

دکترمه‌هان حیدری سراج^۱، دکتر ندا نادری^۲، دکتر عزت اله نادری^۳، دکتر مریم سیف نراقی^۴

۱- متخصص بیماریهای پوست، مرکز آموزش و پژوهش بیماریهای پوست و جذام، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۲- پزشک عمومی؛ ۳- استاد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم؛ ۴- استاد روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه: نتایج حاصل از مطالعاتی که به بررسی نقش عوامل شخصیتی و عاطفی در بیماران مبتلا به آکنه ولگاریس پرداخته‌اند متفاوت و گاه متناقض بوده است.

هدف: هدف از این مطالعه بررسی ویژگیهای شخصیتی بیماران مؤنث مبتلا به آکنه ولگاریس و مقایسه آن با زنان عادی جامعه بود.

روش اجرا: چهل و هفت بیمار مؤنث ۱۵ تا ۳۰ ساله که به طور متوالی جهت درمان آکنه ولگاریس طی ماههای دی و بهمن ۱۳۷۸ به یک درمانگاه در غرب تهران مراجعه کرده بودند مورد آزمون مینی-مالت، شکل کوتاه شده آزمون شخصیتی چند وجهی مینه سوتا قرار گرفتند. نتایج حاصله توسط آزمون Student t مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین عملکرد در رابطه با شاخص هیپوکندریازیس در گروه مورد مطالعه از جامعه زنان عادی بزرگتر بود ($P < 0.02$). میانگین عملکرد بیماران

کوچکتر از ۲۲ سال در شاخصهای افسردگی و پسیکاستنی (psychoasthenia) بیشتر از عملکرد بیماران ۲۲ سال و بالاتر بود (به ترتیب $P < 0.05$ و $P < 0.005$). میانگین عملکرد در رابطه با شاخص پارانویا در بیمارانی که در گذشته ۳ نوبت یا بیشتر درمان شده بودند از آنهایی که کمتر از ۳ نوبت درمان شده بودند کوچکتر بود ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: زنان ۱۵ تا ۳۰ ساله مبتلا به آکنه ولگاریس از این بیماری به عنوان ابزاری برای جلب توجه دیگران سود می‌جویند. علایم اضطراب و افسردگی در بیماران مؤنثی که کمتر از ۲۲ سال سن دارند بیشتر دیده می‌شود و آنهایی که در گذشته ۳ نوبت یا بیشتر جهت درمان آکنه به پزشک مراجعه کرده بودند افرادی هستند لجباز که از قبول پیشنهادات اصلاحی دیگران سرباز می‌زنند.

واژه‌های کلیدی: آکنه ولگاریس، آزمون مینی مالت، ویژگیهای شخصیتی

مقدمه

آکنه ولگاریس، بیماری شایع فولیکولهای پیلوسباسه

مؤلف مسئول: دکترمه‌هان حیدری سراج- تهران، خیابان طالقانی، پلاک

۷۹، کدپستی ۱۴۱۶۶

است که صورت، سینه و پشت را مبتلا می‌سازد. نقش فشار روانی در ایجاد و تشدید آکنه همچون بسیاری از بیماریهای پوست همواره مطرح بوده است. (۱) علاوه بر این بیمار مبتلا به آکنه بطور ثانوی دچار اضطراب و افسردگی می‌شود، به دلیل وضعیت ظاهری قادر به احراز بسیاری از مشاغل

نمونه آماری و نحوه گزینش آن: پنجاه و یک بیمار مؤنث ۳۰-۱۵ ساله مبتلا به آکنه ولگاریس که به طور متوالی جهت درمان این مشکل طی ماههای دی و بهمن ۱۳۷۸ به یک درمانگاه در غرب تهران مراجعه کرده بودند توسط یک متخصص پوست جهت انجام آزمون مینی مالت به یک پزشک آموزش دیده ارجاع داده شدند. ۴ بیمار (دومورد آکنه خفیف و دو مورد آکنه متوسط) از شرکت در مطالعه امتناع ورزیدند. میانگین سنی ۴۷ بیماری که وارد مطالعه شدند ۲۲ سال بود (با محدوده سنی ۱۵ تا ۳۰ سال). سایر مشخصات ۴۷ بیمار مورد مطالعه در جدول یک ارائه شده است.

