



الگوهای شخصیتی متقاضیان جراحی زیبایی بینی

دکتر میرفرهاد قلعه‌بندی*، عزیزه افخم ابراهیمی**

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی الگوهای شخصیتی افراد داوطلب جراحی زیبایی بینی انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر یک بررسی توصیفی - مقطعی است. آزمودنی‌های پژوهش ۳۰ نفر (۲۴ زن، ۶ مرد) درخواست‌کننده‌ی جراحی بینی بودند که به درمانگاه گوش و حلق و بینی بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) مراجعه و برای ارزیابی روان‌شناختی پیش از عمل به بخش روانپزشکی این بیمارستان ارجاع شده بودند. این افراد به کمک مصاحبه‌ی بالینی مبتنی بر DSM و آزمون MCMII-II ارزیابی شدند. تحلیل داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های دو انجام شد.

یافته‌ها: فراوانی الگوهای شخصیتی و سواسی - خودشیفته در درخواست‌کنندگان جراحی بینی به‌طور معنی‌داری بیشتر از سایر الگوهای شخصیتی است.

نتیجه: درخواست جراحی زیبایی باید به عنوان تعامل عامل‌های روان‌شناختی فردی و تأثیرهای فرهنگی در نظر گرفته شود. بهره‌گیری از مقیاس‌های هنجاریابی شده در زمینه‌ی تصویر بدنی و شخصیتی برای ارزیابی میزان نارضایتی از تصویر بدنی، از جراحی‌های غیرضروری پیش‌گیری می‌کند.

:

نمونه در سال ۱۹۹۴ انجمن جراحی پلاستیک و ترمیمی آمریکا^۱ گزارش داد که اعضای آن بیش از ۳۹۰۰۰۰ جراحی زیبایی از جمله لیپوساکشن^۲ (برداشتن چربی از

هر سال ده‌ها هزار نفر عمل جراحی زیبایی انجام می‌دهند تا نمای اندام‌های خود را زیباتر کنند. برای

* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، کیلومتر ۶ جاده قدیم کرج، بیمارستان روانپزشکی ایران.
** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مربی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، بخش روانپزشکی (نویسنده مسئول).
E-mail: afkhami@iums.ac.ir

1- American Society of Plastic and Reconstructive Surgery
2- liposuction

نواحی مختلف بدن)، بزرگ کردن پستان، جراحی بینی و کشیدن صورت انجام داده‌اند (سارور^۱، وادن^۲ و پرتشاک^۳، ۱۹۹۸). این جراحی‌ها بیشتر برای از میان بردن ناخشنودی افراد از ظاهر خود و گاهی افزایش عزت نفس^۴ انجام می‌شود. برخی از دانشمندان علوم اجتماعی در سه دهه‌ی اخیر دریافته‌اند که مردم جذابیت ظاهری را با ویژگی‌های شخصیتی پسندیده که شامل هوش، لیاقت و پذیرش اجتماعی می‌شود همراه می‌دانند (اسمیت^۵ و مک‌کی^۶، ۲۰۰۰). با توجه به اینکه پژوهش درباره ویژگی‌های روانپزشکی مراجعه‌کنندگان برای جراحی زیبایی بسیار اندک است و بیشتر شامل گزارش‌های بالینی می‌شود و با توجه به شمار بسیار زیاد جراحی‌هایی که سالانه انجام می‌گیرد و پیامدهای روان‌شناختی آن، انجام پژوهش در این زمینه ضروری به نظر می‌رسید. ارزش‌یابی‌های روانپزشکی بر روی کسانی که خواهان جراحی زیبایی بودند نخستین بار در دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ گزارش شدند. این گزارش‌ها بیشتر بازتاب‌دهنده‌ی گرایش‌های روانکاوی در روانپزشکی آمریکا بودند و این افراد را روان‌نژند و یا خودشیفته می‌پنداشتند (هیل^۷ و سیلور^۸، ۱۹۵۰).

