

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی نیمرخ آسیب‌شناسی روانی در متقاضیان جراحی پلاستیک

خلاصه

مقدمه: بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته توسط انجمن جراحان پلاستیک، میزان اختلالات و آسیب‌های روانی در میان متقاضیان جراحی زیبایی بیشتر از افراد عادی است. مطالعه‌ی حاضر به منظور مقایسه‌ی نیمرخ آسیب‌شناسی روانی بین جمعیت عادی و متقاضیان جراحی پلاستیک انجام گرفت.

روش کار: در این مطالعه‌ی توصیفی مقطعی با روش نمونه‌گیری قضاوتی در زمستان ۱۳۸۸ نمونه‌ای با حجم ۵۰ نفر از میان متقاضیان جراحی پلاستیک مراجعه‌کننده به چند کلینیک جراحی زیبایی شهر تهران انتخاب شدند که در دامنه‌ی سنی ۱۸ تا ۴۵ سال قرار داشتند و با ۵۰ نفر از همراهان این افراد به عنوان گروه شاهد که از لحاظ برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی با یکدیگر هم‌تا شده بودند، مقایسه شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ی ۱۷۵ سوالی چند محوری بالینی میلون (MCMI-III) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که جویندگان جراحی پلاستیک در مقیاس‌های افسرده، نمایشی، خودشیفته، وسواسی، خودآزار، مرزی و اسکیزوتایپال از میان شاخص‌های مربوط به الگوهای بالینی شخصیت نمرات بالاتری داشتند. هم‌چنین از میان شاخص‌های مربوط به نشانگان بالینی نیز در مقیاس‌های اضطراب، شبه جسمی، وابستگی به الکل، اختلال تفکر و افسردگی اساسی نمرات آنان بالاتر از جمعیت عادی بود (در سطح $P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: متقاضیان جراحی‌های زیبایی تفاوت‌هایی در مقیاس‌های شخصیت و نشانگان بالینی با گروه شاهد داشتند که شاید آن‌ها را به سمت جراحی زیبایی سوق داده است. ارزیابی‌های روان‌شناختی در تعیین نیمرخ بالینی متقاضیان، شناسایی اختلالات شخصیت و روان‌پزشکی و ارجاع آن‌ها قبل از اجرای اعمال جراحی به روان‌درمانی، مفید و کمک‌کننده است.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت، اختلال روان‌پزشکی، جراحی پلاستیک

*فائزه سهرابی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مهاباد

مجید محمود علیپور

دانشیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز

مراد رسولی آزاد

دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی، تهران

*مؤلف مسئول:

ایران، آذربایجان غربی، مهاباد، دانشگاه آزاد

اسلامی، مرکز مشاوره‌ی دانشگاه

sohrabi_faeze@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۹/۱۰/۲۲

تاریخ تایید: ۹۰/۴/۲۶

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشکده‌ی روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از ریاست و تمام کارکنان کلینیک‌های جراحی پلاستیک پارس، کلینیک تخصصی دی، کلینیک بیمارستان فاطمه‌ی زهرا- (س) شهر تهران و هم‌چنین شرکت کنندگانی که در این پژوهش ما را یاری دادند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

Original Article

Assessment of psychopathological profile in applicants for cosmetic surgery

Abstract

Introduction: According to previous studies, frequency of psychological symptoms or disorders among applicants for cosmetic surgery is more than normal population. The aim of the present study is to compare psychopathological profile of applicants for plastic surgery with normal population.

Materials and Methods: In this cross sectional, case-control study, samples were selected through convenient sampling; 50 subjects who were between 18 to 45 years old, were selected among applicants for cosmetic surgery and compared with 50 matched controls. The subjects were assessed with Millon Clinical Multi-axial Inventory-III that has 175 true-false questions. MANOVA was used to compare two groups.

Results: Results demonstrated that group of applicants for cosmetic surgery, got high scores in depressed, histrionic, narcissistic, compulsive, masochism, borderline and schizotypal scales of personality profile; They got also high scores in anxiety, somatoform, alcoholism, thought disorder and major depression scales (among clinical symptom and severe symptom indexes) ($P < 0.05$).

Conclusion: Applicants for plastic surgery have some differences in clinical personality profile and show some clinical psychiatric symptoms, comparing with control group. These symptoms and personality characters may affect them, seeking help by cosmetic surgery. Therefore pre-operative psychological assessment could help to assess clinical and personality profile and identify any personality or psychiatric disorder in these patients. It is helpful for these patients to be referred for psychological assessment before surgery.

Keywords: Personality disorders, Plastic surgery, Psychiatric disorders

*Faezeh Sohrabi

MS.c. in clinical psychology, Islamic Azad University, Branch of Mahabad

Majid Mahmood Aliloo

Associate professor of clinical psychology, Tabriz University

Morad Rasouli-Azad

Ph.D. student in clinical psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran

***Corresponding Author:**

Consultant center of university, Islamic Azad University of Mahabad, Mahabad, West Azarbaijan province, Iran
sohrabi_faeze@yahoo.com

Received: Jan. 12, 2010

Accepted: July. 17, 2011

Acknowledgement:

This study was reviewed and approved by the research committee of faculty of psychology of Mahabad Islamic Azad University. No grant has supported the present study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Sohrabi F, Aliloo MM, Rasouli-Azad M. Assessment of psychopathological profile in applicants for cosmetic surgery. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011; 13(3): 260-9.