روش جمع آوری اطلاعات: پس از ۱۵ دقیقه مصاحبه، هر یک از ۴۷ بیمار توسط آزمونگر یاد شده (یک پزشک) مورد آزمون قرار گرفتند. آزمون مورد استفاده مینی مالت بود. کین کانون (Kincannon) در سال ۱۹۶۸ این آزمون را به عنوان رساله دکتری با کوتاه کردن آزمون ۵۶۵ سؤالی MMPI به ۷۱ سؤال ارائه کرد. آزمون مینی مالت شامل ۷۱ سؤال، ۳ شاخص روایی و ۱۰ شاخص بالینی است. اخوت، براهنی، شاملو و نوعپرست نیز ۷۱ سؤال از پرسشنامه MMPI را اقتباس و با در نظر گرفتن فرهنگ خاص ایرانی آن را در فرم کوتاهی تدوین و یک رشته فعالیتهای پژوهشی را آغاز کردند (۱۲). آزمون اخیر شامل ۳ شاخص روایی و ۸ شاخص بالینی است. این شاخصها عبارتند از:

الف- شاخصهای روایی:

- ۱- شاخص L (Lie): این شاخص میزانی است برای دروغ سنجی، تشخیص سادگی و عدم انعطاف پذیری فکر و میزان کمال گرایی.
- ۲- شاخص F (Infrequency): این شاخص میزان عدم فهم و درک سؤالات یا عدم همکاری آزمودنی با پژوهشگر و نیز آشفتگی فکری و خود کم بینی را اندازه گیری می کند.

نیست، از حضور در مجامع اجتناب می ورزد، وقت زیادی را صرف پوشاندن و مخفی کردن ضایعات صورت خود می کند و اعتماد به نفس خود را از دست می دهد (۳، ۲). مطالعات روانشناختی متعددی در افراد مبتلا به آکنه اکسکوریه و رفتارهای self-excoriative در بیماران مبتلا به آکنه ولگاریس صورت گرفته است (۵، ۴). با توجه به تأثیر بسیار زیاد آکنه به کیفیت زندگی بیماران مبتلا و نقش درمان در کاهش اضطراب و افسردگی (۶، ۷)، مطالعات وسیعتر در مورد عوامل و عوارض روانشناختی مؤثر بر آن و متأثر از آن امری ضروری به نظر می رسد. در حال حاضر هنوز اتفاق نظر در مورد نقش ویژگیهای شخصیتی و عاطفی در بروز آکنه ولگاریس وجود ندارد. ویژگیهای شخصیتی نظیر اضطراب و خشم در بیماران مبتلا به آکنه شدید توصیف شده است (۸). دانش آموزانی که عاطفی تر و انعطاف پذیرتر بودند بیشتر به ظاهر خود و وجود آکنه اهمیت می دادند (۹). از گذشته ویژگیهای شخصیتی نظیر اضطراب، رفتارهای اجباری، عصبی بودن و اختلالات عاطفی را به این بیماران نسبت می دادند (۸، ۹). هدف از این مطالعه بررسی و ویژگیهای شخصیتی بیماران مؤنث مبتلا به آکنه ولگاریس و مقایسه آن با زنان عادی جامعه بود. برای بررسی این تفاوت آزمون مینی مالت (Mini-Mult test). شکل کوتاه شده آزمون شخصیتی چند وجهی مینه سوتا [Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)] مورد استفاده قرار گرفت. این آزمون جهت بررسی ویژگیهای روانشناختی بیماری خارش مقعد ایدیوپاتیک و ثانویه نیز مورد استفاده قرار گرفته است (۱۰). اما تاکنون مطالعه مشابهی با استفاده از این آزمون در بیماران مبتلا به آکنه ولگاریس صورت نگرفته است.

