

# کمال‌گرایی نوروتیک و اختلال بدشکلی بدن در افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی

النا هوسپیان<sup>۱</sup>، فریبا یزدخواستی<sup>۲</sup>، فرحناز فاطمی<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**زمینه و هدف:** ویژگی‌های شخصیتی مانند کمال‌گرایی، می‌تواند از عوامل زمینه‌ساز یا تشدید کننده اختلالات جسمانی یا روان‌پزشکی باشد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه کمال‌گرایی نوروتیک و اختلال بدشکلی بدن در بیماران پوستی و افراد سالم و بررسی نقش کمال‌گرایی و بدشکلی بدن بر روی پیش‌بینی احتمال ابتلا به بیماری‌های پوستی بود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش به صورت توصیفی-همبستگی انجام شد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی، خوشه‌ای و تک مرحله‌ای صورت گرفت. ابتدا دو کلینیک پوست به صورت تصادفی انتخاب گردید و ۱۱۲ نفر از مراجعه کنندگان به آن‌جا مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۰۶ فرد سالم نیز به عنوان گروه شاهد در این مطالعه شرکت نمودند که با گروه پژوهش از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی همسان‌سازی شده بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه کمال‌گرایی نوروتیک و مقیاس خودسنجی نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن پس از جلب رضایت آن‌ها تکمیل گردید.

**یافته‌ها:** میانگین نمرات کمال‌گرایی نوروتیک و اختلال بدشکلی بدن ( $P < 0/01$ ) در گروه بیماران پوستی به صورت معنی‌داری بالاتر از گروه افراد سالم به دست آمد. همچنین، کمال‌گرایی نوروتیک و بدشکلی بدنی، توان پیش‌بینی احتمال ابتلا به بیماری پوستی را داشت ( $R = 0/23, P < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** کمال‌گرایی نوروتیک و بدشکلی بدنی می‌تواند باعث ایجاد یا تشدید اختلالات پوستی و به تبع آن، ایجاد اختلال بدشکلی بدن در افراد مبتلا به انواع اختلالات پوستی شود. بنابراین، آگاهی از ویژگی‌های شخصیتی کمال‌گرایی و اختلال بدشکلی بدن برای پزشکان و متخصصان، جهت ارائه خدمات روان‌درمانی و پیشبرد بهتر فرایند درمان حایز اهمیت می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** کمال‌گرایی نوروتیک، بیماری‌های پوستی، اختلال بدشکلی بدن

**ارجاع:** هوسپیان النا، یزدخواستی فریبا، فاطمی فرحناز. کمال‌گرایی نوروتیک و اختلال بدشکلی بدن در افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳ (۴): ۵۳۲-۵۳۷

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۶/۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۲/۱۰

برخلاف کمال‌گرایی مطلوب که در آن، اهداف واقع‌گرایانه با پاداش‌های مربوط به موفقیت همراه می‌شود، کمال‌گرایی نوروتیک شامل تعیین معیارهای دست‌نیافتنی، بزرگ کردن اثرات منفی شکست و احساس ناامیدی می‌باشد. کمال‌گرایی نوروتیک با احساس حقارت، افسردگی، خجالت و گناه ارتباط دارد (۴). درصد بالایی از بیمارانی که به پزشکان متخصص پوست مراجعه می‌کردند، از نشانه‌ها و علائمی شکایت می‌نمودند که خود، ناخواسته آن‌ها را به وجود آوردند، تصویر نادرستی از سلامت و زیبایی اندام‌ها در ذهن خود ساخته بودند و یا این که از خارش‌ها، دردها و سوزش‌هایی رنج می‌بردند که همگی ریشه در روان‌شناسی آن‌ها داشت (۵).

سایکودرمانولوژی یا روان-پوست‌شناسی به رابطه تعاملی بین روان‌شناسی و اختلالات پوستی از سه جنبه سایکودرمانولوژی اولیه (اختلالات پوستی که توسط استرس‌ها تشدید می‌شوند و تداوم می‌یابند)، سایکودرمانولوژی ثانویه (اختلالات روان‌پزشکی که ناشی از بیماری‌های پوستی است) و اختلالات روان‌پزشکی که روی پوست نمود پیدا می‌کند، می‌پردازد (۶).

