيرات أخرى.

ثانياً – الدراسات التي ركزت على التغيرات النفسية المترتبة على الإصابة بداء الثعلبة:

ركزت الدراسات في هذا المحور على التغيرات النفسية المترتبة على الإصابة بداء الثعلبة، من حيث كونها مترتبات على الإصابة الفعلية؛ مما يزيد من تفاقم المرض. ومن هذه الدراسات نجد دراسة "فابروكيني" وآخرين (Fabbrocini, Panariello, Devita, Lauro, Nappo, Ayala, & Tosti, 2012) التي توصلت إلى انخفاض نوعية حياة مرضى داء الثعلبة بشكل ملحوظ بعد الإصابة بالمرض. كما كشفت دراسة "فيننيمان" (Venneman, 1996) – من خلال المقارنة بين ثلاث مجموعات: الأولى مجموعة (ن=21) مرضى داء الثعلبة، والثانية مجموعة (ن=25) تعاني الصلع، والثالثة مجموعة (ن=22) من الأصحاء ـ أن الإناث اللاتي يعانين الصلع أكثر قلقاً واكتئاباً من مجموعة مرضى داء الثعلبة سواء من الإناث أو الذكور، في حين جاء الذكور من مرضى داء الثعلبة أكثر قلقاً واكتئاباً مقارنة بمجموعة الأصحاء، واستخلصت الدراسة أن المشقة النفسية لا تُعد سبباً للإصابة بداء الثعلبة، بل إحدى نواتج الإصابة بالمرض. وهذا يتفق مع ما ذكرته المؤسسة القومية لداء الثعلبة في أن الإصابة بداء الثعلبة تؤدي إلى تشويه صورة الجسم كناتج عن فقدان جزء من شعر الجسم أو كله بشكل سنوي، ومن ثم يصبح المرضى أقل تقديراً في الذات، وأكثر شعوراً بالاكتئاب، وقد يصل الأمر إلى التفكير في الانتحار (Pennington, 1993)، وأشارت دراسة "كيسير"(Kyser, 1993) إلى أن إدراك مرضى (ن=85) داء الثعلبة لمرضهم يتوقف على اختيارهم لخطط المواجهة، فالمرضى الأكثر استخداماً للخطط المرتكزة على المشكلة أكثر توافقاً نفسياً مقارنة بالمرضى الأكثر استخداماً للخطط المرتكزة على الانفعالات. وأكدت دراسة "ويلش" و"جوي" (Welsh & Guy, 2009) أنه بمقابلة عينة (7 إناث و5 ذكور) من مرضى داء الثعلبة، وجد أن الذكور أكثر تقبلاً للمرض وتوافقاً معه مقارنة بالإناث، وأضافت أن المرضى الأكثر مواجهة للمرض هم أكثر تفاؤلاً للتعايش معه. وكشف "دونك" وآخرون (Donk, Hunfeld, Passchier, Knegt-Junk & Nieboer, 1994) – من خلال مقابلة (58) سيدة مصابة بداء الثعلبة خاضعة للعلاج الطبي – عن أن 88% منهن أَكَّدْنَ وجود تأثير سلبي للمرض على نوعية حياتهن اليومية، و75% أظهرن تقدير ذات سلبياً، و50% وصفن خبرتهن بالعجز عن التوافق النفسي

الاجتماعي مع فقدان الشعر. وأكد "جيلهار" وآخرون (Gilhar, Etzioni & Paus, 2012) أن الإصابة بداء الثعلبة تسبب تدهوراً في نوعية حياة المرضى، وتدني تقدير ذواتهم. وهدفت دراسة "يايلي" وآخرين (Yayli, et al., 2012) إلى تقييم الاكتئاب ونوعية الحياة لدى عينة (ن=100) من مرضى داء الثعلبة الإيرانيين، وكشفت عن عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في نوعية الحياة، ولكنها وجدت أن الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور، كما كشفت عن أن المرضى ذوي المساحات والعدد الأكبر من داء الثعلبة أكثر اكتئاباً وانخفاضاً في نوعية حياتهم (Ghaiazadeh, Ghiasi & Kheirkhah, 2012). كما وجد "جبتا" و"جبتا" (Gupta & Gupta, 1998) شيوع الاكتئاب بين مرضى داء الثعلبة بشكل ملحوظ، وهو الأساس في التفكير في الانتحار للتخلص من تشويه الشكل الخارجي لهم. واتفقت دراسة "ليخ" وآخرين (Layegh, Arshadi, Shahriari, Pezeshkpour & Nahidi, 2010) مع نتائج الدراسة السابقة؛ حيث وجدت انتشار الاكتئاب بنسبة 50% بين مرضى داء الثعلبة، وأضافت أن محاولات الانتحار كانت أعلى بين المرضى الذين يعانون الثعلبة الشاملة.

التعقيب:

تباينت الدراسات السابقة فيما بينها حول إسهام العوامل النفسية في داء الثعلبة؛ فالبعض أشار إلى دورها كأحد عوامل الإصابة بداء الثعلبة مثل دراسة "ويللز" وآخرين (Wells et al., 1995)، ودراسة "إيلكين" وآخرين (Elkin et al., 2006)، ودراسة "شارما" وآخرين (Sharma, et al., 1997)، والبعض الآخر أكد أن كونها مترتبات متولدة عن الإصابة بداء الثعلبة من شأنه أن يزيد شدة المرض، ويسبب اختلالات ملحوظة في حياة المرضى، ومن هذه الدراسات نجد دراسة "فيننيمان" (Venneman, 1996)، ودراسة "دونك" وآخرين (Donk, et al.,1994)، ودراسة "بيكاردي" وآخرين (Picardi, et al., 2003).

يتضح من عرض الدراسات السابقة أن العوامل النفسية يجب أخذها في الاعتبار لدى مرضى داء الثعلبة، سواء لتفسير المرض، أو لوضع خطة علاجية متضمنة هذه العوامل بجانب العوامل الطبية، وهذا ما أكدته دراسة "دافيد" وآخرين (David, Hilker & Drabman, 2006) من أن انخفاض القلق والمخاوف الاجتماعية لدى مرضى داء الثعلبة باستخدام أساليب العلاج السلوكي ينعكس إيجابياً على تحسين أعراض المرض، وينمو الشعر بنسبة تراوح بين 75% و100%

بعد 8 جلسات نتيجة خفض خبرة القلق والاكتئاب (Wickramasekera, 2008; Willemsen, Vanderlinden, Deconinck & Roseeuw, 2006).