روش اجرا

با توجه به ماهیت موضوع تحقیق، نوع روش این پژوهش، روش تحقیق زمینه ای است (۱۱).

۸- شاخص Ma (Hypomania): این شاخص میزان دامنه فعالیت‌های خلاف معیارها و سنن اجتماعی یا فعالیت‌های بیهوده، کنترل رفتارها، واکنش‌های سریع نسبت به محرک‌ها، زودرنجی و خصومت نسبت به دیگران و عدم اعتماد به نفس را می‌سنجد. شاخص‌های بالینی، ویژگی‌های روانی افراد را شناسایی کرده و تشخیص می‌دهند (۱۳).

با استفاده از آمار استنباطی (محاسبه آزمون student-t، $P < 0.05$ و power مساوی ۸۰٪) میانگین عملکرد آزمودنیها (۴۷ نفر) در هر یک از یازده شاخص آزمون مینی‌مالت با میانگین عملکرد زنان عادی جامعه از کتاب "راهنمای سنجش روانی برای کارشناسان بالینی، مشاوران و روانپزشکان (جلداول)" اقتباس گردید که بر مطالعات انجام شده در جامعه آمریکایی استوار است (۱۴).

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از شاخص‌های روانی آزمون مینی‌مالت (K, F, L) اختلاف معنی‌دار آماری را میان گروه مورد مطالعه و زنان عادی جامعه نشان نداد (جدول ۲).

میانگین عملکرد گروه مورد مطالعه در مقایسه با زنان عادی جامعه در رابطه با شاخص‌های بالینی در جدول ۳ ارائه شده است. در ۷ شاخص بالینی $D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc, Ma$ تفاوت معنی‌دار آماری میان میانگین گروه مورد مطالعه و میانگین عملکرد زنان عادی جامعه مشاهده نشد. در رابطه با شاخص Hs اختلاف معنی‌دار آماری میان میانگین عملکرد گروه مورد مطالعه (۵/۷۷) و میانگین عملکرد زنان عادی جامعه (۵) مشاهده شد ($P < 0.02$).

تفاوت معنی‌دار آماری میان میانگین عملکرد آزمودنیها در یازده شاخص آزمون مینی‌مالت در گروه‌های زیر مشاهده نشد:

۱- بیماران مجرد در مقایسه با بیماران متأهل.

۳- شاخص K (Correction): این شاخص برای تشخیص احساس امنیت فرد و نیز مکانیسم‌های دفاعی که فرد برای تأمین این ایمنی به کار می‌برد، فراهم آمده است.

شاخص‌های روایی (K, F, L) میزان روایی و درستی پاسخ‌های آزمودنی را ارزشیابی می‌کنند و نیز برای تجزیه و تحلیل و تفسیر نمودار بالینی آزمودنی به کار می‌روند.

ب- شاخص‌های بالینی:

۱- شاخص Hs (Hypochondriasis): این شاخص نگرش و برداشت آزمودنی را از وضع جسمانی و سلامتی خویش مورد سنجش قرار می‌دهد.

۲- شاخص D (Depression): این شاخص میزان افسردگی آزمودنی را مشخص می‌کند.

۳- شاخص Hy (Hysteria): این شاخص نشان‌دهنده آن است که آزمودنی به چه میزان فشارهای روانی را به ناراحتیهای جسمانی تبدیل می‌کند.

۴- شاخص Pd (Psychopathic deviation): این شاخص میزان ناهنجاریهای اجتماعی و رفتارهای ضد اجتماعی و نیز تجربیات ناخوشایند در زندگی و عدم رضایت از وضع و محیط خانوادگی را می‌سنجد.