در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ ارزیابی‌های روان‌شناختی پیش از جراحی زیبایی بیماران و پس از آن مورد توجه قرار گرفت. پژوهش‌هایی که به بررسی وضعیت روان‌شناختی پیش از جراحی زیبایی پرداخته‌اند، یا به مصاحبه‌ی بالینی بسنده کرده و یا از مقیاس‌های روان‌شناختی برای ارزیابی آسیب‌شناسی روانی بهره برده‌اند. بیشتر بررسی‌هایی که به مصاحبه‌ی بالینی بسنده کرده‌اند آسیب‌شناسی روانی چشمگیری را در بیماران جراحی زیبایی گزارش نموده‌اند. در یکی از این بررسی‌ها ۷۰٪ این افراد دارای یک اختلال روانپزشکی تشخیص داده شده بودند که متداول‌ترین آنها افسردگی روان‌نژند و شخصیت پرخاشگر- منفعل بود (ادگرتون^۹، جیکوبسون^{۱۰} و میر^{۱۱}، ۱۹۶۰).

در گروهی از افراد داوطلب کشیدن صورت (وب^{۱۲} و همکاران، ۱۹۶۵، به‌نقل از سارور و همکاران، ۱۹۹۸)، درخواست‌کننده‌ی جراحی بینی (مارکوس^{۱۳}، ۱۹۸۴، میر و همکاران، ۱۹۶۰؛ رابین^{۱۴} و همکاران، ۱۹۸۸، به نقل از سارور و همکاران، ۱۹۹۸؛ جروم^{۱۵}، ۱۹۹۲)، داوطلب بزرگ کردن پستان (بیل^{۱۶} و لپیر^{۱۷}، ۱۹۸۰؛ اوهلسون^{۱۸}، پونتن^{۱۹} و همبرت^{۲۰}، ۱۹۷۸؛ کونولی^{۲۱} و گیسون^{۲۲}، ۱۹۷۸) و داوطلب جراحی تغییر اندازه‌ی صورت و شکل جمجمه (ادگرتون، لانگمن^{۲۳} و پروزینسکی^{۲۴}، ۱۹۹۰) ویژگی‌های آسیب‌شناختی یکسانی گزارش شده است. با وجود این، نارسایی‌های روش‌شناختی از جمله ابهام در چگونگی مصاحبه‌های بالینی، به‌کار نبردن ملاک‌های تشخیصی یکسان و نبود گروه گواه یا مقایسه در بررسی‌های گذشته، تعمیم یافته‌ها را محدود می‌کند.

ناپلئون^{۲۵} (۱۹۹۳) گزارش داد که ۷۰٪ از بیماران جراحی زیبایی یک اختلال شخصیت در محور II داشتند و ۱۹/۵٪ آنها یک اختلال در محور I داشتند. اگرچه تحقیق ناپلئون دارای ملاک‌های تشخیصی کاملاً پذیرفته شده و بهتر از بررسی‌های اولیه بود، به‌کارگرفتن مصاحبه‌ی بالینی غیر اختصاصی و نبود پایایی تشخیصی بین مصاحبه‌کنندگان، می‌توانست علت شیوع بالای اختلال‌های محور II در این نمونه باشد. پژوهش‌هایی که آزمون‌های استاندارد شده را برای ارزیابی آسیب‌شناسی روانی در داوطلبان جراحی زیبایی به‌کار برده‌اند، در مقایسه با یافته‌های سایرین، آسیب‌شناسی روانی کمتری را گزارش نموده‌اند. پرکاربردترین مقیاس آسیب‌شناسی روانی پرسش‌نامه‌ی MMPI^{۲۶} بوده است. در یک بررسی با استفاده از

- | | |
|---|----------------|
| 1- Sarwer | 2- Wadden |
| 3- Pertschuk | 4- self-esteem |
| 5- Smith | 6- Mackie |
| 7- Hill | 8- Silver |
| 9- Edgerton | 10- Jacobson |
| 11- Meyer | 12- Webb |
| 13- Marcus | 14- Robin |
| 15- Jerome | 16- Beale |
| 17- Liper | 18- Ohlson |
| 19- Ponten | 20- Hambert |
| 21- Connolly | 22- Gibson |
| 23- Langman | 24- Pruzinsky |
| 25- Napoleon | |
| 26- Minnesota Multiphasic Personality Inventory | |