يلاحظ من الدراسات السابقة المطروحة عدم الاهتمام – على المستوى العربي بوجه عام والمصري بوجه خاص – بهذه النقطة البحثية، ومن ثم النظر إلى داء الثعلبة على أنه مرض جسمي يعالج من قبل أطباء الجلدية، ولا يحتاج إلى أي تدخل نفسي، وهو ما جاء ضد منظور الدراسات البحثية السابقة.

ومن خلال ما سبق عرضه من دراسات يمكن صياغة الفروض التي تسعى الدراسة الراهنة للتحقق من صحتها، على نحو ما يلي:

1 – توجد فروق دالة إحصائياً بين مرضى داء الثعلبة والأصحاء في: المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم.

2 – توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من مرضى داء الثعلبة في: المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم.

3 – توجد ثلاثة نماذج تحكم طبيعة العلاقة بين كل من المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم، والإصابة بداء الثعلبة:

النموذج الأول: ويصاغ على نحو ما يلي: "المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم – كمتغيرات مستقلة – تؤثر بشكل مباشر في درجة شدة الإصابة بداء الثعلبة".

النموذج الثاني: ويصاغ على نحو ما يلي: "الإصابة بداء الثعلبة – كمتغير مستقل – تسبب الشعور بالمشقة النفسية، وتدني الرضا عن صورة الجسم".

النموذج الثالث: ويصاغ على نحو ما يلي: "المشقة النفسية – كمتغير مستقل – تسبب الإصابة بداء الثعلبة، التي بدورها تسبب تدني الرضا عن صورة الجسم لدى المرضى".

المنهج والإجراءات:

العينة ومواصفاتها:

تكونت عينة الدراسة من مجموعتين: **المجموعة الأولى** (50) من ذوي تاريخ الإصابة بداء الثعلبة، ويراوح المدى العمري لهم بين 25 و 53 سنة. **والمجموعة الثانية** (60) من الأصحاء ممن يخلو تاريخهم من الإصابة بداء الثعلبة، ويراوح

المدى العمري لهم بين 26 و 55 سنة. وقد جاءت العينة من المقيمين في محافظة القاهرة الكبرى. ويوضح جدول (1) الخصائص الديموجرافية لمجموعتي الدراسة، ومدى التكافؤ بينهما؛ حيث حسبت قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين في البيانات الديموجرافية المتصلة، وحسبت قيمة "كا^2" لدلالة الفروق بين المجموعتين للبيانات المنفصلة:

جدول (1)
التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في البيانات الديموجرافية

المتغيرات الديموجرافية المتصلة		مجموعة داء الثعلبة		مجموعة الأصحاء		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		م	ع	م	ع		
العمر		**42,12**	**8,23**	**41,78**	**7,89**	1,41	غير دال
المتغيرات الديموجرافية المنفصلة		مجموعة داء الثعلبة		مجموعة الأصحاء		قيمة "كا^2"	مستوى الدلالة
النوع	الذكور	36		44		0,95	غير دال
	الإناث	14		16			
المستوى التعليمي	متوسط	20		18		1,11	غير دال
	فوق متوسط	16		20			
	جامعي	14		22			
الحالة الاجتماعية	متزوج	39		45		1,49	غير دال
	غير متزوج	11		15			

أدوات الدراسة:

اشتملت أدوات الدراسة على المكونات الآتية:

1 – **استمارة البيانات الأولية:** وهي تتضمن عدداً من البيانات الديموجرافية الخاصة بالمريض كالسن، والنوع، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والحالة المهنية، وموطن الإقامة.

2 – **مقياس المشقة النفسية (من إعداد الباحثة):** ويتكون هذا المقياس من (40)

بنداً؛ وذلك لقياس مدى الشعور بالمشقة الناتجة من المصادر الأربعة، وهي: الاجتماعية، الجنسية، المادية، النفسية. وتتطلب الإجابة عن بنود هذا المقياس أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يراوح بين (درجة واحدة) و(ثلاث) درجات. ومن ثم تبلغ النهاية العظمى للدرجة على المقياس الفرعي 30 درجة (أقصى درجة على مقياس الشدة x عدد البنود = 10 x3 = 30 درجة)، وعلى ذلك تتكون **الدرجة الكلية لمقياس المشقة** إجمالاً من حاصل جمع درجات المقاييس الفرعية، التي يبلغ حدها الأقصى 120 درجة (النهاية الكبرى للدرجة على مقياس الشدة x عدد البنود = 4 x 30 = 120 درجة). وقد تحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس (من خلال: هناء شويخ، محمد نجيب الصبوة، سهير الغباشي، 2004) بتطبيقه على عينة مقدارها (30) من الراشدين (19 من الذكور، و11 من الإناث)، راوحت أعمارهم بين 40 و 52 سنة. وقد حسب الصدق باستخدام طريقتين: (1) **صدق المضمون**: عن طريق فحص بنود المقياس والتقدير الكيفي لمدى تمثيلها للمجال محل الاهتمام، ثم حساب ارتباط تقديرات المحكمين وأحكامهم على هذا التمثيل، ولذا فقد استعين بعدد من المحكمين للحكم على مدى تمثيل البنود للمجال السلوكي محل الاهتمام. وقد أقر المتخصصون بكفاءة المقياس، وبوجود اتساق واضح بين مضمون كل مقياس فرعي، والوظيفة الرئيسة التي أعد لقياسها. وقد اتفقت تقديرات المحكمين لتصنيف البنود على الأبعاد المختلفة بنسب(83 و100). (2) **صدق التكوين**: من خلال تقدير الاتساق الداخلي للمقياس حُسب الارتباط بين كل بند على حدة والدرجة المجمعة على المقياس الفرعي، وقد حذفت كل البنود التي قل ارتباطها بالدرجة الكلية عن (0,25)، وهو معامل الارتباط الذي اتخذ حداً أدنى لقبول أي بند من البنود. أما عن **ثبات المقياس**: فقد حسب من خلال طريقتين، هما: **(1) طريقة ألفا كرونباخ**: وراوحت معاملات الثبات فيها بين 0,50 و0,80. **(2) طريقة القسمة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان – براون:** وجاءت معاملات الثبات بين 0,55 و 0,85. وهذه النتائج تشير إلى تمتع المقياس بمعاملات ثبات مرتفعة؛ إذ إن معامل الثبات المقبول – طبقاً لمحك ثبات

"جيلفورد" Guilford – لا يجوز مطلقاً أن يقل عن 0,5، وإلا فليستبعد المقياس (Guilford, 1965, 208).

