



## ویژگی‌های شخصیتی داوطلبان انجام جراحی زیبایی

دکتر مریم علمدار ساروی\*، دکتر میرفرهاد قلعه‌بندی\*\*

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی ویژگی‌های شخصیتی داوطلبان انجام جراحی زیبایی، انجام شده است.

**روش:** در یک بررسی مقطعی-توصیفی طی چهار ماه صد داوطلب انجام جراحی زیبایی (۸۲ زن و ۱۸ مرد) که به یک کلینیک جراحی مراجعه نموده بودند، در مرحله‌ی پیش از عمل جراحی (گرفتن عکس و انجام آزمایشات لازم) به کمک پرسش‌نامه‌ی شخصیتی *MMPI-PD*، ارزیابی شدند. این افراد در دامنه‌ی سنی ۱۶ تا ۴۵ سال (میانگین سنی ۲۳/۸ سال) بودند. داده‌ها به کمک آمار توصیفی تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که شیوع الگوی شخصیتی خودشیفته ۱۹٪، نمایشی ۱۱٪، وسواسی ۱۰٪، اجتنابی ۹٪، اسکیزوئید ۶٪، مرزی ۴٪، منفی‌گرا ۳٪، و وابسته، ضداجتماعی و بدگمان نیز هر یک ۱٪ است. ۳۵٪ هیچ‌یک از ویژگی‌های مورد بررسی را نداشتند.

**نتیجه:** بیشتر مراجعه‌کنندگان برای انجام جراحی زیبایی دارای الگوی شخصیتی خودشیفته می‌باشند. این یافته نشان دهنده‌ی تاثیر عوامل روان‌شناختی در تقاضای جراحی زیبایی می‌باشد.

. . . . .

:

۵۶٪ زنان و ۴۳٪ مردان از ظاهر خود ناخشنود بوده‌اند

کسل<sup>۱</sup> و هانگمن<sup>۲</sup> (۲۰۰۲). برپایه‌ی گزارش انجمن

در سال ۱۹۹۷ یک بررسی در امریکا نشان داد که

\* روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. خیابان نیایش، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) (نویسنده مسئول).

E-mail: dralamdar@yahoo.com

\*\* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. تهران، کیلومتر ۷ اتوبان کرج، بیمارستان روانپزشکی ایران.

1- Castle

2- Honigman

جراحی پلاستیک و زیبایی آمریکا، جراحی‌های زیبایی در سال‌های ۱۹۹۷ تا ۱۹۹۹ با ۱۱۹٪ افزایش، به بیش از ۴/۶ میلیون جراحی در سال ۱۹۹۹ رسیده است (همان‌جا). دانشمندان علوم اجتماعی دریافته‌اند که مردم، زیبایی ظاهری را با ویژگی‌های شخصیتی پسندیده هم‌چون شایستگی و پذیرش اجتماعی، ربط می‌دهند (اسمیت<sup>۱</sup> و مک‌کی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). از آن‌جا که جراحی‌های زیبایی، برای تغییر ظاهر افراد و افزایش خشنودی و بهبود اعتماد به نفس آنها انجام می‌شود، جراحی زیبایی را می‌توان پیامد یک الگوی روان‌شناختی معین دانست. گفتنی است درباره‌ی وضعیت روان‌شناختی افرادی که درصدد جراحی برمی‌آیند، یا تغییرات روان‌شناختی که به دنبال آن چنین تصمیمی گرفته می‌شود، اطلاعات کمی در دست است. جراحان همواره به تشخیص افرادی که از نظر روان‌شناختی برای جراحی نامناسبند علاقمند بوده‌اند. بررسی‌های انجام‌شده در این زمینه شامل ارزیابی‌های پیش از عمل و یا پس از آن است که اولی با بررسی حاضر هم‌سو است. ارزیابی‌های پیش از عمل یا به مصاحبه‌ی بالینی بسنده نموده‌اند و یا ابزارهای روان‌شناختی به کار برده‌اند. بیشتر پژوهش‌هایی که به مصاحبه‌ی بالینی بسنده کرده‌اند، آسیب‌شناسی روانی درخور توجهی را در متقاضیان جراحی زیبایی گزارش نموده‌اند (نزدیک به ۷۰٪). بیشتر آنها مبتلا به افسردگی نوروتیک و شخصیت منفعل - پرخاشگر گزارش شده‌اند (ادگرتون<sup>۳</sup>، یاکوبسون<sup>۴</sup> و مایر<sup>۵</sup>، ۱۹۶۰، به نقل از سارور<sup>۶</sup>، وادن<sup>۷</sup> و پرتش<sup>۸</sup>، ۱۹۹۸). این ویژگی‌های آسیب‌شناختی در بررسی‌های دیگر نیز تکرار شده است (وب<sup>۹</sup>، ۱۹۶۵؛ مارکوس<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۴؛ بیل<sup>۱۱</sup> و لیسپر<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۰؛ ادگرتون<sup>۱۳</sup>، لانگمن<sup>۱۴</sup> و پروزینسکی<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۰). در بیشتر این بررسی‌ها مصاحبه‌ی بالینی توصیف نشده و ملاک‌های تشخیصی یک‌پارچه‌ای به کار برده نشده است. در این بررسی‌ها گروه گواه یا مقایسه وجود نداشته است. پژوهش‌هایی که در آنها آزمون‌های هنجاریابی شده برای ارزیابی روانی در متقاضیان جراحی زیبایی به کار برده شده، در مقایسه با مصاحبه‌ی