در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ ارزیابی‌های روان‌شناختی پیش از جراحی زیبایی بیماران و پس از آن مورد توجه قرار گرفت. پژوهش‌هایی که به بررسی وضعیت روان‌شناختی پیش از جراحی زیبایی پرداخته‌اند، یا به مصاحبه‌ی بالینی بسنده کرده و یا از مقیاس‌های روان‌شناختی برای ارزیابی آسیب‌شناسی روانی بهره برده‌اند. بیشتر بررسی‌هایی که به مصاحبه‌ی بالینی بسنده کرده‌اند آسیب‌شناسی روانی چشمگیری را در بیماران جراحی زیبایی گزارش نموده‌اند. در یکی از این بررسی‌ها ۷۰٪ این افراد دارای یک اختلال روانپزشکی تشخیص داده شده بودند که متداول‌ترین آنها افسردگی روان‌نژند و شخصیت پرخاشگر- منفعل بود (ادگرتون^۹، جیکوبسون^{۱۰} و میر^{۱۱}، ۱۹۶۰).

در گروهی از افراد داوطلب کشیدن صورت (وب^{۱۲} و همکاران، ۱۹۶۵، به‌نقل از سارور و همکاران، ۱۹۹۸)، درخواست‌کننده‌ی جراحی بینی (مارکوس^{۱۳}، ۱۹۸۴، میر و همکاران، ۱۹۶۰؛ رابین^{۱۴} و همکاران، ۱۹۸۸، به نقل از سارور و همکاران، ۱۹۹۸؛ جروم^{۱۵}، ۱۹۹۲)، داوطلب بزرگ کردن پستان (بیل^{۱۶} و لپیر^{۱۷}، ۱۹۸۰؛ اوهلسون^{۱۸}، پونتن^{۱۹} و همبرت^{۲۰}، ۱۹۷۸؛ کونولی^{۲۱} و گیسون^{۲۲}، ۱۹۷۸) و داوطلب جراحی تغییر اندازه‌ی صورت و شکل جمجمه (ادگرتون، لانگمن^{۲۳} و پروزینسکی^{۲۴}، ۱۹۹۰) ویژگی‌های آسیب‌شناختی یکسانی گزارش شده است. با وجود این، نارسایی‌های روش‌شناختی از جمله ابهام در چگونگی مصاحبه‌های بالینی، به‌کار نبردن ملاک‌های تشخیصی یکسان و نبود گروه گواه یا مقایسه در بررسی‌های گذشته، تعمیم یافته‌ها را محدود می‌کند.

جراحی زیبایی بینی بودند که از تابستان ۱۳۸۰ تا پاییز ۱۳۸۱ به بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) مراجعه کرده بودند. این بیماران از سوی پزشک بخش گوش و حلق و بینی به منظور رد اختلال روانپزشکی شدید به ویژه اسکیزوفرنیا، وسواس بالینی و اختلال بدشکلی بدنی به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان ارجاع شده بودند. سن آنها ۳۲-۱۸ سال (با میانگین ۲۵) بود و بیشتر آنها دیپلمه و دانشجو (۸۳٪) و مجرد (۹۳٪) بودند. هیچ کدام سابقه‌ی جراحی‌های زیبایی، مشکلات بدنی شدید یا اختلال روانپزشکی نداشتند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. فرد مراجعه‌کننده پس از مصاحبه‌ی بالینی توسط استاد روانپزشکی یا دستیار روانپزشکی سال بالا و در صورت رد اختلال‌های محور I برای ارزیابی روان‌شناختی به روانشناس که اطلاعات و تجربه‌ی کافی درباره‌ی آزمون مورد نظر داشت ارجاع می‌شد و با رعایت نکات اخلاقی در صورت اعلام همکاری مراجع، مورد ارزیابی شخصیتی قرار می‌گرفت.