مقدمه

امروزه جراحی زیبایی به یکی از دغدغه‌های انسان تبدیل شده است. میزان جراحی پلاستیک در سال ۲۰۰۵ در ایالات متحده‌ی آمریکا در حدود ۱۰/۲ میلیون بوده که در سال ۲۰۰۷ به ۱۱/۷ میلیون افزایش یافته است (۲،۱). افراد به طور فزاینده نیاز درونی را برای همانندسازی ظاهرشان با مدل‌های زیبایی خاص به عنوان یک عرف اجتماعی احساس می‌کنند. با این وجود، فهم حد و مرز بین آرزوی رایج برای بهبود ظاهر یک شخص و روان‌رنجوری، بسیار مهم است. نارضایتی افراطی از ظاهر ممکن است حالات روانی بیمارگونه را پنهان کند و غفلت از آن ممکن است عواقب پزشکی جدی را به همراه داشته باشد (۳). عوامل زیادی می‌توانند عزت نفس فرد را متأثر سازند از جمله عواملی مثل سن، موقعیت اجتماعی و اقتصادی، زمینه‌ی خانوادگی و تصویر بدنی^۱ و روان‌شناختی از آن جمله هستند. افرادی که متحمل جراحی‌های زیبایی می‌شوند اغلب اوقات به دلیل عزت نفس پایین و فقدان تصورات مثبت از خود، بدریختی بدنی یا کسب توجه عمومی، تن به این کار می‌دهند (۴) و داشتن عزت نفس پایین و احساس نداشتن جذابیت فیزیکی و جنسی در افراد، احتمال گرایش آن‌ها را به انجام جراحی‌های پلاستیک افزایش می‌دهد (۵،۶).

جراحی پلاستیک عموماً به دو طبقه‌ی عمده تقسیم می‌شود: بازسازی و زیبایی. جراحی‌های مرتبط با بازسازی برای ایجاد عملکرد بهنجار جسمانی و اجتماعی در افراد ضروری‌اند (۷). کودکانی که گوش خود را از دست داده، به احتمال زیادی در معرض مسائل روان‌شناختی قرار دارد که بر خودپنداره‌ی او تاثیر می‌گذارد. بسیاری از جراحی‌های پلاستیک به این افراد کمک می‌کند تا از شر نقایص جسمانی خود خلاص شوند و کیفیت زندگی اجتماعی‌شان را بهبود ببخشند اما جراحی‌های زیبایی اغلب به دلیل نارضایتی افراد از نقص‌های جزئی و تخیلی در ظاهرشان انجام می‌گیرد و معمولاً ریشه در مشکلات روان‌شناختی دارد (۸). پژوهش سوآمی^۲ و همکاران نشان داد که افرادی که نمرات پایین‌تری در مقیاس‌های انعطاف‌پذیری و

روشنفکر بودن و نیز نمرات بالاتری در مقیاس باوجدان بودن و روان‌رنجورخویی کسب می‌کنند، بیشتر در معرض استفاده از چنین روش‌هایی برای سازگاری بهتر با محیط قرار دارند. به علاوه زنان با احتمال بیشتری در مقایسه با مردان اقدام به انجام اعمال جراحی زیبایی می‌نمایند (۹). این در حالی است که برخی دیگر از پژوهشگران مانند فردریک^۳ و همکاران و شری^۴ و همکاران خلاف این یافته را گزارش کرده‌اند (۱۰،۱۱). وجود مشکلات و اختلالات روان‌شناختی در میان متقاضیان جراحی زیبایی رایج و معمول است. احساس نقص در ظاهر بدنی و به ویژه در صورت در زمانی که نقص‌ها تخیلی و یا بسیار جزئی و خفیف باشند (ملاک اصلی تشخیصی اختلال بدریختی بدنی^۵ یا BDD) از ویژگی‌هایی است که در اکثر متقاضیان انجام چنین جراحی‌هایی وجود دارد، اغلب اضطراب‌زا بوده و موجب افت کارکردهای فرد در حوزه‌های روابط بین فردی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی می‌شود. برخی از مطالعات عنوان نمودند که افرادی که با وجود نقص‌های جزئی در ظاهر خود اقدام به اعمال جراحی زیبایی می‌نمایند اغلب دچار پریشانی روان‌شناختی، عزت نفس پایین و تحریف تصورات بدنی از خود بوده و نیمرخ روان‌شناختی آنان با افراد عادی، متفاوت است (۱۲). اختلال بدریختی بدنی در متقاضیان جراحی پلاستیک بسیار شایع است و اغلب با اختلالات بالینی محور یک مانند افسردگی اساسی، اختلال وسواسی جبری، فوبیای اجتماعی، اختلال هراس و سوء‌مصرف مواد همراه است (۱۳-۱۵). اختلالات شخصیت^۶ یا تشخیص‌های محور دو نیز در این افراد بسیار رایج است. یافته‌ها نشان می‌دهند که ۴۸-۵۷ درصد افراد مبتلا به BDD واجد ملاک‌های تشخیصی حداقل ۲ نوع از اختلالات شخصیتی می‌باشند. ۲۶ درصد از آنان از ۳ نوع و ۴ درصد آنان از ۴ نوع اختلال شخصیتی هم‌بند رنج می‌برند. خوشه‌ی^۷ C و B اختلالات شخصیت در این افراد شیوع بیشتری (۷۶-۱۲ درصد) دارد و خوشه‌ی A شیوع کمتری (۴۰-۱۰ درصد) دارد (۱۰،۹). هم‌چنین یافته‌های

³Frederick⁴Sherry⁵Body Dysmorphic Disorder⁶Personality Disorders⁷Cluster¹Body Image²Swami

