

مقایسه اختلالات شخصیت خوشه C و B در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی

گزیده صبا^۱، دکتر زینب خانجانی^{۲*}

تاریخ دریافت: 1391/05/06 تاریخ پذیرش: 1391/07/12

چکیده

پیش زمینه و هدف: بالاترین منفعت یک عمل زیبای مسئله روان‌شناختی آن برای بیمار است. این پژوهش با هدف مقایسه اختلالات شخصیت خوشه C و B در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی انجام شده است.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک بررسی علی مقایسه‌ای است. متقاضیان جراحی زیبایی ۶۲ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس و غیر متقاضیان با همتا سازی سن، جنسیت، شغل و سطح تحصیلات از میان بستگان داوطلبین جراحی زیبایی انتخاب شدند، بنابراین آزمودنی‌های پژوهش حاضر ۲۴ نفر بودند. همچنین متقاضیان جراحی زیبایی مراجعاتی بودند که در طی سه ماه به مراکز تخصصی جراحی زیبایی شهر ارومیه مراجعه کرده بودند. اطلاعات از طریق پرسشنامه MCMI-III جمع‌آوری گردید و یافته‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون MANOVA مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که از بین اختلالات شخصیت خوشه C و B بین دو گروه فوق‌الذکر فقط در دو اختلال شخصیت مرزی و اجتنابی تفاوت معنی‌داری بدست نیامد، اما در سایر اختلالات شخصیت این دو خوشه تفاوت معنی‌دار بود.

بحث و نتیجه‌گیری: باید به این نکته توجه داشت که همه افراد برای انجام دادن جراحی زیبایی کاندید مناسبی نیستند به ویژه آن‌هایی که از سلامت روانی و شخصیتی لازم برخوردار نیستند. لذا ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی این افراد قبل از انجام عمل و مداخلات پزشکی توسط روان‌پزشک و روانشناس حائز اهمیت می‌باشد.

کلیدواژگان: اختلالات شخصیت خوشه B، اختلالات شخصیت خوشه C، جراحی زیبایی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و سوم، شماره پنجم، ص ۴۹۸-۴۹۲، آذر و دی ۱۳۹۱

آدرس مکاتبه: تبریز، خیابان ۲۹ بهمن، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۴۳۰۱۶۰۱۱

Email: zeynabkhanjani@yahoo.com

مقدمه

دانشمندان علوم اجتماعی دریافته‌اند که مردم زیبایی ظاهری را با ویژگی‌های شخصیتی و پذیرش اجتماعی ربط می‌دهند (۴). تلفیق زیبایی با دستاوردهای صنعتی و پزشکی باعث شده است زیبایی دیگر تنها یک مشخصه طبیعی و زیستی نباشد و ویژگی اکتسابی پیدا کند (۵). امروزه جراحی زیبایی به عنوان یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی در سطح جهان مطرح است که میزان بهره‌گیری از آن رو به فزونی است (۶). در سال ۲۰۰۳ در آمریکا ۸/۳ میلیون نفر تحت عمل جراحی زیبایی قرار گرفتند که در مقایسه با سال ۱۹۹۷ رشدی به اندازه بیش از دو برابر داشته است (۷). همانند دیگر تخصص‌ها در پزشکی، مداخله‌های جراحی زیبایی نیز باید قبل از آن که بر روی بیماران اعمال شوند، تحت کار آزمایشی‌های بالینی دقیقی قرار بگیرند، مرز بین نوآوری در جراحی و آزمایش بر روی

زیبایی گرایش کاملاً طبیعی و مشترک بین تمامی انسان‌هاست، اما امروزه گرایش به زیبایی به مرحله ظاهر پرستی و خودنمایی رسیده است به طوری که بسیاری از افراد جامعه با صرف هزینه‌های گزاف و قبول عواقب جسمی و روانی و حتی جانی در صدد کسب سهم بیشتر از زیبایی هستند (۱). در قرن بیستم مخصوصاً در چند دهه اخیر برداشت‌های تازه‌ای از زیبایی شده است و زیبایی به عنوان مجموعه‌ای از مؤلفه‌هایی چون تناسب اندام، آرایش، پوشش و جذابیت و بی نقص بودن تعریف می‌شود (۲). ظاهر بخش مهمی از هویت فرد است و در موقعیت‌های اجتماعی بلافاصله در برخورد بادیگران نمایان می‌شود، بنابراین اهمیت این سازه شخصیتی بسیار بارز است (۳).