ابزار به کار برده شده در این پژوهش، پرسش‌نامه‌ی چند محوری میلون^{۱۶} (MCMI-II) بود (میلون^{۱۷}، ۱۹۸۷). این پرسش‌نامه دارای ۱۷۵ پرسش می‌باشد و ۱۱ اختلال شخصیتی مطرح شده در DSM-III-R را ارزیابی می‌کند. این پرسش‌نامه در ایران توسط خواجه موگهی (۱۳۷۳) هنجاریابی شده است و ویژگی‌های روان‌سنجی آن با یافته‌های گزارش شده توسط میلون هم‌خوانی دارد (افخم‌ابراهیمی و دانش‌آموز، ۱۳۷۸). گفتنی است با آن‌که این پرسش‌نامه برای جمعیت‌های غیربالینی ساخته نشده، در چند بررسی با نمونه‌های

MMPI هیچ آسیب‌شناسی روانی معنی‌داری برای ۵۰ بیمار داوطلب کشیدن صورت پیش از عمل گزارش نشد (گوین^۱، برگوین^۲ و گوین^۳، ۱۹۸۰). هم‌چنین نیمرخ‌های بالینی MMPI ۱۰ داوطلب بزرگ کردن پستان (بیکر^۳، کولین^۴ و بارلت^۵، ۱۹۷۴) و یافته‌های دو بررسی درباره‌ی داوطلبان جراحی بینی (میکلی-پلگرینی^۶ و من‌فریدا^۷، ۱۹۷۹؛ رایت^۸ و رایت^۹، ۱۹۷۵) با یافته‌ی بالا هم‌سو بود.

شیپلی^۹، آدونل^{۱۰} و بادر^{۱۱} (۱۹۷۷) و گوین و ریز^{۱۲} (۱۹۹۱) با بهره‌گیری از سایر مقیاس‌ها آسیب‌شناسی اندکی را در آزمودنی‌های خود گزارش نمودند.

در دو بررسی که به کمک مجموعه‌ای از آزمون‌ها از جمله پرسش‌نامه‌ی شخصیتی آیسنک داوطلبان جراحی بینی و یک گروه گواه مورد ارزیابی قرار گرفتند، گروه نخست بیش از گروه گواه علایم روان‌نژندی و وسواسی از خود نشان دادند (هی^{۱۳}، ۱۹۷۰، به نقل از فیلیپس^{۱۴}، ۱۹۹۱). نارسایی مهم این بررسی‌ها به کار بردن آزمون‌هایی بود که برای ارزیابی این افراد ساخته نشده بودند.

این بررسی‌ها نشان می‌دهند که بیشتر افراد داوطلب جراحی زیبایی دچار اختلال روانپزشکی جدی در محور I (در DSM)^{۱۵} نمی‌باشند. اما در زمینه‌ی ویژگی‌های شخصیتی و اختلال‌های محور II پژوهش‌های اندکی انجام شده است.

هدف این پژوهش بررسی الگوهای شخصیتی داوطلبان جراحی بینی بر پایه‌ی معیارهای طبقه‌بندی DSM بود. پرسش اصلی این پژوهش آن بود که آیا الگوهای شخصیتی ویژه‌ای (مانند دسته‌های A، B و C در DSM) در درخواست‌کنندگان جراحی زیبایی بینی فراوانی بیشتری دارد و در این صورت کدام الگو یا الگوهای شخصیتی برجسته‌تر هستند.