بالینی، آسیب‌شناسی روانی کمتری را گزارش نموده‌اند. پرکاربردترین ابزار، پرسش‌نامه‌ی MMPI بوده که در پژوهش‌های گوناگون، آسیب‌شناسی روانی چشم‌گیری را نشان نداده است. برای نمونه نیم‌رخ‌های بالینی ۱۰ داوطلب بزرگ‌کردن پستان (بیکر<sup>۱۵</sup> و کولین<sup>۱۶</sup>، ۱۹۷۴) به‌نچار گزارش گردیده است. در دو پژوهش درباره‌ی متقاضیان جراحی بینی نیز همان یافته‌ها گزارش گردید (رایت<sup>۱۷</sup> و رایت، ۱۹۷۵). پژوهش‌هایی که سایر مقیاس‌ها را به کار برده‌اند نیز آسیب‌شناسی خفیف یا نبود آسیب‌شناسی را گزارش نموده‌اند (شیپلی<sup>۱۸</sup>، اوردونل<sup>۱۹</sup> و بادر<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۷؛ گوین<sup>۲۱</sup> و ریز<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۱؛ هولی‌من<sup>۲۳</sup>، ۱۹۸۶). با بهره‌گیری از پرسش‌نامه‌ی شخصیتی آیزنک نیز متقاضیان جراحی بینی، نوروتیک‌تر و وسواسی‌تر از گروه گواه بوده‌اند (هی<sup>۲۴</sup>، ۱۹۷۰، به نقل از فیلیپس<sup>۲۵</sup>، ۱۹۹۱). در این بررسی‌ها نارسایی‌هایی نیز به چشم می‌خورد. برای نمونه، در بیشتر آنها مقیاس‌های به کار برده شده برای نشان‌دادن انواع آسیب‌شناسی روانی طرح‌ریزی نشده بود. در حالی که مقیاس سایکاستنی MMPI یک شاخص کلی از نگرانی و وسواسی بودن را فراهم می‌کند، ممکن است به انواع اختلال‌هایی که به نگرانی‌های ظاهری مربوط می‌شود، حساس نباشد. به‌طور کلی به‌نظر می‌رسد بیشتر داوطلبان جراحی زیبایی، اختلال روانپزشکی جدی در یک محور طبقه‌بندی DSM-IV<sup>۲۶</sup> نشان نمی‌دهند، ولی به‌علت نارسایی‌های یادشده در

1-Smith	2- Mackie
3-Edgerton	4-Jacobson
5-Meyer	6-Sarwer
7- Wadden	8- Pertsch
9-Webb	10-Marcus
11-Beale	12- Lisper
13-Langman	14- Pruzinsky
15-Baker	16-Kolin
17-Wright & Wright	18-Shipley
19- Ordonnell	20- Bader
21-Goin	22-Rees
23-Hollyman	24-Hay
25-Phillips	
26- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 <sup>th</sup> ed).	

پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با ویژگی‌های شخصیتی، نمی‌توان این مسأله را به محور دو نیز تعمیم داد.

این پژوهش از نوع مقطعی - توصیفی است و روی کلیه داوطلبان جراحی زیبایی که از تیرماه تا مهرماه ۱۳۸۱ به کلینیک جراحی آذر مراجعه کرده‌اند، انجام شده است. این افراد ۱۰۷ نفر (۲۰ مرد و ۸۷ زن) در دامنه‌ی سنی ۱۶ تا ۴۵ سال (با میانگین ۲۳/۸ سال) بودند.