زیبایی است. لذا بررسی و مقایسه‌ی این گروه در ایران، به منظور شناخت آسیب شناسی روانی این جمعیت بالینی خاص و روان‌درمانی برای پیشگیری از جراحی‌های ناشی از اختلالات روانی و پیامدهای منفی بعد از عمل، ضروری می‌نماید. این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که متقاضیان جراحی پلاستیک در الگوها و اختلالات شخصیت و نشانگان بالینی روان‌شناختی چه تفاوتی با جمعیت عادی دارند.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی مقطعی^۷ است. جامعه‌ی آماری پژوهش متقاضیان جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های جراحی پلاستیک پارس، تخصصی دی، بیمارستان فاطمه‌ی زهرا (س) در زمستان ۱۳۸۸ است که حداقل در حد سوم راهنمایی سواد داشته و سن آن‌ها بین ۱۸ تا ۴۵ سال بوده است. به روش نمونه‌گیری قضاوتی^۸ ۱۰۰ نفر نمونه برای دو گروه انتخاب شدند. گروه اول ۵۰ نفر از متقاضیان جراحی زیبایی و گروه دوم ۵۰ نفر از همراهان، نزدیکان و بستگان این افراد به عنوان جمعیت عادی انتخاب شدند که با آن‌ها به کلینیک مراجعه کرده و از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن و سال‌های تحصیل) با آن‌ها هم‌تا^۹ بوده و سابقه و قصد جراحی پلاستیک نداشتند. دلیل انتخاب نمونه با محدودیت سنی حداقل ۱۸ سال و تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، لازمه‌ی پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ی چندمحوری بالینی میلون^{۱۰} (MCMI-III) بود. آزمون برای آزمودنی‌ها شرح داده شد و از ایشان برای شرکت در پژوهش، رضایت‌نامه‌ی کتبی گرفته شد. پاسخ‌نامه‌های آزمون بی‌نام بوده، از میان متغیرهای جمعیت‌شناختی تنها اشاره به سن، جنسیت، سال‌های تحصیلی و نوع عمل جراحی درخواستی (برای گروه متقاضیان جراحی پلاستیک) اجباری بود. تمامی پرسش‌نامه‌های اجرا شده طبق شاخص‌های روایی پرسش‌نامه‌ی میلون از روایی برخوردار بوده و در تحلیل داده‌های پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند. گردآوری داده‌ها با استفاده از MCMI-III انجام شد. این ابزار

پژوهش گراسبارت و سارور نشان داد که ۷۱ درصد متقاضیان جراحی زیبایی، تشخیص اختلال شخصیت را دریافت می‌کنند. رایج‌ترین آن‌ها اختلال شخصیت خودشیفته^۱ (۲۵ درصد)، وابسته^۲ (۱۲ درصد)، نمایشی^۳ (۱۰ درصد) و مرزی^۴ (۹ درصد) می‌باشد. فراوانی بالای شیوع اختلال شخصیت خودشیفته و مرزی توسط سایر پژوهشگران نیز گزارش شده است (به نقل از ۱۶). اما با توجه به حجم بزرگ جراحی‌های زیبایی و اختلالات روانی همراه آن، نتایج و پیامدهای جراحی زیبایی چیست؟ هونینگمن^۵ و همکارانش در مطالعه‌ای مروری به این سؤال پاسخ داده‌اند. در کل بیماران از نتایج فرآیند کار راضی هستند، اگرچه برخی از این بیماران نیز اختلالات و ناراحتی‌های زودگذر و برخی دیگر مداوم و طولانی‌مدت را نشان می‌دهند. عواملی که با نتایج روان‌شناختی ضعیف در این افراد همراه است شامل جوان بودن، جنسیت مرد، داشتن انتظارات غیر واقع‌بینانه از جراحی، نارضایتی از جراحی زیبایی قبلی، بدشکلی‌های جزئی، جراحی برای انگیزه‌های ارتباطی و سابقه‌ی افسردگی، اضطراب و اختلال شخصیت می‌باشد (۱۷). در برخی از مطالعات نشان داده شده است که اختلال بدریختی بدن نیز پیش‌بینی‌کننده‌ی نتایج ضعیف بعد از جراحی است (۱۶). گزارش‌ها و اظهارنظرهای سال‌های اخیر، گویای آن است که زیبایی به یکی از دغدغه‌های اصلی ایرانیان تبدیل شده است. یکی از سایت‌های انگلیسی زبان در گزارشی به نقل از آمار سازمان بهداشت جهانی^۶، ایران را پایتخت عمل‌های زیبایی بینی در دنیا می‌نامد (۸)، حجم مشکل در ایران نیز هشداردهنده و میزان آگاهی ما از مسایل روان‌شناختی مرتبط با آن در ایران بسیار اندک است.

همان‌طور که در مطالعه‌ی ادبیات پژوهش هم مشاهده شد، افراد متقاضی جراحی زیبایی دارای اختلالات روان‌پزشکی بالایی نسبت به جمعیت عادی هستند و همین اختلالات نیز پیش‌بینی‌کننده‌ی نتایج روان‌شناختی ضعیف بعد از جراحی

¹Narcissistic Personality Disorder

²Dependent Personality Disorder

³Histrionic Personality Disorder

⁴Borderline Personality Disorder

⁵Honigman

⁶World Health Organization

⁷Cross-Sectional Study

⁸Judgmental Sampling

⁹Match

¹⁰Millon Clinical Multiaxial Inventory-III

استفاده برای مقایسه دو گروه در مقیاس های پرسش نامه ی میلون، تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و نرم افزار به کاررفته جهت تجزیه و تحلیل داده ها SPSS نسخه ی ۱۶ بود.