۵- شاخص Pa (Paranoia): این شاخص میزان سوءظن و بدبینی، شکایت از دیگران، صحبت در باره کمبودهای آزمودنی و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی فرافکنی را اندازه‌گیری می‌کند.

۶- شاخص Pt (Psychoasthenia): این شاخص میزان اضطراب، تشویش، ترسها و دلهره‌های بی‌مورد و غیرمنطقی آزمودنی را می‌سنجد.

۷- شاخص Sc (Schizophrenia): این شاخص میزان افکار عجیب و غریب، شکایت از وضع خانوادگی، چگونگی برداشت از خود، گوشه‌گیری و تنهایی را اندازه‌گیری می‌کند.

که جمعیت مورد مطالعه چهره‌ای مشابه جامعه عادی از خود نشان داده‌اند (L)، میزان درک و همکاری (F) و احساس امنیت و رفتارهای اجتماعی آنها مشابه جامعه عادی زنان (K) بوده است. بر این اساس با اطمینان بیشتری می‌توان در مورد یافته‌های حاصل از آزمون گروه مورد مطالعه در رابطه با شاخصهای بالینی قضاوت کرد. در گروه مورد مطالعه بیان مشکلات و مسایل (D) و اتکا به نفس (Hy) در حد جامعه زنان عادی است و به لحاظ انحرافات روانی یا ناسازگاریهای اجتماعی (Pd) میزان حساسیت، رعایت موازین اخلاقی، بدبینی، سوءظن و شکایت از دیگران (Pa)، علائم اضطراب، تشویش، ترس و دلهره بیمورد (Pt)، افکار عجیب و غریب، شکایت از وضع خانوادگی، خودپنداری و گوشه‌گیری (Sc)، اعمال و رفتارهای خلاف سنن اجتماعی (Ma) با جامعه زنان عادی تفاوت ندارند.

تنها اختلاف معنی‌دار در گروه مورد مطالعه در رابطه با شاخص Hs (هیپوکنندریازیس) بود ($P < 0/02$). شاخص Hs چگونگی برداشت آزمودنی را از وضعیت جسمانی و سلامتی خویش آشکار می‌سازد. نمره بالا در این آزمون معرف نارضایتی فرد از وضع جسمانی و سلامتی خود است. این گونه افراد نسبت به پدیده‌های محیطی خصومت می‌ورزند و کوشش می‌کنند از طریق ابراز درد و آلام جسمانی، توجه دیگران را به خود جلب کنند و بدین ترتیب محیط را در کنترل خویش در آورند. معمولاً این گونه افراد دارای خودخواهی و خودپسندی خاص خود هستند و جز منافع و ارضای نیازهای خویش به چیز دیگری نمی‌اندیشند و توجه ندارند. عملکرد بیماران مورد مطالعه در رابطه با این شاخص بالاتر از میانگین جامعه زنان عادی جامعه بود که نشانه وجود مشکلات فوق در بیماران مورد مطالعه می‌باشد. یعنی بیماران مؤنث مبتلا به آکنه از این بیماری به عنوان وسیله‌ای جهت جلب توجه سود می‌جویند.

۲- بیمارانی که به طور مستمر از مواد آرایش استفاده می‌کردند در مقایسه با آنانی که مواد آرایشی را به طور دائم به کار نمی‌بردند.

۳- بیمارانی که آکنه خفیف داشتند در مقایسه با بیمارانی که به آکنه متوسط یا شدید مبتلا بودند.

مقایسه بیماران در دو گروه سنی مساوی یا بزرگتر از ۲۲ سال و کمتر از ۲۲ سال با یکدیگر تفاوت معنی‌دار آماری را در رابطه با شاخصهای روانی نشان نداد ولی میانگین عملکرد در رابطه با دو شاخص بالینی D و Pt در این دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌دار داشتند. میانگین عملکرد آزمودنیها در رابطه با شاخصهای D و Pt در گروه کوچکتر از ۲۲ سال (به ترتیب ۹/۵۹ و ۹/۷۸ با انحراف استاندارد ۲/۵۹ و ۳/۴۳) بزرگتر از میانگین عملکرد در گروه بالاتر یا مساوی ۲۲ سال (به ترتیب ۷/۴۵ و ۶/۵۵ با انحراف استاندارد ۳/۱۴ و ۳/۵۳) بود (به ترتیب $P < 0/05$ و $P < 0/005$).