## مقدمه

نگرش روان‌شناختی، کمال‌گرایی را اغلب یک ویژگی نوروتیک (عصبی) محسوب می‌کند. کمال‌گرایی، یک منبع استرس است که اغلب سبب می‌شود فرد را با احساس شکست خوردگی و بازنده بودن تنها گذارد. افراد کمال‌گرا، نیاز دارند خود را کامل و بی‌نقص ببینند و این انتظارات، منبعی برای تنش و اضطراب می‌باشد و فرد را در مواجهه با مشکلات ناتوان می‌کند (۱). وجود صفت کمال‌گرایی به نظر بسیاری از محققان علوم رفتاری و روان‌پزشکان، می‌تواند انسان را در معرض خطر اختلالات جسمی یا روان‌پزشکی زیادی قرار دهد و آسیب جدی به سلامت روانی افراد وارد نماید. متخصصان بر ارتباط کمال‌گرایی با اختلال افسردگی اساسی، انواع اختلالات اضطرابی (از جمله ترس اجتماعی)، بی‌اشتهایی عصبی، میگرن، اختلالات روان‌تنی و اختلالات شخصیتی (از جمله خصوصیات رفتاری تیپ A که بسیار مستعد برای ابتلا به بیماری‌های عروقی قلبی-کرونری هستند)، الکلیسم، استفاده از مواد مخدر و خودکشی تأکید نمودند (۲، ۳).

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
  - ۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
  - ۳- استاد، گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- نویسنده مسؤول: فریبا یزدخواستی

Email: f.yazdkhasti@edu.ui.ac.ir

خودسنج نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن در اختیار آن‌ها قرار گرفت و پس از تکمیل، جمع‌آوری شد. در آخر، نتایج دو گروه مورد و شاهد از نظر ویژگی‌های کمال‌گرایی و اختلال BDD با هم مقایسه گردید.

پرسش‌نامه کمال‌گرایی نوروتیک در سال ۱۹۹۴ جهت سنجش کمال‌گرایی نوروتیک افراد مبتلا به اختلالات خوردن توسط Mitzman و همکاران ساخته شد. این ابزار ۴۲ ماده‌ای، تجارب کمال‌گرایی را مورد ارزیابی قرار می‌داد که حالت روان رنجورانه یا خود تخریبگر پیدا نموده بودند. کمال‌گرایی نوروتیک به عنوان یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده پدیداری و دوام اختلالات خوردن به شمار می‌رود. پرسش‌نامه کمال‌گرایی نوروتیک یک ابزار خودگزارشی می‌باشد که آزمودنی باید میزان موافقت یا مخالفت خود را در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵) با هر یک از عبارات آن بیان نماید. این پرسش‌نامه از ثبات درونی مطلوب با ضریب Cronbach's alpha ۰/۹۵ برخوردار است. توانایی خوب این آزمون در جدا ساختن افراد مبتلا به اختلالات خوردن از افراد عادی، اعتبار افتراقی آن را نشان می‌دهد (۴). این پرسش‌نامه برای اولین بار در مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفت و بعد از ترجمه به فارسی، بازگردانی شده و پایایی آن ۰/۹۳ به دست آمد و روایی آن نیز تأیید گردید.

هر دو گروه مقیاس نشانه‌های بدشکلی بدن (ابزار خودسنج) را نیز هم‌زمان با پرسش‌نامه کمال‌گرایی تکمیل کردند. نمره کل برای این مقیاس، از جمع گزینه‌های بله به دست می‌آید. این مقیاس یک ابزار خودسنج شامل ۱۰ عبارت است که وجود برخی نشانه‌های مهم آسیب‌شناختی روانی اختلال BDD را تخمین می‌زند (۱۸، ۱۷). این پرسش‌نامه برای اولین بار در مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفت و بعد از ترجمه به فارسی، بازگردانی شده و روایی آن مورد تأیید قرار گرفت. پایایی آن نیز ۰/۵۶ به دست آمد.

داده‌های پژوهش با استفاده از آماره‌های توصیفی، آزمون Independent t، همبستگی چندانگانه، تحلیل رگرسیون و تحلیل تمایزات در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) تجزیه و تحلیل گردید. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش به تفکیک دو گروه (سالم و بیمار) در جدول ۱ و فراوانی و درصد فراوانی میزان شیوع و علل مراجعه بیماران پوستی در جدول ۲ ارائه شد.