نتایج

به منظور ارایه ی تصویر روشن تری از ویژگی های جمعیت شناختی گروه های مورد پژوهش، در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد سن و تحصیلات و فراوانی دو جنس در دو گروه آمده است. تحلیل تفاوت فراوانی ها و میانگین ها در دو گروه مستقل نشان داد که دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی داری ندارند ($P > 0/05$). انواع جراحی های پلاستیک در گروه متقاضیان این نوع از جراحی به ترتیب شامل ۲۰ مورد جراحی بینی، ۱۱ مورد لیپوساکشن، ۸ مورد تزریق بوتاکس، ۴ مورد جراحی پوست، جراحی سینه و کشیدن ابرو هر کدام ۳ مورد و یک مورد کشیدن پلک بودند.

بیشتر متقاضیان جراحی، زن بودند (نسبت مرد به زن، ۱۱ به ۳۹). میانگین سنی گروه متقاضی جراحی نیز ۲۸/۸ به دست آمد. لازم به ذکر است که ۸۷ درصد مردان خواستار عمل بینی و تنها ۱۳ درصد تقاضای عمل لیپوساکشن داشتند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که مقدار F مشاهده شده ی آزمون لامبدای ویلکز^۱ $36/16^2$ است که در سطح $P < 0/0001$ معنی دار است و نتیجه گیری می شود که بین دو گروه حداقل در یکی از مقیاس های مورد بررسی (الگوهای شخصیت و نشانگان بالینی) تفاوت معنی دار وجود دارد. جدول ۲ نمرات دو گروه را در مقیاس های مربوط به الگوهای بالینی شخصیتی (اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، سادیستیک، وسواسی، منفی گرا، خودآزار) و آسیب شناسی شخصیت شدید (اسکیزوتایپال، مرزی، پارانوئید) نشان می دهد. همان طور که در جدول نیز آورده شده است، متقاضیان جراحی پلاستیک در مقیاس های افسرده، نمایشی، خودشیفته، وسواسی، خودآزار، اسکیزوتایپال و مرزی نمرات بالایی را کسب نمودند و تفاوت شان با گروه شاهد معنی دار بود ($P > 0/05$). تفاوت های مشاهده شده صرف نظر از نوع عمل جراحی در میان مردان و زنان توزیع مشابهی دارد. در جدول ۳

یک پرسش نامه ی خودسنجی ۱۷۵ سوالی به صورت جواب های صحیح و غلط است که ۲۸ مقیاس جداگانه دارد و بر اساس طبقه بندی های ذیل نمره گذاری می شود: ۴ شاخص تغییرپذیری روایی، افشاگری، بدنمایی و مطلوب بودن که روایی ابزار را می سنجد، ۱۱ مقیاس الگوهای شخصیت بالینی شامل اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، دیگرآزار، وسواسی، منفی گرا و خودآزار، آسیب شناسی شخصیت شدید (۳ مقیاس) شامل اسکیزوتایپی، مرزی و پارانوئید، نشانگان بالینی (۷ مقیاس) شامل اضطراب، جسمانی سازی، دوقطبی، افسرده خویی، وابستگی به الکل، وابستگی به دارو و اختلال استرس پس از سانحه و نشانگان شدید (۳ مقیاس) شامل اختلال تفکر، افسردگی عمده و اختلال هذیانی. نحوه ی نمره گذاری نیز به این صورت است که بعد از تعیین نمره ی خام برای هر مقیاس، نمره های برش نرخ پایه^۱ (BR) محاسبه می شود. در تحلیل داده ها از این نمره استفاده می شود. این پرسش نامه برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا که دست کم توان خواندن آنان تا سطح کلاس هشتم طراحی شده است. MCCI از جمله آزمون های منحصر به فردی است که در آن بر اختلالات شخصیت و الگوهای بالینی شخصیتی و نشانه هایی که اغلب با این اختلالات همراه هستند، تاکید می شود. نسخه ی اصلی این آزمون در سال ۱۹۷۷ توسط تودور میلون، روان شناس بالینی و شخصیت، بر اساس نظریه ی زیستی روانی اجتماعی اش تدوین و از آن زمان تا کنون ۲ بار تجدید نظر شده است (۱۸). میلون شاخص حساسیت مقیاس های این پرسش نامه را از ۵۰ تا ۷۹ درصد، شاخص ویژگی را از ۹۱ تا ۹۸ درصد و قدرت تشخیصی آن را از ۸۸ تا ۹۷ درصد گزارش کرد (۱۸). ویژگی های روان سنجی این پرسش نامه در جمعیت ایرانی توسط شریفی بررسی شده است. در این مطالعه روایی تشخیصی تمام مقیاس ها بسیار خوب برآورد شده است. توان پیش بینی مثبت مقیاس ها از دامنه ی $0/58$ (برای اختلال شخصیت نمایشی) تا $0/83$ (برای اختلال هذیانی) و توان پیش بینی منفی مقیاس ها از $0/93$ (برای اختلال شخصیت منفی گرا) تا $0/99$ (برای اختلال اضطرابی) متغیر بود. روش آماری مورد

¹Wilks' Lambda

¹ Base Rate

جسمی، وابستگی به الکل، اختلال تفکر و افسردگی اساسی گروه متقاضیان جراحی پلاستیک نمرات بالاتری کسب نمودند که در سطح $P > 0/05$ این تفاوت‌ها معنی دار است.