مقایسه میانگین عملکرد در دو گروه بیمارانی که بیش از ۳ نوبت در گذشته تحت درمان قرار گرفتند و آنانی که کمتر از سه نوبت درمان شده‌اند هیچ تفاوت معنی‌دار آماری را در شاخصهای روانی نشان نداد و در میان شاخصهای بالینی تنها تفاوت معنی‌دار در عملکرد بیماران در رابطه با شاخص Pa بود. میانگین عملکرد آزمودنیها در رابطه با شاخص Pa در گروهی که در گذشته ۳ نوبت یا بیشتر درمان شده بودند (۴/۸۹ با انحراف استاندارد ۱/۹۱) کوچکتر از میانگین عملکرد در گروهی بود که کمتر از ۳ نوبت درمان شده بودند. (۶/۳۶ با انحراف استاندارد ۲/۹۸) بود. ($P < 0/05$)

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه تفاوت معنی‌دار آماری میان عملکرد آزمودنیها و جامعه زنان عادی در زمینه شاخصهای روانی آزمون مینسکالت نشان نداد. این امر نشان می‌دهد

بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه می‌توان چنین نتیجه گرفت که زنان ۱۵ تا ۳۰ ساله مبتلا به آکنه از این بیماری به عنوان ابزاری جهت جلب توجه دیگران سود می‌جویند. علایم افسردگی و اضطراب در بیمارانی که کمتر از ۲۲ سال دارند بیشتر دیده می‌شود و آنهایی که بیشتر از سه بار جهت درمان آکنه خود به پزشک مراجعه کرده‌اند افرادی هستند لجباز که از قبول پیشنهادات اصلاحی دیگران سرباز می‌زنند. بدون شک جهت تعیین خصوصیات تشخیصی بیماران مبتلا به آکنه و لگاریس انجام مطالعات وسیعتر که هر دو جنس را شامل گردد و تعداد بیشتری از بیماران را دربرگیرد ضروری است. علاوه بر این شاید با استفاده از گروهی به عنوان شاهد از جامعه زنان ایرانی، نتایج کاملاً متفاوتی به دست آید. بنابراین استفاده از گروه شاهد در مطالعات آینده توصیه می‌گردد. علاوه بر آن کاربرد پرسش‌نامه‌هایی جهت تعیین کیفیت زندگی، شاخص ناتوانی و آزمونهای روانشناختی دیگر جهت بررسی سایر جنبه‌های شخصیتی و روانشناختی بیماران، دستیابی به تصویری روشن‌تر از وضعیت روانشناختی بیماران و عوامل مؤثر بر آن را ممکن می‌سازد. درمان مؤثر بیماری آکنه و لگاریس می‌تواند اثر مطلوبی بر کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا داشته باشد. (۷) بنابراین آگاهی از تأثیرات روانشناختی و اجتماعی این بیماری نقش به‌سزای در درمان بیماران ایفا می‌کند و باید در انتخاب درمان علاوه بر وخامت علائم بالینی به علائم روانشناختی نیز توجه داشت.

وجود اختلاف در شاخصهای D (افسردگی) و Pt (پسیکاستنی) در گروه کوچکتر از ۲۲ سال در مقایسه با گروه ۲۲ سال یا بزرگتر (به ترتیب $P < 0/005$ و $P < 0/05$). دال بر وجود مشکلات بیشتر در بیان و ابراز تمایلات و وجود علایم، اضطراب، تشویش، ترس و دلهره بیمورد و بی‌منطق و ناتوانی در تصمیم‌گیری و عدم تمرکز و دقت در گروه کوچکتر از ۲۲ سال است.