3 – **مقياس الرضا عن صورة الجسم**: من إعداد "علاء الدين كفافي" و"مايسة النيال" (1996)، ويتكون من (38) بنداً تصف مدى الرضا عن الهيئة الجسمية، وانتظمت هذه البنود في المحاور التالية: متعلقات الوزن، والجاذبية الجسمية، والتآزر العضلي، وتناسق أعضاء الجسم. أما عن **تقدير الدرجة** على المقياس فيتم بمنح البند الواحد درجة من خمسة بدائل، هي: درجة واحدة (غير راض وغير سعيد مطلقاً)، ودرجتان (غير راض وغير سعيد إلى حد ما)، وثلاث درجات (لا ترضيني ولا تسعدني)، وأربع درجات (راض وسعيد إلى حد ما)، وخمس درجات (راض وسعيد جداً)، ويتم تقدير **الدرجة الكلية** على المقياس عن طريق جمع درجاته على البنود من خلال مقياس الشدة التدريجي (من1– 5 درجات)، ويبلغ الحد الأقصى للدرجة على الاستخبار 190 درجة (5 x 38 = 190)، ويشير ارتفاع الدرجة على المقياس إلى رضا الفرد وسعادته بهيئته الجسمية. وقد طبق الاختبار على عينة قطرية (ن=100)، وأخرى مصرية (ن=110) من طلاب الجامعة، وراوحت معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية على المقياس بين 0,22 و 0,74، كما حُسب الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ، وجاء المعامل 0,897 عند العينة القطرية، و0,891 عند العينة المصرية.

النتائج:

نتائج الفرض الأول: "توجد فروق دالة إحصائياً بين مرضى داء الثعلبة والأصحاء في: المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم في اتجاه مجموعة المرضى".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لأنماط المشقة النفسية والرضا عن صورة الجسم لدى كل من مجموعة مرضى داء الثعلبة ومجموعة الأصحاء، وكذلك دلالة قيمة "ت" الفروق بين المتوسطات. ويتضمن جدول (2) التالي دلالة الفروق في المتوسطات.

جدول (2)
نتائج الفروق بين مرضى داء الثعلبة والأصحاء في: المشقة النفسية، الرضا عن صورة الجسم

	متغيرات الدراسة	مجموعة مرضى داء الثعلبة		مجموعة الأصحاء		قيمة "ت"	الدلالة
		م	ع	م	ع		
(1) مصادر المشقة	المصادر الاجتماعية	18,09	6,23	18,30	5,73	0,31–	0,76
	المصادر الجنسية	26,59	2,49	16,24	1,69	4,12	0,001
	المصادر المادية	28,98	8,25	25,25	7,36	2,52	0,01
	المصادر النفسية	23,36	0,95	12,84	0,86	5,23	0,001
	الدرجة الكلية للمشقة النفسية	73,39	0,91	63,37	0,91	3,21	0,001
(2)	الرضا عن صورة الجسم	118,16	9,11	123,81	11,09	4,71–	0,001

توضح نتائج المقارنة بين مجموعة مرضى داء الثعلبة ومجموعة الأصحاء في المشقة النفسية والرضا عن صورة الجسم ما يأتي:

1 – المشقة النفسية: ظهرت فروق دالة إحصائياً في مصادر المشقة النفسية بين مجموعة مرضى داء الثعلبة ومجموعة الأصحاء في اتجاه المجموعة الأولى بمستوى دلالة 0,001؛ بمعنى أن مجموعة مرضى داء الثعلبة جاءت أكثر معاناة من مصادر المشقة الجنسية، والمشقة المادية، والمشقة النفسية، بالإضافة إلى الدرجة الكلية للمشقة مقارنة بمجموعة الأصحاء.

2 – المشقة الاجتماعية: اختفت الفروق بين مجموعة مرضى داء الثعلبة ومجموعة الأصحاء في مصادر المشقة الاجتماعية؛ حيث جاءت الفروق بينهما غير دالة إحصائياً.

3 – الرضا عن صورة الجسم: تؤكد النتائج وجود فروق دالة بين مجموعة مرضى داء الثعلبة ومجموعة الأصحاء؛ حيث جاءت مجموعة الأصحاء أكثر رضاً عن صورة أجسامهم بشكل دال إحصائياً.

هذه النتائج في مجملها تؤكد وجود فروق بين مجموعة مرضى داء الثعلبة

ومجموعة الأصحاء في المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم في اتجاه المرضى، ومن ثم تحقق من صدق الفرض الأول.

نتائج الفرض الثاني: "توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث من مرضى داء الثعلبة في: المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم":

وللتحقق من مدى صحة هذا الفرض اعتمدت الباحثة على دلالة قيمة "ت" للفروق بين متوسطات كل من المشقة النفسية والرضا عن صورة الجسم لدى مجموعة الذكور ومجموعة الإناث، ويتضمن جدول (3) دلالة الفروق بين المتوسطات.

جدول (3)
نتائج الفروق بين الذكور والإناث من مرضى داء الثعلبة في: المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم

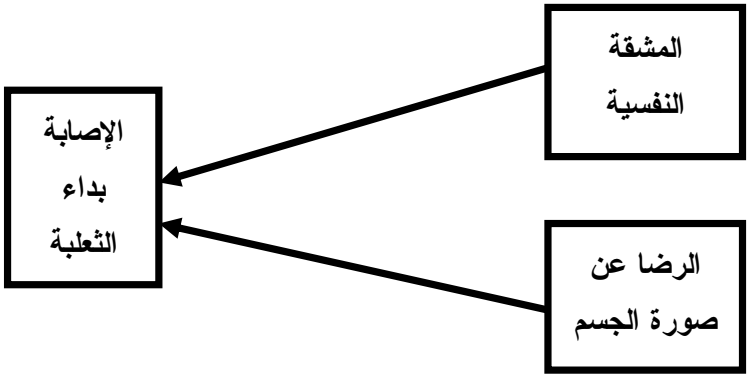
	متغيرات الدراسة	مجموعة الذكور		مجموعة الإناث		قيمة "ت"	الدلالة
		م	ع	م	ع		
(1) مصادر المشقة	المصادر الاجتماعية	18,09	6,22	18,30	5,73	0,31–	0,76
	المصادر الجنسية	23,81	11,09	18,16	9,11	4,71	0,001
	المصادر المادية	28,31	22,06	24,98	13,75	3,93	0,001
	المصادر النفسية	22,09	0,77	26,46	0,84	2,92–	0,01
	الدرجة الكلية للمشقة النفسية	95,21	0,79	96,45	1,01	0,95–	0,46
(2)	الرضا عن صورة الجسم	124,06	0,75	101,97	0,72	6,15	0,001