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز

^۲ دانشیار و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

فرهنگی به میزان قابل ملاحظه‌ای مغایرت دارد و این الگو در حیطه شناخت، عواطف، عملکرد بین فردی و کنترل تکانه ظاهر می‌شود. اختلالات شخصیت در دوران نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود و از لحاظ بالینی به پریشانی یا اختلال قابل ملاحظه در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم منجر می‌شود و مستعد کننده و زمینه ساز اصلی بسیاری از مشکلات پزشکی و روان‌پزشکی هستند. خوشه B اختلالات شخصیت شامل اختلالات شخصیت خودشیفته، مرزی، نمایشی و ضد اجتماعی است که با ویژگی احساساتی و نمایشی بودن توصیف می‌شوند و خوشه C شامل اختلالات شخصیت وابسته، اجتنابی و وسواسی-جبری است که با ویژگی مضطرب و بیمناک بودن توصیف می‌شود (۱۹). با توجه به قدمت دیرینه جراحی پلاستیک در ایران گرایش فزاینده به انجام این عمل پدیده‌ای رو به افزایش است که زیر بنای خود را نه تنها در ضایعات جسمانی بلکه در مشکلات شخصیتی می‌بیند و به واسطه وجود نگرش‌های متعدد اجتماعی-فرهنگی در کشور ما انگیزه‌های انجام این کنش از خاستگاه‌های مختلفی نشئت می‌گیرد. از سوی دیگر پژوهش‌هایی که به بررسی وضعیت روان‌شناختی پیش از جراحی زیبایی پرداخته‌اند آسیب شناسی روانی چشمگیری را در بیماران جراحی زیبایی گزارش نموده‌اند، بنابراین ضرورت انجام مطالعات بیشتر و منسجم تر در این زمینه به خوبی قابل توجیه است. بنابراین این پژوهش با هدف اصلی اختلالات شخصیت خوشه B و C در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیر متقاضی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع مقایسه‌ای تحلیلی است و به لحاظ مدت اجرای آن یک بررسی مقطعی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه متقاضیان و غیر متقاضیان اعمال جراحی زیبایی در شهر ارومیه در سال ۱۳۹۰ است. نمونه آماری این پژوهش ۱۲۴ نفر که شامل ۶۲ متقاضی و ۶۲ غیرمتقاضی هستند، از لحاظ سن، جنسیت، سطح تحصیلات و شغل هم‌تا سازی شده بودند و به صورت نمونه گیری غیر تصادفی و از نوع در دسترس از بین افرادی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب شدند. اعلام رضایت و همکاری، حتمی بودن زمان انجام عمل زیبایی توسط پزشک متخصص طی ۱۵ روز آینده با گذراندن مراحل پزشکی، نداشتن دلیل طبی و ضروری برای انجام عمل زیبایی، انجام عمل زیبایی در اتاق عمل نه به صورت سرپایی و تزریق مواد در مطب معیار ورود و پذیرش افراد متقاضی جراحی زیبایی به پژوهش بود و انتخاب افراد غیرمتقاضی نیز با هم‌تا سازی سن،