خلاصه‌ی نتایج مقایسه‌ی دو گروه مورد بررسی در مقیاس‌های نشانگان بالینی و نشانگان شدید بالینی آورده شده است. همان طور که در جدول دیده می‌شود در مقیاس‌های اضطراب، شبه

جدول ۱- مقایسه‌ی تفاوت ویژگی‌های جنسیتی، سنی و تحصیلات در گروه‌های متقاضی جراحی پلاستیک و گروه شاهد

متغیر	گروه متقاضی جراحی زیبایی		گروه شاهد		P	درجه‌ی آزادی
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
جنسیت	مرد	۱۱	۱۲	۱۴	۰/۹	۱
	زن	۳۹	۳۸	۷۶		
		میانگین	میانگین	انحراف استاندارد		
سن (سال)		۲۸/۸	۳۱/۲	۶/۲	۰/۵۴	۴۸
تحصیلات (سال)		۱۱/۴	۱۱/۸	۲/۵	۰/۸۶	۴۸

جدول ۳- خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس چند متغیره میان متقاضیان جراحی پلاستیک و جمعیت بهنجار در مقیاس‌های نشانگان بالینی و نشانگان شدید

نشانگان بالینی و شدید	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری F
اختلال اضطراب	۱۱/۹۶	۰/۰۰۱*
شبه جسمی	۲۵/۲۶	۰/۰۰۰*
مانیک	۶/۸۹	۰/۳۴۵
افسرده خوبی	۹/۸۴	۰/۰۵۲
وابستگی به الکل	۱۶/۹۷	۰/۰۰۳*
وابستگی به مواد	۹/۴۱	۰/۰۶۱
استرس پس از ضربه	۰/۴۴	۰/۶۷۳
اختلال تفکر	۱۰/۸۴	۰/۰۰۴*
افسردگی اساسی	۲۰/۴۸	۰/۰۰۰*
اختلال هذیانی	۷/۸۸	۰/۳۳۹

* سطح معنی‌داری ۰/۰۵ [دو دامنه]

در پژوهش‌های دیگر یافته‌های قبلی تایید شده است و هم‌چنین به نظر می‌رسد که درخواست جراحی پلاستیک در میان زنان رایج‌تر است. اکثریت بیماران (حدود ۷۰٪) به جراح زیبایی مراجعه می‌کنند تا نقص‌های صورت خود را اصلاح کنند (۲۳). یکی از دلایل احتمالی وجود این تناقض‌ها ممکن است تفاوت در نوع اعمال جراحی و تعداد نمونه‌ی مورد بررسی، جنسیت، سن و... باشد و دلیل دیگر وجود تفاوت‌هایی در ارزش‌ها و باورهای فرهنگی و اجتماعی زنان و مردان در جوامع گوناگون است (۶).

به علاوه، نتایج پژوهش حاضر در مقیاس‌های الگوهای بالینی شخصیتی نشان داد که افراد متقاضی جراحی‌های زیبایی در مقایسه با جمعیت عادی در مقیاس‌های افسرده، نمایشی،

جدول ۲- خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس چند متغیره میان متقاضیان جراحی پلاستیک و جمعیت عادی در مقیاس‌های الگوهای بالینی و آسیب شخصیت شدید

الگوهای بالینی شخصیت	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری F
اسکیزوئید	۹/۹۶	۰/۳۳۵
اجتنابی	۱/۲۶	۰/۲۶۵
افسرده	۱۹/۸۹	۰/۰۰۰*
وابسته	۱۱/۸۴	۰/۰۶
نمایشی	۲۳/۹۷	۰/۰۰۰*
خودشیفته	۱۹/۴۱	۰/۰۰۰*
ضداجتماعی	۰/۴۴	۰/۶۷۳
سادیستیک	۰/۸۴	۰/۶۱۲
وسواسی	۲۵/۴۸	۰/۰۰۰*
منفی‌گرا	۱۷/۸۸	۰/۰۹۶
خودآزار	۹/۷۵	۰/۰۰۳*
اسکیزوتایپال	۱۰/۸۱	۰/۰۰۲*
مرزی	۲۲/۷۳	۰/۰۰۰*
پارانوئید	۳/۲۵	۰/۵۷۱

* سطح معنی‌داری ۰/۰۵ [دو دامنه]

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر نشان داد که بیشترین اعمال جراحی در میان متقاضیان زن بوده و فراوان‌ترین نوع جراحی مربوط به بینی، لیپوساکشن و تزریق بوتاکس بود. این یافته‌ها با نتایج گران^۱ و همکاران و کانسور^۲ و همکاران همسو بود (۲۰،۲۱) و با نتایج کرراند و کانیس^۳ ناهمسو بود. نتایج پژوهش آنان نشان داد که بیشترین درخواست‌های جراحی مرتبط با جراحی معده و یا کوچک نمودن آن است (۲۲).

¹Grant

²Cansever

³Crerand and Canice

شخصیت، تقریباً تمامی مواردی را می‌سنجد که عکس آن‌ها در مقیاس ضداجتماعی (مقیاسی که گروه جراحی پلاستیک، نمره‌های پایینی را در آن کسب نمودند) مورد سنجش قرار می‌گیرد. بنا بر این طبیعی است که این مقیاس با اهتمام به آئتم‌هایی که اندازه می‌گیرد، در آن‌ها بالا باشد. نمرات بالای متقاضیان جراحی پلاستیک در مقیاس الگوی بالینی خودآزار و مرزی را می‌توان با وجود سطح اضطراب بالای آنان و نیاز شدید به پیشرفت و بهبود در نقص‌های فرضی در ظاهر و ترس شدیدشان از قضاوت‌های دیگران و طرد شدن از سوی آن‌ها توجیه نمود (۱۸).

هم‌چنین نتایج پژوهش حاضر در مقیاس‌های مرتبط با نشانگان بالینی شخصیتی نشان داد که گروه جراحی پلاستیک نمرات بالاتری را در مقیاس‌های شبه جسمی (که در بر گیرنده‌ی علائم اختلال بدریختی بدنی می‌باشد)، اضطراب، افسردگی، وابستگی به الکل و اختلال تفکر کسب نمودند. به طور مشابهی آلتامورا و همکاران نشان دادند که بیشتر از ۶۵ درصد بیمارانی که در مراکز درمانی به منظور انجام عمل‌های زیبایی بستری هستند، مبتلا به اختلال بدریختی بدن می‌باشند (۲۵). در زمینه‌ی اختلالات تفکر و وابستگی به الکل و مواد نتایج پژوهش حاضر در تضاد با پژوهش فیلیپس^۵ و همکاران (۳۰) و با پژوهش کراند و کانیس همسو بود (۲۲).