تشير نتائج جدول (3) إلى ظهور تباينات عالية الدلالة تصل إلى مستوى 0,001 بين مجموعة الذكور ومجموعة الإناث على مصادر المشقة (الجنسية، المادية)، والرضا عن صورة الجسم. وقد جاء الذكور من مرضى داء الثعلبة أكثر معاناة من مصادر المشقة الجنسية والمادية مقارنة بالإناث من مرضى داء الثعلبة. في حين جاءت الإناث أكثر معاناة من مصادر المشقة النفسية مقارنة بالذكور، بينما اختفت الفروق بين المجموعتين في المصادر الاجتماعية، والدرجة الكلية للمشقة النفسية. أما عن الفروق بين المجموعتين في **الرضا عن صورة الجسم**، فقد ظهر أن تدني الرضا عن صورة الجسم لدى الإناث أكثر مقارنة بالذكور.

نتائج الفرض الثالث: وهو الخاص بطبيعة النسق الحاكم للعلاقة بين كل من المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم، والإصابة بداء الثعلبة:

فقد قامت الباحثة بإجراء ثلاثة نماذج لتحليلات المسار لطبيعة العلاقات المباشرة وغير المباشرة بين متغيرات الدراسة باستخدام البرنامج الإحصائي Amos-5، وحسب مدى حسن المطابقة للنماذج المفترضة لطبيعة العلاقات بين متغيرات الدراسة، وكانت النتائج على النحو الموضح فيما يلي:

النموذج الأول: وهو النموذج الذي يفترض أن المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم – كمتغيرات مستقلة – تؤثر بشكل مباشر في درجة الإصابة بداء الثعلبة:



شكل (1): مطابقة النموذج الأول للبيانات الإمبيريقية

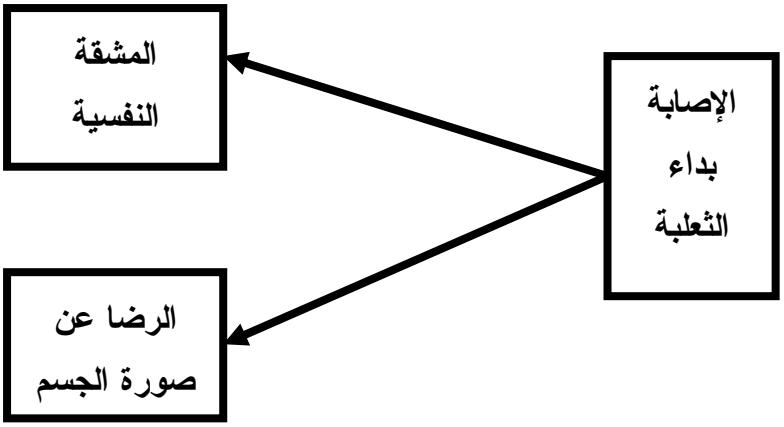
وقد بينت نتائج جودة مؤشرات عدم حسن مطابقة النموذج الأول مع البيانات المستمدة من الدراسة، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (4)
مؤشرات حسن المطابقة للنموذج الأول

مؤشرات حسن المطابقة	القيمة
مؤشر حسن المطابقة GFI	0,95
مؤشر حسن المطابقة المعدل AGFI	0,85
مؤشر حسن المطابقة المعياري NFI	0,84
مؤشر حسن المطابقة المقارن CFI	0,86

علماً بأن قيمة كا^2=11,69، عند درجة الحرية =1، ودالة عند مستوى 0,001.

النموذج الثاني: وهو النموذج الذي يفترض أن الإصابة بداء الثعلبة – كمتغير مستقل – تسبب الشعور بالمشقة النفسية، وتدني الرضا عن صورة الجسم:



شكل (2): مطابقة النموذج الثاني للبيانات الإمبيريقية

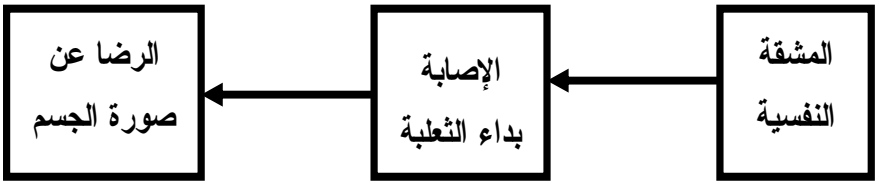
وقد بينت نتائج جودة مؤشرات حسن مطابقة النموذج الثاني مع البيانات المستمدة من الدراسة، على نحو ما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (5)
مؤشرات حسن المطابقة للنموذج الثاني

مؤشرات حسن المطابقة	القيمة
مؤشر حسن المطابقة GFI	0,94
مؤشر حسن المطابقة المعدل AGFI	0,97
مؤشر حسن المطابقة المعياري NFI	0,96
مؤشر حسن المطابقة المقارن CFI	0,92

علماً بأن قيمة كا^2=0,05، عند درجة الحرية =1، وغير دالة عند مستوى 0,75.

النموذج الثالث: وهو النموذج الذي يفترض أن المشقة النفسية – كمتغير مستقل – تسبب الإصابة بداء الثعلبة، التي بدورها تسبب تدني الرضا عن صورة الجسم لدى المرضى:



شكل (3): مطابقة النموذج الثالث للبيانات الإمبيريقية

ويوضح جدول (6) جودة مؤشرات حسن المطابقة للبيانات المستمدة مع النموذج الثالث:

جدول (6)
مؤشرات حسن المطابقة للنموذج الثالث

مؤشرات حسن المطابقة	القيمة
مؤشر حسن المطابقة GFI	0,99
مؤشر حسن المطابقة المعدل AGFI	0,99
مؤشر حسن المطابقة المعياري NFI	0,99
مؤشر حسن المطابقة المقارن CFI	1

علماً بأن قيمة كا^2=0,10، عند درجة الحرية =1، وغير دالة عند مستوى 0,65.