شاخص Pa در بیمارانی که در زمان انجام مطالعه بیش از ۳ نوبت جهت درمان آکنه به پزشک مراجعه کرده بودند پایین‌تر از میزان عملکرد در بیمارانی بود که ۳ بار یا کمتر مراجعه پزشکی داشته‌اند ($P < 0/05$). نمره پایین در این میزان در افرادی دیده می‌شود که لجباز هستند و از قبول پیشنهادات اصلاحی دیگران سرباز می‌زنند.

کوچک بودن حجم نمونه (۴۷ بیمار) شاید دلیل عدم مشاهده اختلاف معنی‌دار در رابطه با شاخصهای D (افسردگی) و Pt (پسیکاستنی) در گروه مورد مطالعه با زنان عادی جامعه باشد. مطالعات گذشته نقش استرس (۱) را در تشدید بیماری نشان داده‌اند و به بروز اضطراب، افسردگی، کاهش اعتماد به نفس، خشم و اختلال در برقراری روابط اجتماعی و خانوادگی و کیفیت زندگی تاکید داشته‌اند. (۳، ۶۸) در مطالعه‌ای که با استفاده از پرسشنامه شخصیتی Eysenck (بزرگسالان) در دانش‌آموزان یک کالج در سنگاپور صورت گرفت نشان داد که دانش‌آموزان عاطفی‌تر و آنهایی که انعطاف‌پذیری بیشتری دارند بیشتر به ظاهر خود اهمیت می‌دهند. (۱)

متغیر	تعداد	درصد
تحصیلات		
زیر دیپلم	۱۰	٪۲۱/۳
دیپلم	۲۱	٪۴۴/۷
بالا تر از دیپلم	۱۶	٪۳۴
وضعیت تأهل		
مجرد	۳۱	٪۶۶
متأهل	۱۶	٪۳۴
سابقه درمان آکنه در گذشته		
منفی	۸	٪۱۷
کمتر از ۳ نوبت	۲۰	٪۴۲/۶
۳ نوبت یا بیشتر	۱۹	٪۴۰/۴
شدت آکنه		
خفیف	۱۶	٪۳۴
متوسط	۲۷	٪۵۷/۴
شدید	۴	٪۸/۵
سابقه خانوادگی		
منفی	۱۴	٪۲۹/۸
مثبت	۳۳	٪۷۰/۲
سابقه استفاده مکرر از مواد آرایشی چرب		
منفی	۳۳	٪۷۰/۲
مثبت	۱۴	٪۲۹/۸

جدول ۱- ویژگیهای فردی و بالینی ۴۷ بیمار مؤنث مبتلا به آکنه

شاخص	میانگین عملکرد در زنان عادی جامعه	میانگین عملکرد در گروه مورد مطالعه	انحراف استاندارد	P value	95% confidence interval of the difference
Lie	۱/۶	۱/۶۴	۱/۰۵	۰/۸۰۴	-۰/۲۷ - ۰/۳۵
Infrequency	۴	۴/۱۹	۳/۴۶	۰/۷۰۶	-۰/۸۲ - ۱/۲۱
Correction	۶/۷	۶/۰۲	۲/۴۴	۰/۰۶۲	-۱/۳۹ - ۰/۰۳۶۵

جدول ۲- مقایسه میانگین عملکرد آزمون‌های رابین در ۴۷ بیمار مؤنث مبتلا به آکنه در مقایسه با جامعه زنان عادی