دلایل ناهم‌سویی نتایج ممکن است به دلیل تفاوت در حجم نمونه‌های مورد بررسی و یا ابزار مورد استفاده در پژوهش‌ها باشد. هم‌چنین تفاوت در سن و جنسیت آزمودنی‌ها نیز در نتایج متفاوت تاثیر گذارند.

در مطالعه‌ی کراند و کانیس (۲۲) که نتایج آن همسو با پژوهش حاضر می‌باشد، ۵۶ بیمار متقاضی جراحی زیبایی (۱۱ مرد، ۴۵ زن) مورد بررسی قرار گرفتند. با استفاده از ۲ نوع مصاحبه‌ی تشخیصی (مصاحبه‌ی اختلالات شخصیتی، سایکوتیک و خلقی، مصاحبه‌ی اختلال بدریختی بدنی) مشخص شد که اختلال بدریختی بدنی بالاترین فراوانی را در مقایسه با جمعیت عمومی داشت (۵۳٪). هم‌چنین میزان شیوع اختلالات اضطرابی، خلقی و وابستگی به الکل نیز در حد

خودشيفته، وسواسی، خودآزار، اسکیزوتایپال و مرزی نمرات بالایی را کسب نمودند. این نتایج با یافته‌های بلینو^۱ (۲۴)، آلتامورا^۲ (۲۵)، گراسبارت و سارور^۳ (۲۶) و کارول^۴ و همکاران (۱۶) همسو بود. برای مثال، در پژوهشی که توسط بلینو و همکاران صورت گرفت ۷۳ آزمودنی مورد مطالعه قرار گرفتند که خواستار عمل جراحی بودند. ۵۳ درصد آزمودنی‌ها تشخیص محور دو را گرفتند. اختلالات شخصیت رایج، خودشيفته و مرزی (هر کدام ۱۶/۷٪)، اجتنابی (۱۲/۱٪)، پارانوئید (۹/۱٪)، اسکیزوتایپال و وسواسی‌جبری (هر کدام ۷/۶٪) بود و تشخیص اختلالات وابسته، اسکیزوئید و نمایشی کمتر بود (هر کدام ۴/۶٪). هم‌چنین، شدت واکنش افراد به نقص‌های موجود در ظاهرشان و تصمیم به انجام جراحی‌های زیبایی، ارتباط معنی‌داری با میزان شدت اختلالات شخصیتی در آن‌ها داشت (۲۴). به طور مشابهی نتایج مطالعه‌ی تونینگ نشان داد که میزان شیوع خودشيفتگی در میان متقاضیان جراحی‌های زیبایی در حد بالایی است و این میزان به نسبت چند سال اخیر رشد روزافزونی داشته است (۲۷، ۲۸).

منطبق با نظریه‌های اجتماعی و روان‌کاوی در روان‌شناسی، خودشيفتگی در افراد در پاسخ به ارزیابی‌ها رشد کرده است. ایگوی یک فرد ممکن است به واسطه‌ی تمجید و تعریف‌های اطرافیان تقویت شود. در متقاضیان جراحی زیبایی میزان سرمایه‌گذاری روانی بر روی جسم و ظاهر فیزیکی بسیار بیشتر از افراد عادی است و این ناشی از توجه بیش از حد خانواده و اطرافیان شخص به ظاهر افراد دیگر و قضاوت درباره‌ی رفتارها و خصوصیات شخصیتی آن‌ها بر اساس ویژگی‌های ظاهری‌شان می‌باشد (۲۹). بر این اساس این افراد به شکل‌های گوناگونی می‌خواهند در مرکز توجه خانواده و اطرافیان و اجتماع قرار گیرند و انجام جراحی زیبایی نیز یکی از این روش‌ها است. طبیعی است که نمرات این افراد در مقیاس‌های خودشيفتگی، نمایشی، وسواسی و خودآزار، بالا باشد (۲۷). هم‌چنین در مقیاس وسواسی باید اظهار کرد که این الگوی بالینی

¹ Bellino

² Altamura

³ Grossbart and Sarwer

⁴ Carroll

⁵ Phillips

پژوهش حاضر باشد. البته میزان همپوشی‌ها در ویرایش ۳ که مورد استفاده در این پژوهش بود، بسیار کمتر از ویرایش‌های ۱ و ۲ آن می‌باشد.