## یافته‌ها

در جدول ۳ میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه متغیرهای کمال‌گرایی نوروتیک و بدشکلی بدنی به تفکیک دو گروه مبتلایان به عارضه پوستی و سالم ذکر گردید.

گروه مبتلایان به بیماری‌های پوستی در هر دو متغیر کمال‌گرایی نوروتیک و بدشکلی بدنی با توجه به جدول ۳، میانگین نمره بالاتری کسب کردند. جهت بررسی تفاوت کمال‌گرایی و بدشکلی بدنی، بین دو گروه مبتلا به بیماری پوستی و سالم از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره کمال‌گرایی نوروتیک و بدشکلی بدنی بین دو گروه مبتلا به بیماری پوستی و افراد سالم، تفاوت معنی‌داری نشان داد ( $P < ۰/۰۱$ ).

اختلالات روان‌تنی از نوع سایکودرماتولوژی ثانویه در ایران، به ویژه وقتی مسأله ظاهر اهمیت دارد، شایع است (۷). یکی از این اختلالات، اختلال بدشکلی بدن می‌باشد. اختلال بدشکلی بدن (Body dysmorphic disorder یا BDD) به صورت یک اشتغال ذهنی با نقص جزئی یا خیالی در برخی از جنبه‌های ظاهر فیزیکی تعریف می‌گردد که اختلال قابل توجهی در عملکرد روزانه ایجاد می‌نماید (۸). این موضوع به عنوان یک اختلال جسمانی شکل، در نسخه تجدید نظر شده چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition, Text Revision یا DSM-IV-TR) طبقه‌بندی شده است (۹). زمانی که یک ناهنجاری یا نقص فیزیکی جزئی در یک فرد مبتلا به BDD وجود دارد، نگرانی فرد به طور قابل توجهی بیش از حد می‌باشد. این پیش‌دآوری باعث ناراحتی بالینی قابل توجه و یا اختلال در زمینه‌های مهم اجتماعی، شغلی و دیگر زمینه‌های عملکردی وی می‌گردد (۸).

شروع اختلال، بیشتر در دوران بلوغ با توزیع مساوی بین دو جنس رخ می‌دهد (۱۰). اگر چه هر بخشی از بدن می‌تواند مورد نگرانی واقع شود، اشتغال ذهنی با ظاهر پوست، مو و بینی شایع‌ترین است. رفتارهایی که در این موارد انجام می‌گیرد، شامل مواردی مانند دستکاری و کندن پوست، چک کردن در آینه و پوشاندن آن (به عنوان نمونه با کلاه یا آرایش) می‌باشد (۱۱). یک گروه ۱۸۸ نفری با تشخیص اختلال BDD طبق تعریف DSM-IV-TR که به یک روان‌پزشک معرفی شدند، شایع‌ترین مناطق مورد نگرانی، پوست و مو عنوان نمودند (۱۲). در واقع، متخصصان پوست شاید جز پزشکانی باشند که اغلب توسط بیماران مبتلا به این اختلال مورد مشورت قرار می‌گیرند (۱۳).

به دلیل افزایش سطح نیاز بیماران به اعمال زیبایی که در کلینیک‌های پوست انجام می‌شود، مراجعه به متخصصان پوست برای مشورت جهت ارزیابی و درمان نقص‌های زیبایی بیشتر می‌گردد. بنابراین، لازم است که پزشکان نسبت به اختلال بدشکلی بدن آگاه باشند. افراد مبتلا به این اختلال روانی، اغلب به متخصصان پوست مراجعه می‌نمایند. شناخت مناسب و مشاوره بیماران مبتلا به اختلال BDD، تأثیر مثبت قابل توجهی نه تنها در مراقبت آن‌ها، بلکه بر روی رابطه پزشک-بیمار می‌گذارد. با توجه به مطالب ذکر شده، مطالعه حاضر با هدف بررسی کمال‌گرایی نوروتیک و اختلال بدشکلی بدن در بیماران پوستی، مقایسه آن با افراد سالم و نیز نقش پیش‌بینی آن‌ها در احتمال ابتلا به بیماری‌های پوستی انجام شد.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی-رابطه‌ای، افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پوست در شهر اصفهان مورد مطالعه قرار گرفتند. جهت نمونه‌گیری از بین متخصصان پوست، ۵ نفر به طور تصادفی-خوشه‌ای انتخاب شدند که از بین ۵ نفر، تنها ۲ نفر به با مطالعه حاضر همکاری نمودند. ۱۱۲ نفر برای گروه مورد از مراجعه‌کنندگان این دو متخصص و ۱۰۶ نفر سالم برای گروه شاهد انتخاب گردیدند که از نظر جنس، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی با گروه مورد همسان‌سازی شدند. دلیل این همسان‌سازی، پژوهش‌های مختلفی بود که نشان دادند، متغیرهای جمعیت‌شناختی بر این موضوع اثر می‌گذارد (۱۶-۱۴). بعد از جلب رضایت و توافق شرکت‌کنندگان، پرسش‌نامه‌های کمال‌گرایی نوروتیک و مقیاس