انسان مرز مبهمی است و همیشه باید تأکید بر حفاظت از سلامت و تندرستی بیماران باشد (۸). وضعیت روانی سالم نیز در میزان رضایت بعد از عمل جراحی زیبایی محوری تعیین کننده است که مهم‌تر از تکنیک جراحی می‌باشد (۹). انجام دادن جراحی زیبایی برای افرادی که دچار عدم سلامت روانی هستند می‌تواند باعث به وجود آمدن مشکلاتی هم برای بیمار و هم جراح شود (۱۰). القادر^۱ در پژوهشی که به بررسی رابطه خود ارزشیابی با سلامت عمومی و خشم پرداخت نشان داد که بین خود ارزشیابی منفی، آشفتگی و سلامت عمومی رابطه وجود دارد (۱۱). در پژوهش برگرون و دریک^۲ افرادی که از تصویر بدنی خود ناراضی بودند تحت فشارهای روانی قرار گرفته و کاهش سلامت عمومی را نشان دادند (۱۲). فردریک و همکاران^۳ به این نتیجه رسیدند، افرادی که به جراحی زیبایی علاقمند بودند تصویر بدنی ضعیف تری نسبت به کسانی داشتند که علاقه‌ای به جراحی زیبایی نداشتند. (۱۳). اسکلافانی^۴ در پژوهشی بیان کرد کسانی که دچار افسردگی و اضطراب هستند و یا از اختلالات روانی مزمن رنج می‌برند، همچنین آن‌هایی که اختلالات شخصیت اسکیزوئید، پارانوئید و نمایشی دارند کاندید مناسبی برای جراحی زیبایی نمی‌باشند (۱۴). ارزشیابی‌های روان‌پزشکی بر روی کسانی که خواهان زیبایی بودند نخستین بار در ده‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ گزارش شدند. این گزارش‌ها بیشتر بازتاب دهنده گرایش‌های روانکاو در روان‌پزشکی آمریکا بودند و این افراد را روان نژند و یا خودشیفته می‌پنداشتند (۱۵). براساس پژوهش مالیک^۵ و همکاران روی داوطلبین جراحی زیبایی مشاهده شد که ۴۷٪ درصد از آنان دچار نوعی اختلال روان‌پزشکی همچون اختلال بدشکلی بدن، اختلال شخصیت خودشیفته و نمایشی‌اند که وجود این اختلالات در عدم رضایت پس از عمل تأثیرگذار بود (۱۶) لذا ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی این افراد قبل از انجام عمل و مداخلات روانشناسی و روان‌پزشکی لازم است. ایشی گوکا^۶ و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهشی بیان کردند که بین تقاضای جراحی زیبایی و علائم اختلال در سلامت جسمی و روانی ارتباط وجود دارد (۱۷) و در مطالعه‌ای در ۷۰ درصد از این افراد یک اختلال روان‌پزشکی تشخیص داده شد که متداول‌ترین آن‌ها افسردگی و روان نژندی و شخصیت پرخاشگر-منفعل بود (۱۸). اختلال شخصیت^۷ یک الگوی فراگیر و پایدار از رفتار و تجربه درونی است که با انتظارات

¹ Alkhader

² Bergeron & Derek

³ Fredrick, Lever, Peplau & Letita

⁴ Sclafani

⁵ Malick

⁶ Ishigooka

⁷ Personality disorder

استفاده از آزمون‌های توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در نرم افزار SPSS و پیرایش ۱۶ انجام گرفت، همچنین $P < 0/05$ به عنوان سطح معناداری اختلاف‌ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی آزمودنی‌ها را در متغیرهای اختلالات شخصیت خوشه B, C نشان می‌دهد.

بر اساس نتایج جدول ۱ در بین متقاضیان جراحی زیبایی بیشترین میانگین مربوط به اختلال شخصیت خودشیفته ($M=69/58$) و کمترین میانگین مربوط به اختلال شخصیت اجتنابی ($M=49/48$) می‌باشد. در حالی که در غیر متقاضیان بیشترین میانگین مربوط به اختلال شخصیت مرزی ($M=43/87$) و کمترین میانگین مربوط به اختلال شخصیت نمایشی ($M=28/69$) است.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود از بین اختلالات شخصیت خوشه B دو گروه متقاضی و غیر متقاضی در اختلال شخصیت نمایشی با ($F=93/55$ و $P=0/00$)، اختلال شخصیت خودشیفته با ($F=77/57$ و $P=0/00$) و اختلال شخصیت ضد اجتماعی با ($F=40/38$ و $P=0/00$) تفاوت معنی دار آماری با یکدیگر دارند اما در اختلال شخصیت مرزی با ($P=0/20$) و تفاوت معنی دار آماری با هم ندارند. ($F=1/59$)

در جدول ۳، با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) به مقایسه مؤلفه‌های اختلالات شخصیت خوشه C در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیر متقاضی پرداخته شده است.