هادکینسون^۱ همسو با این پژوهش، گزارش نموده که آن دسته از افرادی که به دنبال انجام جراحی زیبایی به رضایت خاطر دست نمی‌یابند و در پی جراحی‌های بعدی هستند به احتمال زیاد به اختلال بدریختی بدنی و اختلالات شخصیتی در خوشه‌ی B و یا C دچار هستند (۳۳). ویلیامز^۲ و همکاران (۳۴) همانند هونینگمن و همکاران (۱۷) گزارش نمودند که وضعیت روانی افراد مبتلا به اختلالات بدریختی بدنی، افسردگی و اختلالات شخصیتی پس از انجام اعمال جراحی وخیم‌تر شده و لازم است این افراد قبل از مداخلات جراحی، روان‌درمانی شوند و در صورت نیاز تحت دارودرمانی نیز قرار بگیرند. درمان‌های روان‌شناختی به ویژه رفتاردرمانی شناختی، موثرترین روش درمانی برای این افراد است و بیشترین تاثیر را در مرحله‌ی جلوگیری از عود مجدد پس از یک دوره‌ی دارودرمانی دارد (به عنوان مثال افسردگی اساسی) (۳۵،۳۶). در این بیماران ممکن است اعمال جراحی چندین بار تکرار شود اما آنان از نتیجه‌ی عمل راضی نباشند و در واقع انجام جراحی‌های بیشتر فقط شرایط را بدتر نموده و منجر به تشدید نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی می‌شود، لذا انجام ارزیابی‌های روان‌پزشکی برای جلوگیری از آسیب‌های بیشتر احتمالی و هم‌چنین درمان نشانه‌های اختلالات روانی قبل از مداخلات جراحی پلاستیک الزامی است (۱۶،۳۷). اگر چه داروهای بازدارنده‌ی جذب سروتونین^۳ (SSRI) و کلومی پرامین اثرات امیدبخشی را در درمان کوتاه‌مدت اختلال بدریختی بدنی و نگرانی‌های وسواس‌گونه در این بیماران نشان داده است (۳۸) اما برای ماندگاری این اثرات استفاده از روان‌درمانی به خصوص رفتاردرمانی شناختی از اهمیت بالایی برخوردار است.

به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اکثریت مراجعان درمانگاه‌های زیبایی، نابهنجاری‌هایی را در مقیاس‌های نشانگان و الگوهای بالینی و آسیب‌شناسی شدید شخصیتی

بالایی بود. میزان عقاید خودکشی (۱۹٪ در مقابل ۳٪) و تلاش‌های خودکشی (۷٪ در مقابل ۱٪) نسبت به افرادی که فاقد ملاک‌های این اختلال هستند، بالاتر بود. در پژوهش بلینو و همکاران نتایج نشان داد که ۴/۲ درصد افراد متقاضی جراحی زیبایی سینه، متعاقب انجام جراحی، خودکشی کردند و این مسئله تا حدودی زمینه‌ی قبلی اختلالات روان‌شناختی در این افراد را نشان می‌دهد (۲۴). متقاضیان چنین جراحی‌هایی از ظاهر فیزیکی خود به شدت رنج می‌برند و این ناراضی‌تی حتی با انجام جراحی‌های مکرر ادامه می‌یابد و در موارد شدید منجر به انزوای اجتماعی و حتی اقدام به خودکشی در این افراد می‌شود (۳۲،۳۱). در مطالعه‌ی دیگری که توسط فیلیپس و همکاران انجام گرفت شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در میان متقاضیان جراحی پلاستیک، اختلال بدریختی بدنی، اختلالات اضطرابی، افسردگی و هم‌چنین اختلال شخصیت وسواسی‌جبری بود. در این مطالعه مشخص شد که متقاضیان جراحی زیبایی که مبتلا به BDD هستند، کمتر احتمال دارد که ازدواج کنند، هم‌چنین میزان تصمیم به خودکشی در آنان فراوان‌تر و احتمال ابتلا و یا گسترش افسردگی اساسی و فوبی اجتماعی در آن‌ها بالاتر و گرایش به سوء‌مصرف و اعتیاد به مواد مخدر در آن‌ها بیشتر است (۳۰).

این نتایج را می‌توان بر اساس فرضیه‌ی انتخاب تا حدودی تبیین نمود. به این صورت که انجام چنین جراحی‌هایی گروه خاصی از افراد را به خود جذب می‌کنند و هر کسی حتی با وجود نقص‌هایی در ظاهر خود اقدام به جراحی نمی‌کند. به طوری که نتایج پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهند، اکثریت جمعیت متقاضی واجد نابهنجاری‌هایی در نیمرخ خلقی و روان‌شناختی شان هستند. اگر چه ممکن است این نابهنجاری‌ها به سطوح مرضی نرسد، اما نشانه‌ی ناپختگی و عدم بلوغ روانی می‌باشد. یکی از ایرادات و انتقادهای وارد بر MCMI همپوشی گسترده‌ی ماده‌های آن است. برخی از مقیاس‌های MCMI سازه‌هایی را اندازه می‌گیرند که بسیار شبیه یکدیگر است (۱۸). از این رو شاید توجه به همپوشی گسترده در بین ماده‌ها و مقیاس‌های این آزمون تا اندازه‌ی زیادی تبیین‌کننده‌ی برافراشتگی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و اختلال تفکر در

¹Hodgkinson

²Williams

³Serotonin Stimulate Reuptake Inhibitor

موارد موجب بدتر شدن نشانه‌های اختلالات روانی می‌شود، نباشد. حجم نمونه و شیوه‌ی نمونه‌گیری قضاوتی به دلیل محدودیت ابزار پژوهش که فقط بر جمعیت خاصی (حداقل تحصیلات و سن) قابل اجرا است از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. انجام این پژوهش در نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند به تشخیص‌های دقیق‌تر کمک کند. انجام پژوهش به شکل طولی در این جمعیت، قبل و بعد از جراحی و متغیرهای موثر بر نتایج جراحی پیشنهاد می‌شود.