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی دو گروه سالم و بیمار

متغیر	گروه‌ها	گروه مبتلا به بیماری پوستی	گروه سالم
میانگین سنی (سال) (میانگین $\pm$ انحراف معیار)		۳۰/۶ $\pm$ ۸/۲	۳۳/۳ $\pm$ ۱۰/۶
جنسیت [تعداد (درصد)]	زن	۱۱۱ (۹۹/۱)	۱۰۵ (۹۹/۱)
	مرد	۱ (۰/۹)	۱ (۰/۹)
وضعیت تأهل [تعداد (درصد)]	متاهل	۵۳ (۴۷/۳)	۷۵ (۷۰/۸)
	مجرد	۵۹ (۵۲/۷)	۳۱ (۲۹/۲)
تحصیلات [تعداد (درصد)]	ابتدایی	۱ (۰/۹)	۱ (۰/۹)
	راهنمایی	۳ (۲/۷)	-
	دیپلم	۲۳ (۲۰/۵)	۴۲ (۳۹/۶)
	کارشناسی	۵۴ (۴۸/۲)	۴۹ (۴۶/۲)
	کارشناسی ارشد	۲۲ (۱۹/۶)	۱۱ (۱۰/۴)
	دکتری	۷ (۶/۲)	۳ (۲/۸)
طبقه اقتصادی [تعداد (درصد)]	زیر متوسط	۶ (۵/۴)	۳ (۲/۸)
	متوسط	۹۲ (۸۲/۱)	۹۰ (۸۴/۹)
	مرفه	۱۰ (۸/۹)	۱۳ (۱۲/۳)

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی علت رجوع و مشکلات بیماران پوستی

انواع بیماری	فراوانی (درصد)
گروه آکنه و جوش و جای جوش	۶۶ (۵۸/۹)
گروه اختلالات رنگدانه‌ای (شامل ویتیلیگو یا لک و پیس، تیرگی پوست و کک و مک)	۱۳ (۱۱/۶)
گروه چروک و افتادگی و عمل زیبایی پوست	۱۱ (۹/۸)
گروه اگزما و خشکی پوست	۶ (۵/۴)
گروه ریزش مو	۴ (۳/۶)
گروه خارش	۴ (۳/۶)
گروه پسوریازیس	۳ (۲/۷)
گروه خال	۲ (۱/۸)
گروه CTD (از جمله لوپوس)	۲ (۱/۸)

CTD: Cumulative trauma disorders

معادله رگرسیون متغیرها را می‌توان به صورت زیر تعریف نمود.  
کمال‌گرایی نوروتیک  $0/427 +$  بدشکلی  $0/714 =$  عضویت گروهی

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به بررسی کمال‌گرایی نوروتیک و نشانه‌های بدشکلی بدن در افراد مراجعه کننده به کلینیک‌های پوست و افراد سالم پرداخت. نتایج حاکی از آن بود که کمال‌گرایی نوروتیک و نشانه‌های اختلال BDD در گروه بیماران پوستی در مقایسه با افراد عادی بالاتر و بیشتر است. در واقع، کمال‌گرایی نوروتیک به عنوان یک واسطه می‌تواند باعث ایجاد یا تشدید اختلالات پوستی و به تبع آن ایجاد اختلال BDD در افراد مبتلا به انواع اختلالات پوستی شود. نمره حاصل از پرسش‌نامه کمال‌گرایی نوروتیک (Neurotic Perfectionism Questionnaire یا NPQ) در هر دو گروه بیمار و سالم نشان داد، بیمارانی که نمرات مقیاس نشانه‌های بدشکلی بدن (Body Dysmorphic Symptoms Scale یا BDSS) بالاتری داشتند، نمرات کمال‌گرایی نوروتیک بالاتری نیز کسب کردند.