وتوضح النتائج المبينة في الجدولين (5)، (6) عند مقارنتها بنتائج الجدول (4)، أن النموذجين الثاني والثالث قد حصلا على أعلى مؤشرات لحسن مطابقة النموذج مع البيانات المستمدة من الدراسة، وذلك مقارنة بالنموذج الأول؛ حيث جاءت جميع قيم مؤشرات المطابقة أقرب إلى الواحد الصحيح.

مناقشة النتائج:

تسير مناقشة نتائج الدراسة على هدي من التسلسل الذي انتظمت به فروض

الدراسة، وذلك بما يخدم الرد على الأسئلة المطروحة من ناحية، وبيان مدى اتفاق النتائج أو اختلافها مع الدراسات السابقة من ناحية أخرى.

(1) الفروق بين مرضى داء الثعلبة والأصحاء في: المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم: كشفت نتائج الدراسة عن تحقق الفرض الأول من خلال وجود فروق بين مجموعة مرضى داء الثعلبة ومجموعة الأصحاء في المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم؛ حيث جاءت مجموعة مرضى داء الثعلبة أكثر معاناة من مصادر المشقة الجنسية، ومصادر المشقة النفسية، ومصادر المشقة المادية، والدرجة الكلية للمشقة، وأكثر شعوراً بتدني صورة الجسم مقارنة بمجموعة الأصحاء. وهذا يتسق مع نتائج الدراسات السابقة، منها؛ دراسة "يايلي" وآخرين (Yayli et al., 2012) التي كشفت – من خلال المقارنة بين مجموعتين؛ إحداهما مرضى داء الثعلبة والأخرى عينة من الأصحاء – ارتفاع درجات مرضى داء الثعلبة على الأحداث الشاقة، والاكتئاب، والقلق، وانخفاض درجاتهم في نوعية الحياة وبخاصة الوظيفية، والنفسية، والجسمية مقارنة بالأصحاء. وأكد "مونسيلسي" وآخرون (Monselise et al., 2013) أن المشقة النفسية ترتبط بتطور داء الثعلبة، وذلك حينما قارنوا بين مجموعة مرضى داء الثعلبة، ومجموعة الأصحاء، وكشفوا عن أن مجموعة المرضى أظهرت ضعفاً في القدرة على التحكم في مشقة الحياة اليومية كأحد أبعاد الذكاء الوجداني مقارنة بالأصحاء. واتفقت دراسة "أتاسيفين" وآخرون (Ataseven, et al., 2011) مع النتائج السابقة، حيث وجدت أن مرضى داء الثعلبة أكثر قلقاً واكتئاباً مقارنة بالأصحاء، وأضافت دراسة "جيليك" وآخرين (Gulec, et al., 2004) أن أحداث الحياة الشاقة تؤدي دوراً في ظهور داء الثعلبة؛ مما يسبب تدني نوعية حياة المرضى بعد الإصابة مقارنة بالأصحاء.

(2) الفروق بين الذكور والإناث من مرضى داء الثعلبة في: المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم: من مجمل نتائج الفروق بين الجنسين نجد أن الذكور من مرضى داء الثعلبة أكثر معاناة من مصادر المشقة الجنسية والمادية مقارنة بالإناث من مرضى داء الثعلبة، في حين جاءت الإناث أكثر معاناة من المصادر النفسية مقارنة بالذكور. في حين اختفت الفروق بين المجموعتين في المصادر الاجتماعية، والدرجة الكلية للمشقة النفسية. وأظهرت النتائج أن الإناث أكثر شعوراً بتدني رضائهن عن صورة أجسامهن مقارنة بالذكور. وهذا يتفق مع دراسة "توكير" (Tucker, 2009) التي وجدت أن الإصابة بداء الثعلبة تؤثر سلباً على

تقدير الذات، وصورة الجسم، والثقة بالنفس، والجاذبية الجنسية خصوصاً لدى الإناث، كذلك توصل "جريبير" و"بجدوف" (Gruber & Bjedov, 2008) إلى أن الإصابة بداء الثعلبة يلازمها اضطرابات الشخصية البينية أو الاكتئابية لدى الإناث. وانخفاض في نوعية حياتهن بشكل ملحوظ (Fabbrocini, et al., 2012). وتتوقف شدة هذه الأعراض على نوع المريض؛ فقد أكدت دراسة "ويلش" و"جوي" (Welsh & Guy, 2009) أن الذكور أكثر تقبلاً للمرض وتوافقاً معه مقارنة بالإناث، وأضاف "دونك" وآخرون (Donk, et al., 1994) أن 88% من مريضات داء الثعلبة أَكَّدْنَ وجود تأثير سلبي للمرض على نوعية حياتهن اليومية، و75% أظهرن تقدير ذات سلبياً، و50% وصفن خبرتهن بالعجز عن التوافق النفسي الاجتماعي مع فقدان الشعر. وأضاف "جيلهار" وآخرين (Gilhar, et al., 2012) أن الإصابة بداء الثعلبة تسبب تدهوراً في نوعية حياة المرضى، وتدنياً في تقدير ذواتهم. وجاءت دراسة "يايلي" وآخرين (Yayli et al., 2012) لتكشف عن عدم وجود فروق بين الذكور والإناث من مرضى داء الثعلبة الإيرانيين في نوعية الحياة، ولكنها وجدت أن الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور. وهذا – في مجمله – يشير إلى أن داء الثعلبة – بشكل عام – يؤثر على الحالة النفسية للمرضى، ويظهر هذا التأثير بشكل متباين باختلاف النوع، وهذا يبدو من الفروق الدالة بين الجنسين في مصادر المشقة، والرضا عن صورة الجسم.