جنسیت و سطح تحصیلات از میان بستگان داوطلبین انجام گرفت. پرسشنامه‌ها با همکاری و رضایت کامل آزمودنی‌ها پاسخ داده شد. ابزار به کار رفته در این پژوهش پرسشنامه چند محوری میلون-۳ (MCMI-III) بود. این آزمون بالینی یک مقیاس خود سنجی با ۱۷۵ گویه بلی و خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود. ام. سی. ام. ای-۳، در اگوست ۱۹۹۴ در گردهمایی انجمن روانشناسی آمریکا معرفی شد (۲۰). میلون-۳ یکی از مهم‌ترین ابزارهای سنجش عینی نشانگان بالینی مطرح شده در محور یک و اختلالات شخصیت محور دو^۲ DSM-IV-IR است. این پرسشنامه در ایران دو بار هنجاریابی شده است، خواجه موگهی در تهران نسخه دوم این آزمون و شریفی نسخه سوم آن را در اصفهان هنجاریابی کرده‌اند (۲۱، ۲۲). روایی مقیاس هاس این آزمون از طریق روایی تشخیصی و با استفاده از خصیصه‌های عامل مشخص شد. روایی تشخیصی تمام مقیاس‌های میلون-۳ با استناد به ضرایب توان پیش بینی مثبت و منفی و کل محاسبه شده است. پایایی این پرسشنامه از طریق آزمون مجدد برای مقیاس‌های اختلال شخصیت با همبستگی بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ با متوسط ۰/۷۸ و برای مقیاس‌های نشانگان بالینی با همبستگی بین ۰/۴۴ تا ۰/۹۵ با متوسط ۰/۸۰ بدست آمد (۲۳). MCMI-III یک آزمون معتبر است و می‌توان از آن برای تشخیص و تصمیم‌گیری‌های بالینی استفاده کرد. این پرسشنامه در هنگام مراجعه متقاضیان به درمانگاه‌ها و مراکز تخصصی اعمال زیبایی بعد از اطمینان یافتن از انجام جراحی زیبایی به آنان تحویل و توسط خود آنان تکمیل شد. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف معیار اختلالات شخصیت خوشه C و B در متقاضیان جراحی زیبایی و افراد غیرمتقاضی

متغیر	افراد متقاضی		افراد غیرمتقاضی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودشیفته	۶۹/۵۸	۲۶/۹۶	۳۳/۲۵	۱۸/۰۸
نمایشی	۶۹/۱۹	۲۹/۲۴	۲۸/۶۹	۱۵/۲۱
مرزی	۴۹/۵۹	۲۴/۴۷	۴۳/۸۷	۲۵/۹۲
ضداجتماعی	۶۴/۴۶	۲۸/۱۴	۳۵/۷۴	۲۱/۷۸
وابسته	۶۵/۶۶	۲۷/۶۹	۳۶/۷۹	۲۳/۰۸
اجتنابی	۴۹/۴۸	۲۳/۱۴	۴۲/۶۲	۲۵/۰۶
وسواسی-جبری	۶۸/۳۷	۲۴/۴۴	۳۵/۹۶	۲۱/۶۵

¹ Millon Clinical Multiaxial Inventory III

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

جدول شماره (۲): نتایج تحلیل واریانس چند متغیری گروه‌های متقاضی و غیرمتقاضی جراحی زیبایی از نظر مؤلفه

اختلالات شخصیت خوشه B						
متغیر	مجموع مجزورات	d. f	میانگین مجزورات	F	P	مجزوراتا
نمایشی	۵۰۸۴۷/۷۵۰	۱	۵۰۸۴۷/۷۵۰	۹۳/۵۵	۰/۰۰	۰/۴۳۴
خودشیفته	۴۰۸۹۹/۲۲۶	۱	۴۰۸۹۹/۲۲۶	۷۷/۵۷	۰/۰۰	۰/۳۸۹
مرزی	۱۰۱۶/۳۳	۱	۱۰۱۶/۳۳	۱/۵۹	۰/۲۰	۰/۰۱۳
ضداجتماعی	۲۵۵۸۰/۳۳۱	۱	۲۵۵۸۰/۳۳۱	۴۰/۳۸	۰/۰۰	۰/۲۴

جدول شماره (۳): نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری گروه‌های متقاضی و غیرمتقاضی جراحی زیبایی

از نظر مؤلفه اختلالات شخصیت خوشه C

اختلالات شخصیت خوشه C						
متغیر	مجموع مجزورات	d. f	میانگین مجزورات	F	P	مجزوراتا
وابسته	۳۲۵۴۹/۰۴۰	۱	۳۲۵۴۹/۰۴۰	۶۱/۰۲	۰/۰۰	۰/۳۳
اجتنابی	۱۴۵۶/۶۵۳	۱	۱۴۵۶/۶۵۳	۲/۵۰	۰/۱۱	۰/۰۲
وسواسی-جبری	۲۵۸۳۹/۵۱۶	۱	۲۵۸۳۹/۵۱۶	۳۹/۷۵	۰/۰۰	۰/۲۴۶