از آنجایی که بیماری پوستی مطالعه حاضر به شکل گروه‌بندی مطرح شد؛ یعنی افراد یا به عنوان افراد سالم و یا دارای بیماری پوستی در این پژوهش شرکت کردند، جهت بررسی نقش کمال‌گرایی نوروتیک و بدشکلی بدنی بر روی احتمال ابتلا به بیماری پوستی، از تحلیل تمایزات استفاده گردید. روش تحلیل تمایزات می‌تواند عضویت گروهی یا تعلق‌پذیری یک فرد به یک گروه را پیش‌بینی نماید. پژوهشگر در مطالعه حاضر نیز به دنبال بررسی تأثیر کمال‌گرایی و بدشکلی بدنی در پیش‌بینی بروز بیماری پوستی بود. بنابراین، از روش تحلیل تمایزات هم‌زمان استفاده شد که نتایج آن نشان داد، ارزش ویژه تابع ۱ برابر با  $0/56$ ، واریانس  $100$  درصد و همبستگی کانونی  $0/23$  می‌باشد. همبستگی چندگانه بین کمال‌گرایی و بدشکلی بدنی با عضویت گروهی،  $0/230$  به دست آمد و مجذور آن  $0/052$ ، مربوط به مقدار واریانس دو متغیر کمال‌گرایی نوروتیک و بدشکلی بدنی ناشی از تفاوت دو گروه بود.  
ضرایب استاندارد یا همان بارهای عاملی در متغیر بدشکلی،  $0/714$  و در متغیر کمال‌گرایی نوروتیک،  $0/427$  به دست آمد که نشان دهنده اهمیت نسبی بیشتر متغیر بدشکلی در پیش‌بینی عضویت گروهی می‌باشد. بر اساس این نتایج،

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیرهای کمال‌گرایی نوروتیک و بدشکلی بدنی به تفکیک دو گروه

گروه	متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	کمینه	بیشینه
مبتلا به بیماری پوستی	کمال‌گرایی نوروتیک	۱۲۰/۴۹ $\pm$ ۲۶/۲۶	۶۷	۱۸۵
	بدشکلی بدنی	۳/۶۱ $\pm$ ۲/۲۲	۰	۹
سالم	کمال‌گرایی نوروتیک	۱۱۱/۶۱ $\pm$ ۲۱/۲۱	۵۷	۱۷۶
	بدشکلی بدنی	۲/۷۱ $\pm$ ۱/۹۱	۰	۷

می‌داند (۲۲). این مقدار نزدیک به درصد گزارش شده از نشانه‌های این اختلال در مطالعه Uzun و همکاران (۲۱) بود.

سطح نیاز بیماران به اعمال زیبایی که در کلینیک‌های پوست انجام می‌شود، در حال افزایش است. به این ترتیب متخصصان پوست برای ارزیابی و درمان نقص‌های زیبایی، مورد مشورت بسیاری از مراجعه‌کنندگان قرار می‌گیرند (۲۳). از آنجایی که بسیاری از این قبیل مشکلات می‌تواند ناشی از اختلال BDD و کمال‌گرایی نوروتیک افراد باشد، با آگاهی از منشأ آن، درمان این مشکلات می‌تواند به راحتی امکان‌پذیر گردد.

افراد مبتلا به کمال‌گرایی نوروتیک و اختلال BDD بعد از مراجعه به متخصص پوست و پیگیری درمان، حتی اگر نتیجه درمان عینی و قابل قبول باشد، اغلب ناراضی هستند و همچنان وسواس را در مورد معایبی ادامه می‌دهند که در ادراک خود ترسیم کردند. این عارضه با اختلال مشخص در عملکرد، به ویژه کیفیت پایین زندگی و میزان بالای اقدام به خودکشی همراه می‌گردد (۲۵، ۲۴).

واضح است که آگاهی از این اختلال برای پزشکان مهم می‌باشد. اضطراب و عوارض همبود با اختلال BDD در زمینه‌های پوست گزارش گردیده است که شامل انواع مختلفی از علائم مانند اضطراب و افسردگی شدید، قطع روابط و فعالیت‌های اجتماعی، توقف شغل، بستری شدن در بیمارستان روانی، اقدام به خودکشی و خودکشی کامل می‌شود (۱۰).