معیار پذیرش آزمودنی‌ها تجربه‌ی نخستین جراحی زیبایی و اعلام همکاری آنان بود. از این رو، کسانی که حاضر به همکاری نشده و یا به علت ترمیم جراحی پیشین مراجعه کرده بودند از بررسی حذف شدند. بنابراین، بررسی با ۸۲ زن و ۱۸ مرد انجام شد.

ابزار به کار گرفته شده پرسش‌نامه‌ی MMPI-PD، مقیاس اختلال شخصیت MMPI (موری<sup>۱</sup>، بلشفیلد<sup>۲</sup> و وب، ۱۹۸۸) بوده که دارای ۳۳ پرسش خود گزارش‌دهی از ۱۱ اختلال شخصیت است که در DSM-III-R توصیف شده‌اند. ویژگی این مقیاس در مقایسه با شکل مفصل‌تر آن، حذف پرسش‌هایی است که هم‌پوشی دارند، و برای هر مقیاس تنها پرسش‌هایی برگزیده شده‌اند که ویژه‌ی همان اختلال هستند. این عمل ملاک‌های تشخیصی هر اختلال را کوتاه‌تر می‌کند، ولی مانع از تشخیص‌های همبودی می‌گردد. روایی مقیاس و ضرایب آلفا از ۰/۵۲ برای اختلال شخصیت وسواسی تا ۰/۷۵ برای اختلال شخصیت اجتنابی گزارش شده است (گرین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱).

پرسش‌نامه‌ی یادشده در هنگام مراجعه‌ی آزمودنی‌ها به کلینیک جراحی و انجام بررسی‌های اولیه برای انجام عمل جراحی، به آنان تحویل و توسط خود آنها تکمیل می‌شد. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، در صورت مشاهده‌ی کاستی‌ها، با تماس تلفنی نسبت به تکمیل آنها اقدام می‌شد. اگر کاستی‌های یادشده با تماس تلفنی از میان نمی‌رفت، کل پرسش‌نامه حذف می‌شد. سپس پرسش‌نامه‌های تأییدشده نمره‌گذاری می‌شدند. در صورت تأیید هر سه سؤال، فرد موردنظر، آستانه‌ی

تشخیص اختلال را داشته و در صورت تأیید دو سؤال در سطح زیرآستانه‌ی تشخیصی بوده و گرایش به اختلال را نشان می‌داده است. سپس فراوانی و شدت آن، مورد بررسی قرار می‌گرفت. فراوانی در حد گاهی تا بیشتر/وقایع و شدت آن در حد متوسط تا شدید در نظر گرفته شده بود. افزون بر آن، یک پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی برای ارزیابی برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به کار گرفته شد.

تحلیل داده‌ها به کمک آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) انجام شده است.

در جدول ۱ برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش نشان داده شده است. همان‌گونه که جدول یادشده نشان می‌دهد بیشتر آزمودنی‌های پژوهش را زنان، مجردها، دیپلمه‌ها، دانشجویان و گروه سنی ۲۵-۱۶ سال تشکیل می‌دهند.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب جنس، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و شغل (n=۱۰۰)

متغیر	درصد
جنس	زن ۸۲ مرد ۱۸
سن	۱۶-۲۵ ۶۷ ۲۶-۳۵ ۳۲ ۳۶-۴۵ ۱
وضعیت تأهل	مجرد ۷۴ متأهل ۲۶
میزان تحصیلات	دبیرستان ۴ دیپلم ۴۱ فوق دیپلم ۱۱ لیسانس ۲۷ فوق لیسانس ۱۷
شغل	دانشجو ۳۶ کارمند ۲۶ بی کار ۱۵ شغل آزاد ۱۲ دانش آموز ۷ خانه‌دار ۴

1- Morey  
3- Green

2- Blashfield

در جدول ۲ توزیع فراوانی الگوهای شخصیتی آزمودنی‌های پژوهش نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، فراوانی الگوی شخصیتی خودشیفته بیش از سایر الگوهای شخصیتی بوده است.