پژوهش حاضر از نوع مقطعی-توصیفی است. آزمودنی‌های پژوهش ۳۰ نفر (۲۴ زن و ۶ مرد) متقاضی

- | | |
|---|-----------------------|
| 1- Goin | 2- Burgoyne |
| 3- Baker | 4- Kolin |
| 5- Barlett | 6- Micheli-Pellegrini |
| 7- Manfrida | 8- Wright |
| 9- Shcipley | 10- O'Donnell |
| 11- Bader | 12- Rees |
| 13- Hay | 14- Phillips |
| 15- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | |
| 16- Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II) | |
| 17- Millon | |

جدول رمزهای دوتایی، ۷۶ (وسواسی- پرخاشگر، ۶ مورد) و ۳۷ (وابسته- وسواسی، ۵ مورد) فراوان‌ترین ترکیب‌های رمز در نمونه‌ی مورد بررسی می‌باشند و الگوی وسواسی در هر دو ترکیب دیده می‌شود.

جدول ۲- توزیع فراوانی ترکیب رمزهای دوتایی

ترکیب رمز	فراوانی
۱۷	۱
۲۷	۱
۳۴	۲
۳۵	۱
۳۷	۵
۵۴	۴
۵۶	۴
۵۷	۱
۵۸	۱
۷۴	۱
۷۵	۴
۷۶	۶
۸۴	۱

در جدول ۳، توزیع فراوانی الگوهای شخصیتی در رمزهای دوتایی دیده می‌شود. در این جا نیز فراوانی و درصد الگوهای شخصیتی وسواسی از سایر الگوها بیشتر است (۱۹ و ۳۱٪) و پس از آن الگوی شخصیتی خودشیفته بالاترین فراوانی و درصد را دارد (۱۳ و ۲۱٪).

جدول ۳- توزیع فراوانی الگوهای شخصیتی در رمزهای دوتایی

الگوهای شخصیتی	رمز	فراوانی (درصد)
اسکیزوئید	۱	۱ (۱/۷)
اجتنابی	۲	۱ (۱/۷)
وابسته	۳	۸ (۱۳/۳)
نمایشی	۴	۷ (۱۱/۷)
خودشیفته	۵	۱۳ (۲۱/۷)
ضداجتماعی / دیگرآزار	۶	۹ (۱۵/۰)
وسواسی	۷	۱۹ (۳۱/۷)
پر خاشگر- منفعل / خودشکن	۸	۲ (۳/۳)
جمع	۸	۶۰ (۱۰۰)

غیربالینی نیز به کار برده شده است (رپکو^۱ و کوپر^۲، ۱۹۸۵، به نقل از چوکا^۳، وندنبرگ^۴ و شانلی^۵، ۱۹۹۷). پس از اجرای آزمون، نمره‌گذاری و رمزگذاری پاسخ‌نامه‌ها برپایه‌ی روش پیشنهادی میلون و با در نظر گرفتن رمزهای تکی و دوتایی ۱۱ الگوی شخصیتی، انجام گرفت. تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از روش‌های آمار توصیفی، آزمون آماری خی دو با روش "میزان انطباق"^۶ انجام شد.

جدول ۱، توزیع فراوانی الگوهای شخصیتی آزمودنی‌های پژوهش را در رمزهای تکی نشان می‌دهد.

جدول ۱- توزیع فراوانی الگوهای شخصیتی در رمزهای تکی

الگوهای شخصیتی	رمز	فراوانی (درصد)
اسکیزوئید	۱	۱ (۳/۳)
اجتنابی	۲	۱ (۳/۳)
وابسته	۳	۷ (۲۳/۳)
نمایشی	۴	۰ (۰)
خودشیفته	۵	۹ (۳۰/۰)
ضداجتماعی / دیگرآزار	۶	۱ (۳/۳)
وسواسی	۷	۱۰ (۳۳/۳)
پر خاشگر- منفعل / خودشکن	۸	۱ (۳/۳)
اسکیزوتایپال	s	۰ (۰)
مرزی	c	۰ (۰)
پارانوئید	p	۰ (۰)
جمع	۱۱	۳۰ (۱۰۰)

همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد، فراوانی و درصد الگوهای شخصیتی "وسواسی" (۱۰ و ۳۳٪) و "خودشیفته" (۹ و ۳۰٪) در نمونه‌ی مورد بررسی بیش از سایر الگوهاست.