(3) طبيعة النسق الحاكم للعلاقة بين كل من المشقة النفسية، والرضا عن صورة الجسم، والإصابة بداء الثعلبة: كشفت نتائج تحليلات المسار لطبيعة العلاقات المباشرة وغير المباشرة بين متغيرات الدراسة، عن قبول النموذج الثاني القائل: إن "الإصابة بداء الثعلبة – كمتغير مستقل – تسبب الشعور بالمشقة النفسية، وتدني الرضا عن صورة الجسم"، وكذلك قبول النموذج الثالث القائل: "إن المشقة النفسية – كمتغير مستقل – تسبب الإصابة بداء الثعلبة، التي بدورها تسبب تدني الرضا عن صورة الجسم لدى المرضى". في حين رفضت النتائج النموذج الأول القائل: إن "الإصابة بداء الثعلبة كمتغير مستقل تسبب الشعور بالمشقة النفسية، وتدني كل من الرضا عن صورة الجسم". والنتيجة بهذا الشكل تكشف أن العامل النفسي يؤدي دوراً كبيراً في الإصابة بداء الثعلبة، كذلك يترتب على الإصابة تغيرات نفسية سلبية. ولعل أغلب الدراسات السابقة أكدت أن الإصابة بداء الثعلبة يترتب عليها القلق، والاكتئاب، فنحو 93% من مرضى داء الثعلبة يعانون

– بالفعل – اضطرابات نفسية (Chaudhury, et al., 2001; Sharma, et al., 1997). فأكثر من نصف المرضى أكدوا وجود آثار نفسية سلبية للمرض على نوعية حياتهم (Firooz, et al., 2005). ويمثل النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي ركيزة في تفسير داء الثعلبة، وهو نموذج يفترض أن العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية تمثل معاً محددات مهمة للصحة والمرض؛ حيث تتفاعل تلك العوامل معاً لتنتج حالة من الصحة أو المرض، وهذا التصور ينطوي على أن الصحة والمرض يسببهما عوامل عديدة، كما أنهما يولدان بدورهما آثاراً عديدة (Taylor, 2000). وهذا ما اتفق مع النموذج المفترض؛ فالعوامل تتفاعل معاً لحدوث داء الثعلبة، ولا تتوقف عند هذا الحد بل تمتد لتؤثر أيضاً في استمرار المرض وتفاقمه. وقد يفسر ذلك ما وجدته دراسة "ماتزير" وآخرين (Matzer et al., 2011) من فشل مرضى داء الثعلبة في استخدام استراتيجيات المواجهة للتعامل مع مرضهم؛ مما يزيد من تفاقم مرضهم.

وتثير نتيجة الدراسة الراهنة تساؤلاً مهماً، هو "**أتسهم العوامل النفسية في الإصابة بداء الثعلبة أم أنها مترتبة فقط على الإصابة**" ؟. **فالجزء الأول من التساؤل** قد أكد من خلال الدراسات السابقة التي كشفت عن القلق، والاكتئاب، وتشوه صورة الجسم، وتدني نوعية الحياة، وتقدير الذات المنخفض، وعدم تقبل الذات، والحساسية الاجتماعية، والانسحاب الاجتماعي من المنبئات الدالة للإصابة بداء الثعلبة (Bukhari & Kamal, 2003; Krejci-Manwaring, et al., 2006; Potocka et al., 2008; Vladut & Kallay, 2010). وجاءت الدراسة الراهنة بما يؤكد ذلك؛ حيث قبل النموذج الثالث المفترض أن المشقة النفسية تسبب الإصابة بداء الثعلبة، ويترتب على ذلك تدني صورة الجسم لدى مرضى داء الثعلبة. كذلك أكده منحى نظرية المنظومات لفهم الصحة والمرض من خلال منظور النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (Sarafino, 1995)، التي يرى أصحابها أن معظم الأمراض النفس جسدية ترجع إلى أكثر من عامل، مثل الاستعداد الجسمي، والوراثة، ونوعية الغذاء، والنشاط اليومي، وممارسة الرياضة، وكلها تحد من المشقة النفسية والانفعالية، بالإضافة إلى أن العلاقة بين الواقع الخارجي (البيئة والعوامل الاجتماعية) والواقع الداخلي (النفسي والحيوي) علاقة ديناميكية يحدث فيها تفاعل باستمرار، ويصعب معه فصل عامل عن بقية العوامل؛ بمعنى آخر أن هذه العوامل تتفاعل معاً بدرجة كبيرة يصعب من خلالها تقدير حجم كل عامل على حدة (Cacioppo, et al., 2002; Lovallo, 2000, p.345). **أما الشق الثاني من التساؤل**، فجاءت نتائج الدراسة الراهنة

لتؤكد أن الإصابة بداء الثعلبة يترتب عليها الشعور بالمشقة النفسية وتدني صورة الجسم، وظهر ذلك من قبول النموذج الثاني الخاص بأن الإصابة بداء الثعلبة يترتب عليها المشقة النفسية وتدني صورة الجسم، كما جاءت نتائج الفروق بين المرضى والأصحاء لتؤكد ذلك؛ حيث جاءت مجموعة مرضى داء الثعلبة أكثر معاناة من مصادر المشقة الجنسية، ومصادر المشقة النفسية، ومصادر المشقة المادية، والدرجة الكلية للمشقة، وأكثر شعوراً بتدني صورة الجسم مقارنة بمجموعة الأصحاء. ومن ثم فالاحتمالان واردان، والنتيجة بهذا الشكل تكشف أن العامل النفسي يؤدي دوراً كبيراً للإصابة بداء الثعلبة؛ مما يترتب على ذلك تغيرات نفسية سلبية. وفي جميع الاحتمالات يظل دور العامل النفسي ضرورياً في فهم الاضطرابات الجسمية وعلاجها، ويجب إدراجه ضمن الخطة الطبية.

المراجع:

إبراهيم إبراهيم، ومايسة النيال. (1994). صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية "دراسة سيكومترية مقارنة لدى عينة من طالبات جامعة قطر"، **دراسات نفسية**، 4(1): 1–40.

أحمد عكاشة. (1998). **الطب النفسي المعاصر**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

آمال عبد الحليم. (1999). علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة ووجهة الضبط: دراسة مقارنة لحالات مرضى ضغط الدم المرتفع والقرحة المعدية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

زينب الشقير. (1998). **مقياس صورة الجسم**. القاهرة: النهضة المصرية.

علاء الدين كفافي ومايسة النيال (1996). صورة الجسم وبعض التغيرات لدى عينات من المراهقات "دراسة ارتقائية ارتباطيه عبر ثقافية"، **مجلة علم النفس**، 10: 6–43.