شناخت مناسب و مشاوره بیماران مبتلا به اختلال BDD، می‌تواند تأثیر مثبت قابل توجهی نه تنها در مراقبت از آن‌ها، بلکه در رابطه پزشک-بیمار داشته باشد. عدم شناخت اختلال، منجر به ناراضی‌تای بیمار می‌گردد که اغلب نیز چنین است و مداخلات بعدی نیز با مشکل مواجه می‌سازد (۲۶). بنابراین، شناخت علائم و نشانه‌های اختلال با استفاده از مقیاس‌های خودسنج که به راحتی قابل اجرا هستند، امکان درمان مناسب این بیماران را فراهم می‌کند. این امر به طریق اجتناب از عمل‌های زیبایی یا به تعویق انداختن درمان پوستی صورت می‌گیرد تا زمانی که ارزیابی و درمان روانی کامل گردد.

یک رویکرد چند رشته‌ای که ادغامی از مشاوره روانی همراه با سنجش در کلینیک‌های پوست باشد، می‌تواند شناخت و تشخیص اختلال BDD را افزایش دهد. مداخلات روان‌درمانی-شناختی نیز بر روی این افراد جهت اصلاح کمال‌گرایی می‌تواند در پیشبرد درمان آن‌ها، بسیار مفید واقع شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کمال‌گرایی نوروتیک و BDD، می‌تواند احتمال ابتلا به بیماری‌های پوستی را پیش‌بینی نماید. یک تبیین احتمالی این است که افرادی که ملاک‌های بالایی برای ظاهر خود دارند، ناراضی‌تای بالاتری را در خود تجربه می‌نمایند که موجب همبسته‌های مهم بیماری‌های پوستی از جمله استرس می‌گردد. این افراد با انتخاب ملاک‌های دست‌نیافتنی، احساس بدی در مورد ظاهر خود به دلیل مقایسه با این ملاک‌ها پیدا می‌کنند. از این‌رو، احساس ناکامی در آن‌ها به وجود می‌آید که از عوامل مهم ایجاد بیماری‌های پوستی به ویژه در زنان محسوب می‌شود.

جدول ۴. تحلیل واریانس متغیرهای کمال‌گرایی و بدشکلی بدنی

متغیر / آماره	SS	df	MS	F	P
کمال‌گرایی نوروتیک	۴۲۹۲/۲۴۴	۱	۴۲۹۲/۲۴۴	۷/۴۹۰	۰/۰۰۷
بدشکلی بدنی	۴۴/۹۵۱	۱	۴۴/۹۵۱	۱۰/۴۳۵	۰/۰۰۱

df: Degree of freedom; SS: Sum of squares; MS: Mean of squares

مطالعه Buhlmann و همکاران (۱۷) و Perugi و همکاران (۱۸) درباره الگوهای شناختی- رفتاری اختلال BDD نشان داد که افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، تفکر کمال‌گرایانه دارند (۱۸، ۱۷). آن‌ها درباره تفکر کمال‌گرایانه افراد دارای این اختلال، به طور خاص گزارش کردند که این تفکر و اختلاف بین «ادراک از ظاهر خود فرد» در مقابل «ادراک جذابیت افراد دیگر»، ممکن است منجر به مقایسه اجتماعی نامطلوب با دیگران گردد. در نتیجه، این امر سبب احساسات منفی و عزت نفس پایین می‌شود.

Buhlmann و همکاران، افراد با اختلال BDD را کمال‌گراتر از گروه شاهد گزارش نمودند. نگرانی آن‌ها به طور خاص، بیشتر مربوط به نگرانی از اشتباه کردن بود. مقیاس «نگرانی از اشتباهات» بیانگر واکنش‌های منفی به نواقص، تمایل به تفسیر عیوب معادل با شکست و تصور از دست دادن احترام از سوی دیگران به دلیل نقص یا عیب ظاهری آن‌ها است. آن‌ها دریافتند که در این اختلال، اعمال تکراری و وسواس‌گونه بیشتر به قصد چک کردن، پنهان کردن یا بهبود ظاهر انجام می‌شود. همچنین، افراد با این اختلال فکر می‌کردند که خیلی کامل نیستند و از ظاهرشان ناراضی بودند. نمرات BDSS بیماران مبتلا به بیماری‌های پوستی در مطالعه حاضر نیز نسبت به افراد سالم، بالاتر به دست آمد.