جدول ۲، ترکیب رمزهای دوتایی و فراوانی آن‌را در آزمودنی‌های پژوهش نشان می‌دهد. برپایه‌ی داده‌های

1- Repko
2- Cooper
3- Choca
4- Vandenberg
5- Shanley
6- goodness of fit

(۱۹۹۶) همسو است. این ویژگی‌های وسواسی و کمال‌گرایانه را در داوطلبان جراحی زیبایی و جراحی بینی بیش از سایر ویژگی‌های شخصیتی نشان داده‌اند. هم‌چنین با توجه به فراوانی الگوهای شخصیتی در رمزهای تکی و دوتایی پژوهش حاضر ویژگی‌های خودشیفتگی در مقام دوم قرار می‌گیرند (جدول ۱ و ۲). به بیان دیگر آزمودنی‌های این پژوهش از نظر شخصیتی، وسواسی - خودشیفته به‌شمار می‌روند و ترکیبی از ویژگی‌های دسته‌های C و B را نشان می‌دهند. این یافته با یافته‌های پژوهشی که در ایران در مورد متقاضیان جراحی زیبایی با بهره‌گیری از مقیاس‌های اختلال شخصیت MMPI انجام گرفته و در آن الگوهای شخصیتی وسواسی - خودشیفته فراوان‌ترین الگوی شخصیتی درخواست‌کنندگان جراحی زیبایی بینی گزارش شده است (علمدارساروی، ۱۳۸۲) همسویی دارد. آندریاسن و بارداک (۱۹۷۷) نیز به‌همراهی ویژگی‌های خودشیفتگی با کمال‌گرایی وسواسی در این افراد اشاره کرده‌اند. به باور آنها کمال‌گرایی این افراد متمرکز بر خود و با هدف افزایش زیبایی یا هوش است. برخی از پژوهشگران بر این باورند که این بیماران بیشتر عزت‌نفس‌شان را از ظاهر خود به‌دست می‌آورند (ناپلتون و لوئیس^۱، ۱۹۸۹) و هنگامی که عزت‌نفس آنها پایین بیاید درصدد جراحی برمی‌آیند (روزن^۲، ریتز^۳ و اوروسون^۴، ۱۹۹۵). کش^۱ و لبارگی^{۱۱} (۱۹۹۶) مدلی شناختی رفتاری از ارتباط بین تصویر بدنی و عزت‌نفس ارائه کرده‌اند که نظریه‌ی "طرحواره شناختی"^{۱۲} نامیده می‌شود. در این مدل عزت‌نفس با احساسات درباره‌ی ظاهر جسمانی دارای ارتباط تنگاتنگی دانسته شده و اهمیت طرحواره‌ی تصویر بدنی با کل عزت‌نفس در خودپنداره^{۱۴} زنان مهم‌تر از مردان گزارش شده است که موجب می‌شود زنان بیشتر از

جدول ۴، مقایسه‌ی فراوانی الگوهای شخصیتی را در آزمودنی‌های پژوهش به‌کمک روش خی‌دو نشان می‌دهد.

جدول ۴- مقایسه‌ی فراوانی الگوهای شخصیتی در گروه نمونه

الگوهای شخصیتی	نمره χ^2	سطح معنی‌داری
اسکیزوئید	۲/۰۱	N.S.
اجتنابی	۲/۰۱	N.S.
وابسته	۴/۸۰	۰/۰۵
نمایشی	۳/۷۵	N.S.
خودشیفته	۷/۳۵	۰/۰۱
ضداجتماعی / دیگرآزار	۲/۰۱	N.S.
وسواسی	۱۰/۴	۰/۰۱
پرخاشگر - منفعل/خودشکن	۲/۰۱	N.S.
جمع	۲۵/۷۵	۰/۰۱

همان‌گونه که جدول ۴ نشان می‌دهد، فراوانی الگوهای شخصیتی در نمونه‌ی مورد بررسی به‌طور معنی‌داری با یکدیگر تفاوت دارند ($p < ۰/۰۱$).