مجدي الدسوقي. (2006). **اضطراب صورة الجسم: الأسباب – التشخيص – الوقاية – العلاج**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

هدى زينة (2000). علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة لدى المتضررين من حرب الخليج الثانية. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

هناء شويخ. (2012). **علم النفس الصحي**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

هناء شويخ، محمد نجيب الصبوة، سهير الغباشي (2004). استراتيجيات المواجهة والتصدي التي يوظفها مرضى أورام المثانة السرطانية للتخفيف من حدة المشقة النفسية الناجمة عن الإصابة بالمرض. **مجلة دراسات عربية في علم النفس**، 3(1): 97–169.

هناء فهيم. (2003). دراسة مقارنة في الأعراض السيكوسوماتية وعلاقتها بالأنماط الإدارية بين

العاملين في بنوك وطنية والعاملين في بنوك أجنبية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

Amold, L. (2000). Psychocoetaneous disorders. In B. Sadock & V. Sadock. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7th) pp1818-1227. Philadelphia: Lippincott, William & Wilkins.

Anonymous (2010). Alopecia Areata: Research from University of Miami. *Psychological & Psychiatry Journal*. Dec 11, 131.

Arciero, G., Russielo, F., Decaminada, F., Corona, R., & Pasquini, P. (1998). attachment in adulthood and psychosomatic skin diseases. *Constructivism in the Human Sciences*, 3(1), 7-19.

Ataseven, A., Saral, Y. & Godekmerdan, A. (2011). Serum Cytokine levels and anxiety and depression rates in patients with Alopecia Areata. *Eurasian Journal of Medicine*, 43(2), 99-102.

Bukhari, S. & Kamal, A. (2003). Development of an indigenous emotional states scale for dermatological patients. Pakistan *Journal of Psychological Research*, 18 (1-2), 59-79.

Cacioppo, J., Berntson, G., Binkley, P., Quigley, K., Uchino, B. & Fieldstone, A. (2002). Autonomic Cardiac Control II noninvasive indices and baseline response as revealed by autonomic blockades. *Psychophysiology*, 143, 743-749.

Cash, T. (1990). Losing hair, losing baldness on social impression formation. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 154-167.

Chan, E. (2003). *Alopecia and its medical management*. Facial Plastic Surgery Clinics of North America. 11(2), 267-276.

Chaudhury, S., Raju, M., Dubey, B., John, T., Salujha, S. & Srivastava, K. (2001). Alopecia Areata: Evaluation using psychological tests and the somatic inkblot tests. *Psy Ment Health*, 8, 143-148.

David, T., Hilker, K. & Drabman, R. (2006). Anxiety and psychosocial concerns in Alopecia Areata: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 5(2), 103-111.

Delamera, F., Sladden, M., Dobbins, H. & Leonardi-Bee, J. (2008). Interventions for alopecia areata. *The Cochrane Library*, 3, 1-50.

Donk, J., Hunfeld, J., Passchier, J., Knegt-Junk, K. & Nieboer, C. (1994). Quality of life and maladjustment associated with hair loss in women with alopecia and rogenetica. *Social Science & Medicine*, 38(1), 159-163.

Elkin, T., Hilker, K. & Draban, R. (2006). Anxiety and psychological concerns in Alopecia Areata: A case study. *Clinical Case Studies*, 5(2), 103-111.

Engels, W. (1982). Dermatologic disorders. Psychosomatics <http://www.sciencedirect.com/science/journal/00333182>, 23(13), 1211-1219.

Fabbrocini, G., Panariello, L., Devita, V., Lauro, C., Nappo, D., Ayala, F. & Tosti, A. (2012). Quality of life in Alopecia Areata: A disease specific questionnaire. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 1(3), 120-131.

Firooz, A., Firoozabadi, M., Ghazisaidi, B. & Dowlati, Y. (2005). *Concepts of patients*

with alopecia areata about their disease. BMC Dermatology. Available in www.biomedcentral.com/ 1471-5945/5/1.

Ghaiazadeh, M., Ghiasi, M. & Kheirkhah, S. (2012). Depression and quality of life in Iranian patients with Alopecia Areata. *Iranian Journal of Dermatology*, 14(4), 140-143.

Gilhar, A., Etzioni, A. & Paus, R. (2012). Medical Progress: Alopecia Areata. *The New England Journal of Medicine*, 19, 1515-1525.

Gove, P. (1993). *Webster's Third New International Dictionary of the English Language Unabridged*. Massachusetts: Merriam-Webster.

Green, J., & Sinclair, R. (2000). Genetics of alopecia areata. Australasian Journal Dermatology, 41, 213-218.

Gruber, E. & Bjedov, M. (2008). Alopecia areata in female patient suffering from borderline personality disorder (with Co-occurring mood disorder, present episode depressive). *European Psychiatry*, 23(2), 94-110.

Guilford, J., (1965). *Psychological methods*. New York: McGraw-Hill.

Gulec, A., Tannverdi, N., Duru, C., Saray, Y. & Akcli, C. (2004). Report the role of psychological factors in Alopecia Areata and the impact of the disease on the quality of life. *International Journal of Dermatology*, 43(5), 352-356.

Gupta, M. & Gupta, A. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with Acne, Alopecia Areata, Atopic dermatitis and psoriases. *The British Journal of Dermatology*, 135(5), 846-850.

Halford, W., Scott, J. & Smythe, J. (2000). Couples and coping with cancer: helping each other through the night. In K. Schmaling & T. Sher, *The Psychology of Couples and Illness* (pp.135-170). Washington: American Psychological Association.

Kalabokes, V. (2011). Alopecia areata: support groups and meetings - how can it help your patients?. *Dermatologic Therapy*, 24(3), 302-304.

Kaplan, R., Patterson, T. & Sallis, J. (1993), *Health and human behavior*. New York: McGraw-Hill, Inc.

Krejci-Manwaring, J., Kerchner, K., Feldman, S., Rapp, D. & Rapp, S. (2006). Social sensitivity and Acne: the role of personality in negative social consequences and quality of life. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1), 121-130.

Kyser, E. (1993). Coping styles and adjustment factors of alopecia areata. Ph.D., California School of Professional Psychology, United States.

Lavallo, W. (2000). *Abnormal psychology pattern issues interventions*. New Work: John Wisely & Sons.