دارند و طبیعتاً به سمت این جراحی‌ها گرایش بیشتری خواهند داشت. نتایج پژوهش مؤید آن بود که افراد متقاضی جراحی زیبایی بیشتر از افراد غیرمتقاضی دچار اختلال شخصیت نمایشی هستند که این با نتایج (۲۶) همسو است. در شرایط امروزی جراحی‌های زیبایی به نوعی نیاز القایی از سوی فرهنگ غرب بدل شده است و در واقع گاه افراد تصور می‌کنند برای جلوه دادن رتبه و طبقه اجتماعی و اقتصادی خود می‌بایست الزاماً دست به اعمال جراحی بزنند. شاید افرادی که اختلال شخصیت نمایشی دارند بیش از سایرین نیاز به این جلب توجه و تحسین دارند چراکه توجه طلبی و عشوهِ گری از ویژگی‌های بارز این نوع اختلال شخصیتی می‌باشد. این بررسی نشان داد که اختلال شخصیت وسواسی در متقاضیان جراحی زیبایی بیشتر از افراد غیر متقاضی است. در مطالعه‌ای مشابه زجاجی^۳ و همکاران روی ۶۶ داوطلب جراحی رینوپلاستی با آزمون MMPI انجام دادند اختلال شخصیت وسواسی فراوان‌ترین نوع اختلال شخصیتی در بین آن‌ها بود (۲۷) و همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج حاصل از مطالعات (۱۴، ۱۷، ۲۸، ۲۹) همسو است. کمال‌گرایی می‌تواند تبیین احتمالی برای بالاتر بودن متقاضیان جراحی زیبایی نسبت به غیر متقاضیان در اختلال شخصیت وسواسی باشد. کمال‌گرایی این افراد متمرکز بر خود و با هدف افزایش زیبایی است این افراد برای بدست آوردن چهره ایده آل خود گرایش شدیدی به انجام انواع جراحی زیبایی دارند. براساس نتایج این پژوهش اختلال شخصیت وابسته در متقاضیان جراحی زیبایی بیش از افراد غیر متقاضی مشاهده شد. افرادی که

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود از بین اختلالات شخصیت خوشه C دو گروه متقاضی و غیر متقاضی در اختلال شخصیت وابسته با ($F=۶۱/۰۲$ و $P=۰/۰۰$)، اختلال شخصیت وسواسی-جبری با ($F=۳۹/۷۵$ و $P=۰/۰۰$) تفاوت معنی‌دار آماری با یکدیگر دارند اما در اختلال شخصیت اجتنابی با ($F=۲/۵۰$ و $P=۰/۰۰$) تفاوت معنی‌دار آماری با هم ندارند.

بحث و نتیجه گیری

براساس نتایج این پژوهش شایع‌ترین اختلال شخصیتی در داوطلبان جراحی زیبایی اختلال شخصیت خودشیفته است و این اختلال در متقاضیان جراحی زیبایی بیشتر از افراد غیرمتقاضی مشاهده شد. این یافته با نتایج مطالعات (۱۶، ۱۵) همخوانی دارد. مشغولیت اغراق آمیز با تصویر خود به ویژه با ظاهر شخصی که به حد یک اختلال روان‌پزشکی می‌رسد خودشیفتگی نامیده می‌شود. این اختلال نشان دهنده تأثیر عوامل روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیتی در داوطلب شدن برای جراحی زیبایی است. ناپلئون^۱ و لوئیس^۲ (۱۹۸۹) بر این باورند که این بیماران بیشتر عزت نفسشان را از ظاهر خود بدست می‌آورند (۲۴) و هنگامی که عزت نفس آن‌ها پایین بیاید درصد جراحی بر می‌آیند (۲۵، ۱۶). از سوی دیگر جراحی‌های زیبایی امروزه عمل لوکس و تجملی برای اکثر جوامع به ویژه جوامع رو به توسعه محسوب می‌شود و افراد دارای اختلال شخصیت خودشیفته تمایل زیادی برای متمایز بودن و مهم‌تر بودن

^۱ Napelon^۲ Lewis^۳ Zojaji

در خود انگاره‌شان می‌تواند به عنوان موانع اصلی برای تمرکز بر روی ظاهر باشد و در نتیجه گرایش به سمت جراحی زیبایی را کاهش دهد.