بررسی جداگانه‌ی نمره‌ی χ^2 در الگوهای شخصیتی نیز نشان می‌دهد که فراوانی بالاتر الگوهای شخصیتی "وسواسی" و "خودشیفته" در مقایسه با سایر الگوها مسئول این تفاوت معنی‌دار می‌باشد.

این بررسی نشان داد که الگوی شخصیتی وسواسی، بیشتر از سایر الگوهای شخصیتی در درخواست‌کنندگان جراحی زیبایی بینی دیده می‌شود و فراوانی این الگو در هر دو رمزهای تکی و دوتایی به‌دست آمده در آزمون MCMI-II، به‌طور معنی‌داری از سایر الگوها بیشتر است. این یافته با یافته‌های پژوهشی هی (۱۹۷۰)، به نقل از فیلیپس (۱۹۹۱)، اندریاسن^۱ و بارداک^۲ (۱۹۷۷)، ییل و لیپر (۱۹۸۰) و ییل^۳، بوکوک^۴ و گورنی^۵

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1- Andreasen | 2-Bardach |
| 3- Veale | 4- Boocock |
| 5- Gournay | 6- Lewis |
| 7-Rosen | 8- Reiter |
| 9- Oroson | 10- Cash |
| 11- Labarge | 12- cognitive schema |
| 14- self-concept | |

افخم ابراهیمی، عزیزه؛ دانش آموز، بدری (۱۳۷۸). همبودی افسردگی و اختلالاتی شخصیت. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره ۳، ۲۹-۲۳.

خواجه موگهی، ناهید (۱۳۷۳). *آماده سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون-۲ (MCMI-II)*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی: انستیتو روانپزشکی تهران. علمدارساروی، مریم (۱۳۸۲). *بررسی ویژگی های شخصیتی داوطلبین جراحی زیبایی مراجعه کننده به کلینیک آذر، تیر لغایت مهر ۸۱*. پایان نامه تخصصی روانپزشکی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.

Andreasen, N.C., & Bardach, J. (1977). Dismorphophobia: symptom or disease? *American Journal of Psychiatry*, 134, 673-676.

Baker, J.L., Kolin, I.S., & Barlett, E.S. (1974). Psychosexual dynamics of patients undergoing mammary augmentation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 53, 652-659.

Beale, S., & Liper, H. (1980). A psychological study of patients seeking augmentation mammoplasty. *British Journal of Psychiatry*, 136, 133-138.

Cash, T.F., & Labarge, A.S. (1996). Development of the appearance schema inventory: A new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 37-50.

Choca, J.P., Vandenberg, E., & Shanley, L.A. (1997). *Interpretive guide to Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Washington DC: APA.

Connolly, F.H., & Gibson, M. (1978). Dismorphophobia a long-term study. *British Journal of Psychiatry*, 132, 568-570.

Dull, D., & West, C. (1991). Accounting for cosmetic surgery: The accomplishment of gender. *Social Problems*, 38, abstract.

مردان خواهان جراحی زیبایی باشند و این برتری زنان به مردان در پژوهش حاضر نیز دیده می شود (زنان چهاربرابر مردان). شاید بتوان گفت که دلیل این امر پذیرش تغییرات ظاهر در زنان از نظر فرهنگی باشد، زیرا جراحی زیبایی در زنان عادی و بهنجار و در مردان نوعی "تحقق نیافتن جنسیت" و اختلال شمرده می شود (دال^۱ و وست^۲، ۱۹۹۱). افزون بر آن ویژگی های شخصیتی "وابسته" در بیشتر مردان پژوهش حاضر به عنوان الگوی شخصیتی اصلی گزارش شده است که از نظر فرهنگی یک ویژگی زنانه به شمار می رود و با قالب های نقش جنسی جامعه ی ما سازگاری ندارد. از این رو با آن که درجه ی نارضایتی از تصویر بدنی و تأثیرهای فردی می تواند به عنوان یک جزء انگیزشی برای جراحی زیبایی شمرده شود، نمی تواند به تنهایی جراحی زیبایی را توجیه کند و تأثیرهای فرهنگی - اجتماعی نیز باید در نظر گرفته شوند.