یکی از مطالعات معدود بر روی اختلال BDD در بیماران مراجعه‌کننده به یک متخصص پوست نشان داد که ۱۷/۹ درصد ۲۶۸ نفر مبتلا به عارضه پوستی، به این اختلال مبتلا بودند. شایع‌ترین تشخیص‌ها در این گروه می‌توان به آکنه، روزاسه، ضایعات خوش خیم عروقی مانند همانژیوم و تانژکتازی، زخم و اسکار اشاره کرد (۲۰، ۱۹). مطالعه دیگری بر روی بیماران مبتلا به آکنه شیوع علائم این اختلال را بسته به شدت آکنه، از ۸/۸ تا ۲۱/۱ درصد متغیر گزارش نمود. نمرات بالاتر مربوط به بیمارانی می‌شد که شدت آکنه در آن‌ها بیشتر بود (۲۱، ۱۰).

بیماری‌های پوست بیشتر پوست صورت را شامل می‌شود، اما ممکن است در دیگر قسمت‌ها نیز (مانند پشت، پاها یا بازوها) متمرکز گردد. شکایات پوست بیشتر مربوط به آکنه، زخم، چین و چروک و اختلالات پیگمانتاری می‌باشد. بیماری‌های مو اغلب بر تاس شدن و یا موی بیش از حد در صورت و یا بدن متمرکز است (۱۳).

اگر چه هیچ نقطه برش پذیرفته شده‌ای در BDSS برای تشخیص اختلال BDD وجود ندارد، اما در مطالعه Kaymak و همکاران، آزمودنی‌هایی که نمره بالاتر از ۴ گرفتند، ۱۷/۸ درصد بیماران مبتلا به بیماری‌های پوستی را تشکیل

کرد که این اختلال را دارند.

### سپاسگزاری

از تمامی افرادی که به هر نحوی در جمع‌آوری داده‌های این پژوهش با محققین آن همکاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین، از خانم سلولوا هوسپیان که در امور فنی و نوشتاری این تحقیق ما را راهنمایی نمودند، سپاسگزاری می‌نمایم.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم معاینه روانی سازمان یافته بیماران می‌باشد. پژوهش‌های بیشتر از جمله مطالعات وسیع‌تر در زمینه شیوع با استفاده از مصاحبه برای تأیید تشخیص، مقایسه منظم بیماران با یا بدون اختلال BDD و مطالعات نتایج درمانی، می‌تواند درک از این اختلال را در زمینه‌های پوست بهبود بخشد. همچنین، می‌توان در مطالعات بعدی تأثیر مداخلات روان درمانی مانند درمان‌های شناختی را بر روی کاهش کمال‌گرایی بیماران پوستی بررسی