از آنجا که جراحی زیبایی برای تغییر ظاهر و افزایش خشنودی و بهبود اعتماد به نفس افراد انجام می‌شود جراحی زیبایی را می‌توان پیامد یک الگوی روان‌شناختی معین دانست. به نظر می‌رسد که هر مراجعه کننده برای انجام عمل زیبایی نمی‌تواند مورد مناسبی باشد و چه بسا ممکن است نیاز ضروری به انجام جراحی زیبایی نداشته باشد در واقع رشد عاطفی نابسند، دشواری در ساماندهی رفتار، افکار واحساسات، داشتن هیجانات نادرست و تعارضات روانی، تصورمخدوش داشتن از خود، روابط بین فردی مختل، بی ثباتی و نقص در تواناییهای اجتماعی، تزلزل شخصیت و ناتوانی و بی کفایتی از ویژگی‌های افراد مبتلا به این اختلالات است که مستعدکننده آسیب پذیری بیشتر آن‌ها از عوامل فرهنگی و اجتماعی جامعه خواهد بود.

محدودیت‌ها پیشنهادها

همچنین نتایج این پژوهش محدود به متقاضیان جراح زیبایی می‌باشد لذا بهتر است که برای تعمیم دادن نتایج به کل جامعه و آن‌هایی که اقدام به جراحی زیبایی کرده‌اند با احتیاط عمل کرد. پیشنهاد می‌شود که پزشکان و متخصصین جراحی زیبایی در پذیرش بیماران به ویژه آن‌هایی که دارای وضعیت شخصیتی خلقی ناپایدار و بی ثباتی هستند و انتظارات و پافشاری عجیب و غیرمعقولی برای انجام جراحی زیبایی دارند با احتیاط عمل کرده و در صورت لزوم به ترغیب کردن و ارجاع دادن این گونه بیماران به روان‌پزشک یا روانشناس بپردازند.

دچار این نوع اختلال شخصیتی هستند نیاز فراگیر و مفرط به حمایت شدن و سلطه پذیری دارند. مبتلایان به این اختلال شخصیتی به علت اشتغال ذهنی غیرواقع‌گرایانه به ترس از رهاشدگی از سوی دیگران سعی می‌کنند که ظاهر و رفتار خود را مطابق با خواسته‌های دیگران کنند (۳۰) بنابراین برای انجام جراحی زیبایی مستعدتر از سایر افراد هستند. یافته دیگر پژوهش نشان داد که افراد متقاضی جراحی زیبایی بیشتر از افراد غیر متقاضی دارای اختلال شخصیت ضد اجتماعی هستند. اما بر اساس نتایج مطالعات (۲۷) این اختلال کمتر از سایر اختلالات شخصیتی دیگر در متقاضیان رینوپلاستی مشاهده شد. در تبیین احتمالی این یافته می‌توان گفت که اشخاص مبتلا به اختلال شخصیتی ضد اجتماعی در سازش با هنجارهای اجتماعی ناتوان بوده و احساس عدم پشیمانی و بی تفاوتی نسبت به اغلب کارها و رفتارهایشان را دارند و از سوی دیگر وجود این احساس بی تفاوتی باعث می‌شود آن‌ها بدون در نظر گرفتن جوانب و پیامدها و عوارض احتمالی جراحی زیبایی به صورت تکانشی اقدام به انجام این عمل نمایند. در بین اختلالات شخصیت خوشه C و B، بین دو گروه متقاضی و غیر متقاضی جراحی زیبایی از لحاظ اختلال شخصیت اجتنابی و مرزی تفاوتی بدست نیامد. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که افراد دارای اختلال شخصیت اجتنابی از درگیری در فعالیت‌های جدید بدلیل عدم تأیید و یا طرد اجتناب می‌کنند احتمال دارد به همین دلیل تمایل به جراحی زیبایی نداشته باشند زیرا می‌ترسند که وضعیت چهره و ظاهرشان بدتر از این شود و از سوی دیگر با دوری گزیدن از دیگران لزومی به انجام دادن جراحی برای جلب توجه دیگران ندارند، همچنین در مورد افراد مرزی می‌توان گفت که این افراد دچار درگیری‌های ذهنی زیاد با خود هستند و تغییر زیاد هیجانات و عواطف و بی ثباتی بارز و مستمر