جدول ۲- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب الگوهای شخصیتی (n=۱۰۰)

الگوی شخصیتی	درصد
فاقد اختلال	۳۵
خودشیفته	۱۹
نمایشی	۱۱
وسواسی	۱۰
اجتنابی	۹
اسکیزویید	۶
مرزی	۴
منفی‌گرا	۳
وابسته	۱
ضداجتماعی	۱
بدگمان	۱
اسکیزوتایپال	۰
جمع	۱۰۰

این پژوهش نشان داد که فراوان‌ترین ویژگی شخصیتی در داوطلبان جراحی زیبایی، براساس آزمون MMPI-PD، الگوی شخصیت خودشیفته می‌باشد. این یافته با یافته‌های برخی بررسی‌های انجام شده (لوفر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰، ناپلئون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳، به نقل از سارور و همکاران، ۱۹۹۸) هم‌سو است. الگوهای شخصیتی وسواسی و نمایشی در این پژوهش در رتبه‌ی دوم قرار می‌گیرند، در حالی که در برخی پژوهش‌ها الگوی شخصیتی وسواسی را بیش از سایر الگوها گزارش نموده‌اند (هی، ۱۹۷۰، به نقل از فیلیس، ۱۹۹۱؛ اندریاسن<sup>۳</sup> و بارداج<sup>۴</sup>،

۱۹۷۷؛ بیل و لیسپر، ۱۹۸۰؛ ویل<sup>۵</sup>، بوکوک<sup>۶</sup> و گورنی<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶). مشغولیت اغراق‌آمیز با تصویر خود و به‌ویژه با ظاهر شخصی، که به‌حد یک اختلال روانپزشکی می‌رسد، خودشیفتگی نامیده می‌شود. این اختلال می‌تواند نشان‌دهنده‌ی تأثیر عوامل روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیتی در داوطلب شدن برای جراحی زیبایی باشد.

در پژوهشی که در بیمارستان امیراعلم به کمک فرم کوتاه آزمون MMPI روی متقاضیان رینوپلاستی انجام شده شخصیت رشد نیافته، تمایل به گوشه‌گیری و مردم‌گریزی و اشکال در روابط متقابل را بیش از سایر الگوها نشان داده است. شاید بتوان گفت این افراد نسبت به ناراحتی‌های خود بینش کافی ندارند و این امر سبب می‌شود ناراحتی‌های خود را به اشتباه به ظاهر خود نسبت دهند و با جراحی برای از میان برداشتن این اشکال بکوشند (روحانی، ۱۳۷۹).

برخی پژوهشگران نیز براین باورند که این بیماران بیشتر احترام به خودشان را از ظاهر خود به‌دست می‌آورند و هنگامی که این احترام به خود پایین آمد، درصد جراحی بر می‌آیند (سیمز<sup>۸</sup>، ۱۹۹۵). شیلدر<sup>۹</sup>، در زمینه‌ی شکل‌گیری طرحواره‌ی بدن، بر این باور بود که تصویری که افراد از بدن خود در ذهن تشکیل می‌دهند تصویری است که در آن، بدن برای خود آنان نمایان می‌شود. فروید نیز در زمینه‌ی رشد شخصیت به تصویر بدن می‌پردازد و پژوهش‌های اخیر نیز ارتباط بین تصویر خود و احترام به خود را مجدداً نشان داده‌اند (همان‌جا).

یافته‌ی پژوهش حاضر مبنی بر گرایش بیشتر زنان به انجام جراحی زیبایی با یافته‌های سایر پژوهشگران هم‌سویی دارد. برای نمونه در یک بررسی روی ۱۲۱ آزمودنی ۱۰۳ نفر زن و ۱۸ نفر مرد بودند (شپیلی و

1-Loufer  
4- Andreasen  
5-Veal  
7- Gournay  
9- Shilder  
2- Napoleone  
4- Bardach  
6- Boocock  
8- Sims