شاخص	میانگین عملکرد در زنان عادی جامعه	میانگین عملکرد در گروه مورد مطالعه	انحراف استاندارد	P value	95% confidence interval of the difference
Hypochondriasis	۵	۵/۷۷	۲/۱۷	<۰/۰۲	-۰/۱۳ - ۱/۴۰
Depression	۹	۸/۶۸	۳/۱۸	۰/۴۹۵	-۱/۲۵ - ۰/۶۲
Hysteria	۱۲	۱۲/۳۶	۲/۵۶	۰/۳۳۷	-۰/۳۹ - ۱/۱۱
Psychopathic deviation	۷/۸	۷/۱۳	۳/۱۹	۰/۱۵۶	-۱/۶۱ - ۰/۲۷
Paranoia	۵/۶	۵/۷۷	۲/۶۸	۰/۶۷۳	-۰/۶۲ - ۰/۹۵
Psychoasthenia	۷/۹	۸/۴۰	۳/۸۰	۰/۳۶۷	-۰/۶۱ - ۱/۶۲
Schizophrenia	۷/۹	۸/۵۵	۳/۸۰	۰/۲۴۵	-۰/۴۶ - ۱/۷۷
Hypomania	۵	۵/۴۹	۲/۱۴	۰/۱۲۳	-۰/۱۴ - ۱/۱۲

جدول ۳- مقایسه میانگین عملکرد آزمون‌های رابین در ۴۷ بیمار مؤنث مبتلا به آکنه در مقایسه با جامعه زنان عادی

منابع

1-Al' abdie MS, Kent GG, Gaukrodger DJ.
The relationship between stress and
exacerbation of psoriasis and other skin
conditions. Br J Dermatol 1994; 130: 199-
203.

2-Cunliffe WJ. (ed) Acne. London: Martin
Dunitz Ltd, 1989:9-10.

3-Koo J. The psychological impact of acne:
Patients' perceptions. J Am Acad Dermatol
1995; 32: S26-30.



4-Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ.

Psychological factors affecting self-excoriative behaviour in women with mild to moderated facial acne vulgaris. Psychosomatics 1996; 37: 127-30.

5-Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ.

Psychosomatic study of self-excoriative behaviour among male acne patients: preliminary observations. Int J Dermatol 1994; 33:846-48.

6-Mallon E, Newton JN, Klassen A, et al.

The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. Br J Dermatol 1999; 140: 672-76.

7-Rubinow DR, Peck GL, Squillace KM, et al.

Reduced anxiety and depression in cystic acne patients after successful treatment with oral isotretinoin. J Am Acad Dermatol 1987; 17: 25-32.

8-Wu SF, Kinder BN, Trunnel TN, et al.

Role of anxiety and anger in acne patients: a relationship with the severity of the disorder. J Am Acad Dermatol 1988;

18: 325-33.

9-Lim CCL, Tan TC. Personality, disability

and acne in colledge students. Clin Exp Dermatol 1991; 16: 371-73.

10-Laurent A, Boucharlet J, Basson JL, et al.

Psychological assessment of patients with idiopathic pruritus ani. Psychother Psychosom 1997; 66: 163-66.

۱۱-نادری عزت اله، سیف نراقی مریم. روشهای تحقیق و

چگونگی ارزشیابی آن در علوم انسانی. تهران: انتشارات بدر، ۱۳۶۹.

۱۲-اخوت ولی اله، دانشمند لقمان. ارزشیابی شخصیت.

تهران: انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۵۷: ۶۳-۵۱

۱۳-سیف نراقی مریم، نادری عزت اله. چگونگی تأثیر

فشارهای روانی ناشی از معلولیت جسمی بر ویژگیهای

شخصیتی معلولین و جانبازان ورزشکار و مقایسه آن با

افراد عادی. در: آزاد حسین. مجموعه مقالات اولین

سمینار استرس و بیماریهای روانی. سازمان چاپ و

انتشارات وزارت ارشاد اسلامی. ۱۳۷۴: ۱۵۲-۱۳۷.

۱۴-گراث مارنات گری. راهنمای سنجش روانی برای

کارشناسان بالینی، مشاوران و روانپزشکان (جلد اول).

(ترجمه و ویرایش: پاشا شریفی حسن، نیکخو محمد

رضا). تهران: انتشارات رشد، ۱۳۷۳: ۴۹۲-۳۸۲.