نشان می‌دهند. اگر این نتایج توسط مطالعات طولی نیز تایید شود، به این معنی است که ارجاع متقاضیان جراحی‌های زیبایی به روان‌شناسان و روان‌پزشکان قبل از انجام اعمال جراحی در اولویت قرار دارد و انتظار می‌رود که برخی از این افراد با انجام روان‌درمانی و یا دارودرمانی به سطوح مطلوبی از بهداشت روانی دست یافته و دیگر نیازی به استفاده از روش‌های پرهزینه‌ی جراحی‌های زیبایی که معمولاً رضایت کامل افراد را به دنبال نخواهند داشت و حتی در بسیاری از

References

1. Mulkens S, Jansen A. Changing appearances: Cosmetic surgery and body dysmorphic disorder. *Neth J Psychol* 2006; 61: 34-41.
2. American Society for Aesthetic Plastic Surgery. Quick facts: Highlights of the ASAPS 2007 statistics on cosmetic surgery. [cited 2008 Sep 17]. Available from: URL; http://www.sciencedirect.com/science_ob=RedirectURL&_method=externObjLink&_locator=url&_cdi=13034&_issn=17401445&_origin=article&_zone=art_page&_plusSign=%2B&_targetURL=http%253A%252F%252Fwww.surgery.org%252F.
3. Pavan C, Simonato P, Marini M. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: A literature review. *Aesth Plast Surg* 2008; 32: 473-84.
4. Maffei G, Fossati A. [I disturbi di personalità: prospettive della ricerca in psicologia clinica per la prassi medica generale]. *Ricerche di Psicologia* 1997; 1: 317-27. (French)
5. Brown A, Furnham A, Glanville L, Swami V. Factors that affect the likelihood of undergoing cosmetic surgery. *Aesth Surg J* 2007; 27: 501-8.
6. Swami V, Arteche A, Chamorro-Premuzic T, Furnham A, Stieger S, Haubner T, et al. Looking good: Factors affecting the likelihood of having cosmetic surgery. *Eur J Plast Surg* 2008; 30: 211-8.
7. Coca N. Low self esteem and plastic surgery in today's world. Associated content. [cited 2008 July 12]. Available from: URL; http://www.associatedcontent.com/article/16513/low_self_esteem_and_plastic_surgery.html?cat=5, 2008.
8. Shahriyar H. Four affecting factors of adolescent self esteem. *zinearticles.com*. [cited 2008 July 12]. Available from: URL; <http://ezinearticles.com/?four-affecting-factors-of-adolescent-self-esteem&id=1253296>, 2008.
9. Swami, V, Chamorro-Premuzic, T, Bridges, S and Furnham, A. Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors. *Body Image* 2009; 6: 7-13.
10. Frederick DA, Lever J, Peplau LA. Interest in cosmetic surgery and body image: Views of men and women across the lifespan. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120: 1407-15.
11. Sherry SB, Hewitt PL, Flett GL, Lee-Baggeley DL. Perfectionism and undergoing cosmetic surgery. *Eur J Plast Surg* 2007; 29: 349-54.
12. Vargel S, Ulusahin A. Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesth Plast Surg* 2001; 25: 474-8.
13. Amodeo CA. The central role of the nose in the face and the psyche: Review of the nose and the psyche. *Aesth Plast Surg* 2007; 31: 406-10.
14. Ferraro GA, Rossano FD, Andrea F. Self-perception and self-esteem of patients seeking cosmetic surgery. *Aesth Plast Surg* 2005; 29: 184-9.
15. Gunstad J, Phillips KA, Axis I. Comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 270-6.
16. Carroll DH, Scahill L, Phillips KA. Current concepts in body dysmorphic disorder. *Arch Psychiatr Nurs* 2002; 2: 72-9.

17. Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113(4): 1229-37.
18. Millon T. *Personality disorders in modern life*. New York: Wiley; 2000: 1-12.
19. Sharifi AA. [Standardization of Millon clinical multi-axial inventory III in Isfahan, Iran]. MA. Dissertation. Isfahan University, College of psychology, 2002. (Persian)
20. Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 517-22.
21. Cansever A, Uzun O, Donmez E, Ozsahin A. The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: A study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 60-4.
22. Crerand S, Canice E. MOC-PS[SM] CME Article: Patient Safety: Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2008; 122: 1-15.
23. American Society for Aesthetic Plastic Surgery. D. ASAPS 2000 Statistics on cosmetic surgery. New York. 2001: 51-2.
24. Bellino S, Zizza M, Paradiso E, Rivarossa A, Fulcheri M, Bogetto F. Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: A clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatr Res* 2006; 144: 73-8.
25. Altamura C, Paluello MM, Mundo E, Medda S, Mannu P. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 2001; 251: 105-8.
26. Grossbart TA, Sarwer DB. Psychosocial issues and their relevance to the cosmetic surgery patient. *Semin Cutan Med Surg* 2003; 22: 136-47.
27. Twenge JM, Foster JD. Mapping the scale of the narcissism epidemic: Increases in narcissism 2002-2007 within ethnic groups. *J Res Pers* 2008; 42: 1619-22.
28. Twenge JM, Campbell WK. The narcissism epidemic: Living in the age of entitlement. New York: Free, 2009: 30-44
29. Cororve MB, Gleaves DH. Body dysmorphic disorder: A review of conceptualisations, assessment, and treatment strategies. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 949-70.
30. Phillips KA, Didie ER, Menard W. Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder. *J Affect Disord* 2007; 97: 129-35.
31. Cororve MB, Gleaves DH. Body dysmorphic disorder: A review of conceptualisations, assessment, and treatment strategies. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 949-70.
32. Rohrich RJ, Adams WP, Potter JK. A review of psychological outcomes and suicide in aesthetic breast augmentation. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119: 401-8.
33. Hodgkinson DJ. Identifying the body dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesth Plast Surg* 2005; 29: 503-9.
34. Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D. A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther* 2006; 44: 99-111.
35. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Conti S, Grandi S. Six-year outcome of cognitive-behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1872-6.
36. Hensley PL, Nadiga D, Uhlenhuth EH. Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depression. *Depress Anxiety* 2004; 20: 1-7.
37. Sarwer DB, Crerand CE, Didie ER. Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients. *Fac Plast Surg* 2003; 19: 7-18.
38. Cohen LJ, Kingston P, Bell A, Kwon J, Aronowitz B, Hollander E. Comorbid personality impairment in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 4-12.