همکاران، ۱۹۹۷). این موضوع شاید نشان‌دهنده‌ی این باشد که ایجاد تغییرات عمیق در ظاهر در زنان پذیرفتنی‌تر از مردان است. در واقع همان مقدار توجهی که یک زن به ظاهر خود می‌کند و خوش‌لباس تلقی می‌شود، در یک مرد، خودشیفتگی قلمداد می‌گردد. به بیان دیگر جراحی زیبایی در مردان نوعی "تحقق نیافتن جنسیت" است و اختلال تلقی می‌شود. بسیاری از کودکان پیش از دبستان و تقریباً نیمی از دانش‌آموزان راهنمایی از بدن خود راضی‌اند (سادوک<sup>۱</sup> و سادوک، ۲۰۰۰). در یک بررسی الگوی شخصیتی، بیشتر مردان طالب جراحی، "وابسته" گزارش شده‌اند که از نظر فرهنگی یک ویژگی زنانه به‌شمار می‌رود و با الگوهای نقش جنسی جامعه ما سازگار نیست (قلعه‌بندی و افخم ابراهیمی، ۱۳۸۱). بنابراین افزون بر انگیزه نارضایتی از تصویر بدن، مسایل اجتماعی و فرهنگی نیز در این امر مؤثرند. ضمناً در بررسی‌های انجام شده، مردان جزو بیماران بالقوه مشکل‌بوده که در بررسی‌های پس از انجام جراحی نیز میزان بهبود کمتری در مقیاس‌های BSI<sup>۲</sup>، نشان داده‌اند (روزن<sup>۳</sup>، ریتزر<sup>۴</sup> و اوروسان<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵).

در یک بررسی، زنان رضایت پس از عمل بیشتر و نیز بهبود بیشتری در مقیاس‌های وسواس، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب و اضطراب‌های هراسی BSI<sup>۲</sup> داشتند و ۲۸٪ بهبود اعتماد به‌نفس، ۸٪ مدارای بهتر با زندگی و ۸٪ افزایش جرات‌مندی نشان دادند (کاش<sup>۶</sup> و لابارج<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶).

در این بررسی ۷۴٪ مجرد و ۲۶٪ متأهل بودند که هم‌سو با یافته‌های پژوهشی است که این افراد را ۳۰٪ متأهل و ۶۰٪ مجرد ارزیابی کرده بود (موراساکی<sup>۸</sup>، ۱۹۹۸). البته بررسی‌های دیگر خلاف این مسأله را نشان داده‌اند. در پژوهشی روی بزرگ‌کردن سینه، ۶۵٪ متأهل و ۳۵٪ مجرد بوده (شیپلی و همکاران، ۱۹۹۷) و در پژوهش دیگری در مورد کشیدن پوست صورت ۴۰٪ مجرد، ۲۷٪ متأهل، ۲۴٪ مطلقه و ۹٪ بیوه بودند (گرین، ۱۹۹۱). با توجه به سن بالای این مراجعان

(تغییر اندازه‌ی پستان، کشیدن پوست صورت) و سن پایین مراجعان در بررسی حاضر که دامنه‌ی ۲۵-۱۶ سال، ۶۷٪ موارد را تشکیل می‌داده، این مسأله قابل توجیه است. سن پایین مراجعان نیز در برخی پژوهش‌ها گزارش شده است. برای نمونه، در یک بررسی روی جراحی بینی، دامنه‌ی سنی ۲۸-۱۵ سال (گرین، ۱۹۹۱) و در پژوهش دیگری روی رینوپلاستی میانگین سنی آقایان ۲۰/۷ سال و خانم‌ها ۱۸/۸ سال بود (جروم<sup>۹</sup>، ۱۹۹۲). در پژوهش حاضر نیز میانگین سنی مردان بالاتر از زنان است (۲۶/۵ در برابر ۲۳/۳ سال). علت این تشابه با بررسی‌های رینوپلاستی این است که در کلینیک یادشده دو جراح گوش و حلق و بینی و یک جراح فوق تخصص زیبایی مشغول به‌کارند و بیشتر مراجعان را داوطلبان جراحی بینی تشکیل می‌دهند (۹۳٪ جراحی بینی، ۷٪ جراحی‌های زیبایی دیگر). وضعیت تحصیلی (۴۱٪ دیپلم و ۵۵٪ بالاتر از دیپلم) و نیز شغلی آزمودنی‌های پژوهش، می‌تواند نشان‌دهنده‌ی سطح بالاتر وضعیت اجتماعی اقتصادی این مراجعان باشد.

به‌طور کلی بررسی‌های اجتماعی فرهنگی، تأثیر انتظارات اجتماعی را در سبب شناسی نارضایتی از تصویر بدنی مورد تأیید قرار می‌دهند. از سوی دیگر در سال‌های اخیر در مورد جراحی زیبایی تبلیغات گسترده‌ای راه‌اندازی شده و رسانه‌های گروهی و الکترونیکی پیوسته آخرین اخبار جراحی را گزارش می‌دهند.