References

1. Jourabchi K. Rhinoplasty yes or no?. 1st Ed. Tehran: Poursina Press ; 1999. P. 11-84. (Persian)
2. Synnot A. Truth and goodness, mirrors and masks- part I: Sociology of beauty and face. British J Sociol 1990; 40: 250-82.
3. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorder: Population based cohort study over 3 years. Brit Med J 1999 ; 318: 767-8.
4. Castle DJ, Honigman RJ. Dose cosmetic surgery improve psychological Wellbeing? Med J Australia 2002 ; 176: 601-4.
5. Webster M, Driskell JE. Beauty as status. Am J Soc 1983; 89: 162-82.
6. Hwang PH. Surgical Rhinoplasty: recent advances and future direction. Otolaryngolgy Clin North Am 2004; 37(2): 489-99.
7. Sarwer DB. Female college student and cosmetic surgery: an investigation of experiences aptitudes and body image. Plast Reconstr Surg 2005; 115(10): 931-5.

8. Desous A. Concerns about cosmetic surgery. *Indian Med Ethics* 2007; 4(4): 171-3.
9. Darisi T, Thorne S, Iacobelli C. Influences on Decision-making for undergoing plastic surgery: A mental models and quantitative assessment. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116: 907-16.
10. Honigman RJ. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2003; 113: 1192-2004.
11. Alkhader D. Relationship between angry and self reported and psychological health. *J Soc Sci* 2004; 32: 229-39.
12. The relationship between image dissatisfaction and psychological health: an exploration of body image in young adult men. USA: Southern Ohio State University; 2007.
13. Fredrick DA, Lever J, Peplau J, Letita A. Interest in cosmetic surgery and body image: view of men and woman across the lifespan. *J Plast Reconstr Surg* 2007; 120: 1047-415.
14. Sclafani AP. Psychological aspects of plastic surgery. *J Med* 2003; 24: 1101-14.
15. Hill G, Silver AG. Psychodynamic and esthetic motivation for plastic surgery. *Psychosom Med* 1950; 12: 345-52.
16. Malick F, Howard J, Koo J. Understanding the psychology of the cosmetic patients. *Dermatol Ther* 2008; 21: 47-53.
17. Ishigooka J, Lawao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *J Jpn Soc Psychiatry Neurol* 2002;25(3): 283-7.
18. Edgerton MT, Jacobson WE, Meyer E. Surgical psychiatric study of patients seeking. *Plast Surg* 1960; 13: 136-45.
19. Sadock B, Sadock V. *Synopsis of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. Washington, DC: The Institute; 1999.
21. Khajemoghi N. Preparation of preliminary clinical multiaxial inventory Persian form 2 million in Tehran. (Dissertation). Tehran Psychiatric Institute; 1993. (Persian)
22. Sharifi A. Standardization of Several pivotal clinical test 3 million in Isfahan (Dissertation). Isfahan: Isfahan University; 2002. (Persian)
23. Sharifi A. *MCMII-III*. Tehran: Ravansanji Press; 2006. P. 12-25. (Persian)
24. Napoleon A, Lewis C. Psychological consideration in lipoplasty: the problematic or Specialized patient. *Annals of plastic surgery* 1989; 23: 430-2.
25. Rosen JC, Reiter J, Orosion P. Cognitive behavioral body image therapy for body Dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 263-69.
26. Ishigooka J. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 52: 280-3.
27. Zojaji R, Javanbakht M, Ghanadan A, Hossien H, Sadeghi H. High prevalence of personality abnormalities in patients seeking rhinoplasty. *Otolaryngology-head Neck Surg* 2007; 137: 83-7.
28. Veal D, Book A, Gournay K. Body dysmorphic disorder A surgery of fifty cases. *Brit J Psychiatry* 1996 ; 169: 196-201.
29. Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: symptom or disease? *Am J Psychiatry* 1997; 134: 673-6.
30. Bcalc S, Lipser HO. A psychological study of patients seeking augmentation mamoplasty. *Brit J Psychiatry* 1980; 136: 133-8.