### References

1. Afshar H, Asadolahi GH, Sabetghadam M. Perfectionism and mental health. Isfahan, Iran: Kankash Publications; 2007. [In Persian].
2. Agharokh A. Positive and negative perfectionism score in patients with irritable bowel syndrome compared with the control group [Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences, University of Isfahan; 2005. [In Persian].
3. Talebi SH. Positive and negative perfectionism score in migraine patients compared with control group [Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences, University of Isfahan; 2006. [In Persian].
4. Fischer J. Measures for clinical practice and research. Oxford, UK: Oxford University Press; 2006.
5. Radmanesh M, Shafiei S. Psychopathology of psychocutaneous disorders. Iran J Dermatol 2002; 5(19): 18-25.
6. Wikipedia. Psychodermatology. [Online]. [cited 2015 Dec 5]; Available from: URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Psychodermatology>
7. Joharifard R. Introduction to psychosomatic medicine. Ahvaz, Iran: Islamic Azad University of Ahvaz Publications; 2011. [In Persian].
8. Anderson RC. Body dysmorphic disorder: recognition and treatment. Plast Surg Nurs 2003; 23(3): 125-8.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
10. Bowe WP, Leyden JJ, Crerand CE, Sarwer DB, Margolis DJ. Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. J Am Acad Dermatol 2007; 57(2): 222-30.
11. Phillips KA, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons. Am J Clin Dermatol 2000; 1(4): 235-43.
12. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. J Nerv Ment Dis 1997; 185(9): 570-7.
13. Cotterill JA. Body dysmorphic disorder. Dermatol Clin 1996; 14(3): 457-63.
14. Tiggemann M. Body image across the adult life span: stability and change. Body Image 2004; 1(1): 29-41.
15. Ferraro FR, Muehlenkamp JJ, Paintner A, Wasson K, Hager T, Hoverson F. Aging, body image, and body shape. J Gen Psychol 2008; 135(4): 379-92.
16. Lynch E, Liu K, Spring B, Hankinson A, Wei GS, Greenland P. Association of ethnicity and socioeconomic status with judgments of body size: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. Am J Epidemiol 2007; 165(9): 1055-62.
17. Buhlmann U, Etcoff NL, Wilhelm S. Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord 2008; 22(3): 540-7.
18. Perugi G, Akiskal HS, Giannotti D, Frare F, di Vaio S, Cassano GB. Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). J Nerv Ment Dis 1997; 185(9): 578-82.
19. Szepietowski JC, Salomon J, Pacan P, Hrehorow E, Zalewska A. Body dysmorphic disorder and dermatologists. J Eur Acad Dermatol Venereol 2008; 22(7): 795-9.
20. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. J Am Acad Dermatol 2000; 42(3): 436-41.
21. Uzun O, Basoglu C, Akar A, Cansever A, Ozsahin A, Cetin M, et al. Body dysmorphic disorder in patients with acne. Compr Psychiatry 2003; 44(5): 415-9.
22. Kaymak Y, Taner E, Simsek I. Body dysmorphic disorder in university students with skin diseases: compared with healthy controls. Acta Derm Venereol 2009; 89(3): 281-4.
23. Castle DJ, Phillips KA, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. J Cosmet Dermatol 2004; 3(2): 99-103.
24. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. Am J Psychiatry 1993; 150(2): 302-8.
25. Mackley CL. Body dysmorphic disorder. Dermatol Surg 2005; 31(5): 553-8.
26. Glaser DA, Kaminer MS. Body dysmorphic disorder and the liposuction patient. Dermatol Surg 2005; 31(5): 559-60.



## Neurotic Perfectionism and Body Dysmorphic Disorder in Individuals with Skin Disorders

Elena Hovsepian<sup>1</sup>, Fariba Yazdkhasti<sup>2</sup>, Farahnaz Fatemi<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** Personality traits such as perfectionism can cause or aggravate underlying physical or psychiatric disorders. The aim of this study was to compare neurotic perfectionism and body dysmorphic disorder (BDD) among patients with skin disorders and healthy individuals and investigate the role of perfectionism and BDD in the risk of skin diseases.

**Methods and Materials:** This was a descriptive-correlational study. The study subjects were selected through single-stage cluster sampling. For data collection, 2 clinics were randomly selected, and from among their clients, 112 were selected. In addition, 106 healthy individuals who were matched with the study group for demographic variables were selected as the control group. After obtaining informed consents, the participants completed the Farsi version of the Neurotic Perfectionism Questionnaire and Body Dysmorphic Symptoms Scale.

**Findings:** The mean scores of neurotic perfectionism and BDD in patients with skin disorders were significantly higher than healthy subjects ( $P < 0.01$ ). Results also showed that the risk of skin disorders can be predicted by neurotic perfectionism and BDD ( $r = 0.23$ ) ( $P < 0.01$ ).

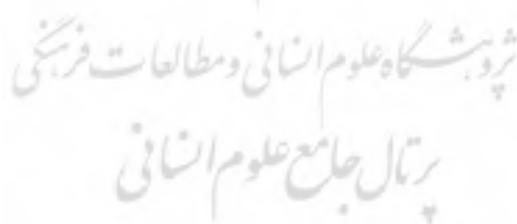
**Conclusions:** Neurotic perfectionism and BDD can cause and intensify skin disorders, and consequently, cause BDD in individuals suffering from all types of skin disorders. Therefore, it is important for physicians and specialists to be aware of perfectionism characteristics and BDD in order to provide psychotherapeutic services and promote the treatment process.

**Keywords:** Neurotic perfectionism, Skin disorders, Body dysmorphic disorder

**Citation:** Hovsepian E, Yazdkhasti F, Fatemi F. Neurotic Perfectionism and Body Dysmorphic Disorder in Individuals with Skin Disorders. *J Res Behav Sci* 2015; 13(4): 532-7

Received: 30.4.2015

Accepted: 27.08.2015



1- MSc Student, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- Professor, Department of Dermatology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Fariba Yazdkhasti, Email: f.yazdkhasti@edu.ui.ac.ir