برخی محدودیت‌های پژوهش حاضر از جمله نبود گروه گواه، بررسی‌نشدن میزان ضرورت انجام جراحی توسط جراح که می‌تواند آسیب‌شناسی روانی را در داوطلبان نشان دهد و به‌کارنبردن مقیاس‌های اختصاصی‌تر ارزیابی شخصیتی بوده است.

1- Sadock  
2-Brief Symptom Inventory  
3- Rosen  
4- Reiter  
5- Orosan  
6- Cash  
7- Labarge  
8- Murasaki  
9- Jerome

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.

Castle, D.J., & Honigman, R.J. (2002). Does cosmetic surgery improve psychological wellbeing? *Medical Journal of Australia*, 176, 601-604.

Edgerton, M.T., Langman, M.W., & Pruzinsky, T. (1990). Patient 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 patients' psychological reactions to rhinoplasty. *Annals of Plastic Surgery*, 27, 210-215.

Green, R.L. (1991). *MMPI-2/MMPI An interpretive manual*. Massachusetts: Allyn and Bacon, (p.215).

Hollyman, M.L. (1986). Surgery for psyche: A longitudinal study of women undergoing reduction mammoplasty. *British Journal of Plastic Surgery*, 39, 222-224.

Jerome, L. (1992). Body dysmorphic disorder: a controlled study of patients requesting cosmetic rhinoplasty. *American Journal of Psychiatry*, 149, 577.

Marcus, P. (1984). Preliminary psychological observation on narcissism the cosmetic rhinoplasty patients and plastic surgeon. *Australia and New Zealand Journal of Surgeon*, 54, 543-547.

Morey, L.C., Blashfield, R.K., & Webb, W.W. (1988). MMPI Scales for DSM-III-R Personality disorder: A preliminary study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44, 47-50.

Murasaki, M. (1998). Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clinic Neuroscience*, 3, 283-287.

از آنجا که روانشناسی جراحی زیبایی هنوز به خوبی شناخته نشده، لازم است پژوهش‌های آینده رابطه‌ی الگوهای شخصیتی را با درخواست جراحی به کمک مقیاس‌های هنجاریابی شده‌ی شخصیتی که درجه‌ی نارضایتی از تصویر بدنی را نیز نشان می‌دهند پیش از انجام جراحی و پس از آن مورد بررسی قرار دهند. پیشنهاد می‌شود نقش ویژگی‌های شخصیتی، در درجه‌ی رضایت افراد پس از عمل نیز، سنجیده شود.

با سپاس از آقایان دکتر ابوالحسن امامی و دکتر ابراهیم رزم‌پا، جراحان پلاستیک و گوش و حلق و بینی، که در انجام این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند و با تشکر از همکاری‌های صمیمانه کارکنان کلینیک آذر.

قلعه‌بندی، میرفرهاد؛ افخم ابراهیمی، عزیزه (۱۳۸۱). الگوهای شخصیتی متقاضیان جراحی زیبایی بینی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال نهم، شماره ۴، زیر چاپ.

روحانی، محمد (۱۳۷۹). *مقایسه ویژگی‌های شخصیتی مراجعین کاندیدان جهت عمل رینوپلاستی به درمانگاه ENT بیمارستان امیراعلم با گروه شاهد بر اساس پرسش‌نامه شخصیتی MMPI*. پایان‌نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران.

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

Baker, J.L., & Kolin, I.S. (1974). Psychosexual dynamic of patient undergoing mammary augmentation. *Plastic Reconstructive Surgery*, 53, 651-659.

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

- Phillips, K.A. (1991). Body dysmorphic disorder. The distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1138-1149.
- Rosen, J., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Cognitive behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 63, 263-269.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2000). *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, (p.p. 648-649).
- Sarwer, D.B., Wadden, T.A., & Pertsch, M.J. (1998). The psychology of cosmetic surgery. *Clinical Psychology Review*, 18, 1-22.
- ShIPLEY, R.H., ORDONNELL, J.M., & BADER, K. F. (1997). Personality characteristics of women seeking breast augmentation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 60, 376.
- Sims, A. (1995). *Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology*. W.B. Saunders Company, LTD, London, (p.p. 182-212).
- 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.
- Webb, P.A. (1965). Cost, care and computer. *American Journal of Hospital Pharmacology*, 22, 516-518.
- Wright, M.R., & Wright, W.K. (1975). A psychological study of patients undergoing cosmetic surgery. *Archives of Otolaryngology*, 101, 145-151.