Layegh, P., Arshadi, H., Shahriari, S., Pezeshkpour, F. & Nahidi, Y. (2010). A Comparative study on the prevalence of depression and suicidal ideation in dermatology patients suffering from Psoriases, Acne, Alopecia Areata and Vitiligo. *Iranian Journal of Dermatology*, 13(4), 106-110.

Luxon, K., Fletcher, R. & Leeson, H. (2009). Predictors of future anxiety about male pattern baldness in New Zealand males. *New Zealand Journal of Psychology*, 38(3), 35-41.

Madani, S. & Shapiro, J. (2000). Alopecia areata update. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 42, 549-566.

Matzer, F., Egger, J. & Koera, D. (2011). Psychological stress and coping in Alopecia Areata: a questionnaire and qualitative study among 45 patients. *Acta Dermato-Venereologica*, 91(3). 318-327.

Monselise, A., Bar-On, R., Chan, L., Leibushor, N., McElwee, N. & Shapiro, J. (2013). Examining the relationship between Alopecia Areata, Androgenetic Alopecia and emotional intelligence. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 17(1). 46-51.

Owoeye, M., Aina, M., Omoluabi, P., & Olumide, Y. (2007). An assessment of emotional pain among subjects with chronic dermatological problems in Lagos, Nigeria. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(2). 129-138.

Panconesi, E. & Mantellassi, G. (1995). Psychological factors in etiology and pathogenesis of Alopecia Areata. *Rass Dermatol Sifilogr*, 8(4). 121-146.

Papadopoulos, R. & Legg, C. (1999). Psychological factors in cutaneous disease: an overview of research. *Psychology, Health & Medicine*, 4(2). 107-126.

Pennington, L. (1993). *Alopecia areata: Age, gender differences in self-esteem, depression and stress*. Ph.D., California School of Professional Psychology - Loss Angles.

Picardi, A. & Abeni, D. (2001). Stressful life events and skin disease: Disentangling evidence from myth. Psychotherapy and Psychosomatics, 70(3), 118-136.

Picardi, A., Pasquini, P., Abeni, D., Fassone, G., Mazzotti, E., & Fava, G. (2005). Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74,315-322.

Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M., Gaetano, P., Baliva, G., Melchi, C., Papi, M., Camaioni, D., Tiago, A., Gobello, T. & Biondi, M. (2003). Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics*, 44(5), 374-381.

Picardi, A., Porcelli, P., Pasquini, P., Giovanni, F., Mazzotti, E., Lega, I., Ramieri, L., Sagoni, E., Abeni, D., Tiago, A., & Fava, G. (2006). Integration of multiple criteria for psychosomatic assessment of dermatological patients. *Psychosomatics*, 47(2), 122-128.

Potocka, A., Turczyn-Jablonska, K. & Swierczynska, M. (2008). Self-image and quality of life of dermatology patients. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 21(4), 309-317.

Qiao, J. & Fang, H. (2013). Moth-eaten alopecia: a sign of secondary syphilis: CMAJ. *Canadian Medical Association Journal*, 185(1), 61.

Randall, V. (2001). Is alopecia areata an autoimmune disease?. Lancet, 358, 1922-1924.

Rathus, S. (1990). *Psychology*. San Francisco: Holt, Rinchart and Winston.

Ruiz-Doblado, S., Carrizosa, A., & Garcia-Hernandez, M. (2003). Alopecia areata: psychiatric co-morbidity and adjustment to illness. *International Journal of Dermatology*, 42(6), 434-437.

Safavi, K., Mutter, S., Suman, V., Moshell, A. & Melton, L. (1995). Incidence of alopecia areata in Olmsted County, Minnesota. *Mayo Clin Proc*, 70, 628-633.

Sarafino, E. (1995). Health Psychology: Biopsychological Interactions. New York: Wiley.

Sharma, V., Dubey, B., Muralidharan, K. & Kumar, B. (1997). Psychological profile of patients with Alopecia Areata. *Sis J. Projective Psychology & Mental Health*, 7, 158-163.

Taylor, S. (2000). *Health psychology* (4th). New York: McGraw - Hill, Inc.

Trueb, R. (2010). Systematic approach to hair loss in women. *Journal of the German Society of Dermatology*, 8(4), 284-297.

Tucker, P. (2009). Bald Is Beautiful? The psychosocial impact of Alopecia Areata. *Journal of Health Psychology*, 14(1), 142-151.

Uchino, B., Caciopp, J. & Kiecolt-Glaser, J. (1999). The relationship between social support and psychological process: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488 - 531.

VandenBos, G. (2007). *APA dictionary of psychology*. Washington: American Psychological Association.

Van-Moffaert, M. (1992). Psycho-dermatology: an overview. *Psycho-Therapist of Psychosomatic*, 58, 125-136.

Venneman, S. (1996). Discrimination and profile of alopecia areata and alopecia androgenetic patients. Ph.D., Saint Louis University.

Vladut, C. & Kallay, E. (2010). Psychosocial implications of psoriasis-Theoretical Review: Cognitive, Brain, Behavior. *An Interdisciplinary Journal*, 4(1), 23-35.

Wells, P., Willmoth, T. & Russell, R. (1995). Does fortune favour the bald? Psychological correlates of hair loss in males. *British Journal of Psychology*, 86, 337-344.

Welsh, N. & Guy, A. (2009). The lived experience of alopecia areata: A qualitative study. *Body Image*, 6(3), 194-200.

Wickramasekera, I. (2008). Hypnotic approaches for alopecia areata. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51, 2, 225.

Willemsen, R., Vanderlinden, J., Deconinck, A. & Roseeuw, D. (2006). Hypnotherapeutic management of Alopecia Aerate. *Journal of American Academy of Dermatology*, 55(2), 233-237.

Wygledowska-Kania, M., Bogdanowski, T. & Pizeglad, L. (1995). Examination of the significance of psychological factors in the etiology of Alopecia Areata. I. Examining Type A behaviour. *Pizeglad Lekarski*, 52(6), 311-314.

Yayli, S., Tiryaki, A., Dogan, S., Iskender, B. & Bahadr, S. (2012). The role of stress in Alopecia Areata and comparison of life quality of patients with Androgenic Alopecia and healthy controls. *Archives of the Turkish Dermatology & Venereology*, 46(3), 134-137.

قدم في: سبتمبر 2013
أجيز في: يوليو 2014