از آن جا که روانشناسی جراحی زیبایی به خوبی شناخته نشده است، انجام پژوهش هایی در مورد رابطه ی ویژگی های شخصیتی با درخواست جراحی به کمک مقیاس های هنجاریابی شده ی شخصیتی که نشان دهنده ی درجه ی نارضایتی از تصویر بدنی نیز باشد و هم چنین به کمک مقیاس هایی که بتوانند میان نگرانی بیش از اندازه درباره ی بدشکلی بدنی و نگرانی عادی تفاوت بگذارند، پیشنهاد می شود.

دو محدودیت مهم این پژوهش به کار نبردن گروه گواه و نسنجیدن شدت بدشکلی بینی توسط جراح بود که می توانست تعیین کننده ی ضرورت جراحی و یا احتمال آسیب شناسی روانی باشد.

بدینوسیله از آقای دکتر رامین مهدی پور که در نمره گذاری آزمون MCMI-II کمک و همکاری نمودند سپاسگزاری می شود.

- Edgerton, M.T., Jacobson, W.E., & Meyer, E. (1960). Surgical psychiatric study of patients seeking plastic surgery. *British Journal of Plastic Surgery*, 13, 136-145.
- Edgerton, M.T., Langman, M.W., & Pruzinsky, T. (1990). Patients seeking symmetrical recontouring for perceived deformities in the width of the face and skull. *Aesthetic Plastic Surgery*, 14, 59-73.
- Goin, M.K., & Rees, T.D. (1991). A prospective study of patient's psychological reactions to rhinoplasty. *Annals of Plastic Surgery*, 27, 210-215.
- Goin, M.K., Burgoyne, R.W., & Goin, J.M. (1980). A prospective psychological study of 50 female face-lift patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 65, 436-442.
- Hill, G., & Silver, A.G. (1950). Psychodynamic and esthetic motivation for plastic surgery. *Psychosomatic Medicine*, 12, 345-352.
- Jerome, L. (1992). Body dysmorphic disorder: A controlled study of patients requesting cosmetic rhinoplasty. *American Journal of Psychiatry*, 149, 577.
- Micheli-Pellegrini, V., & Manfreda, G.M. (1979). Rhinoplasty and its psychological implications. *Aesthetic Plastic Surgery*, 3, 299-319.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*. Minneapolis: NCS.
- Napoleon, A., & Lewis, C. (1989). Psychological considerations in lipoplasty: the problematic or "special cars" patient. *Annals of Plastic Surgery*, 23, 430-432.
- Napoleon, A. (1993). The presentation of personalities in plastic surgery. *Annals of Plastic Surgery*, 31, 193-208.
- Ohlson, L., Ponten, B., & Hambert, G. (1978). Augmentation mammoplasty: a surgical and psychiatric evaluation of the results. *Annals of Plastic Surgery*, 2, 42-52.
- Phillips, K.A. (1991). Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1138-1149.
- Rosen, J.C., Reiter, J., & Oroson, P. (1995). Cognitive behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 263-269.
- Sarwer, D.B., Wadden, T.A., & Pertschuk, M.J. (1998). The psychology of cosmetic surgery. *Clinical Psychology Review*, 18, 1-22.
- Shibley, R.H., O'Donnell, J.M., & Bader, K.F. (1977). Personality characteristics of women seeking breast augmentation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 60, 369-376.
- Smith, E.R., & Mackie, D.M. (2000). *Social psychology*. Philadelphia: Psychology Press.
- Veal, D., Boocock, A., & Gournay, K. (1996). Body dysmorphic disorder, A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*, 169, 196-201.
- Wright, M.R., & Wright, W.K. (1975). A psychological study of patients undergoing cosmetic surgery. *Archives of Otolaryngology*, 101, 145-151.