

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej
Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

TERESA RZEPA, MACIEJ PASTUCHA, WILHELM GRZESIAK,
ANDRZEJ MODRZEJEWSKI, TYMOTEUSZ LEOŃSKI

Wokół operacji plastycznej piersi: oczekiwania i efekty

On breast cosmetic surgery: expectations and results

STRESZCZENIE

Celem przeprowadzonych badań było: (1) ustalenie ważności decyzji o operacji plastycznej piersi w kontekście znaczących wydarzeń życiowych; (2) porównanie oceny jakości własnego życia przed i po zabiegu; (3) porównanie oczekiwań co do operacji i jej efektów. Badania przeprowadzono w grupie 113 kobiet zdecydowanych na plastykę piersi – 78 spośród nich zbadano ponownie po roku od operacji. Dodatkowo określono kilka wskazań istotnych dla zespołu kwalifikującego pacjentki do zabiegu.

Słowa kluczowe: operacja plastyczna piersi, oczekiwania, efekty

WPROWADZENIE

Do wzrostu popularności chirurgii kosmetycznej przyczyniły się głównie mass media i branża rozrywkowa, a postęp technologiczny uczynił operacje plastyczne bezpieczniejszymi (Crerand, Infield, Sarwer 2007). Przed wprowadzeniem (w 1964 roku) silikonowych protez korygowano kształt piersi, transplantuując tkankę tłuszczową, wszczepiając materiał syntetyczny lub wstrzykując parafinę (Park, Chetty, Watson 1996). W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku potwierdzono, że wszczepienie implantów silikonowych nie zwiększa zapadalności na nowotwory złośliwe i schorzenia tkanki łącznej (Deapen, Bernstein, Brody 1997, Brinton i in. 2000), nie utrudnia wykrycia raka piersi (Strom i in. 1997) oraz nie podnosi

ryzika chorób autoimmunologicznych (Lipworth, Tarone, McLaughlin 2004). Jednocześnie ustalono, że mimo stosowania implantów ulepszonej, piątej generacji (Brown, Shenker, Silver 2005) wszczepy muszą być wymieniane najpóźniej po 10 latach, głównie z powodu pęknięcia ich silikonowej powłoki (Cunningham 2007, Cunningham, McCue 2009, Walker, Walls, Murphy 2009). Jednakże stały wzrost liczby kobiet decydujących się na powiększenie piersi (McGrath 2007) dowodzi, że korzyści wynikające z operacji przyćmiewają świadomość ich negatywnych konsekwencji.

Wraz ze wzrostem popularności operacji powiększania piersi wzrosło też zainteresowanie psychospołecznymi aspektami decyzji o zabiegu. Trzeba jednak zauważyć, że o ile w czasopiśmiennictwie zachodnim corocznie ukazuje się wiele doniesień z dotychczasowych badań tego problemu, o tyle trudno je spotkać w polskich czasopismach o profilu psychospołecznym.

Na podstawie badań przeprowadzonych wśród 1244 Amerykanek poddających się powiększeniu piersi stwierdzono na przykład, że ich wiek wahał się od 18 do 60 lat (średnia – 31 lat); 47% kobiet było zamężnych, 29% – samotnych, 18% – rozwiedzionych, 2% pozostawało w separacji, a 1% owdowiało (Anderson i in. 2006). W innych badaniach wiek 292 kobiet decydujących się na powiększenie piersi wahał się od 16 do 68 lat (średnia – 33 lata). Wśród nich 67% było zamężnych, 16% – rozwiedzionych, 15% – panien i 1% – owdowiałych (Strom i in. 1997). Dotychczasowe dane demograficzne są do siebie tak zbliżone, że upowszechnił się pogląd, iż operacjom plastycznym poddają się zamężne kobiety europejskie i amerykańskie w wieku ok. 30 lat. Przekonane są bowiem o tym, że zabieg ułatwi im rozwój związków uczuciowych z uwagi na poprawę wyglądu własnego ciała (Crerand, Infeld, Sarwer 2007). Te pozytywne informacje nieco studzą doniesienia o zależności między operacjami powiększenia piersi a próbami samobójczymi (Jacobsen i in. 2004, Lipworth i in. 2007).

Badacze donosili również o rozproszeniu motywów leżących u podstaw decyzji o operacyjnej zmianie piersi. Badane kobiety najczęściej poddawały się zabiegowi ze względu na chęć poprawy stanu zdrowia i jakości życia, podwyższenia samooceny i pewności siebie. Pragnęły również awansować, polepszyć relacji z mężczyznami, zwiększyć satysfakcję seksualną, usunąć konflikty wewnętrzne (Druss 1973, Didie, Sarwer 2003, Darisi, Thorne, Iacobelli 2005, Figueroa-Haas 2007), a także pozbyć się negatywnych przeżyć z powodu nieakceptowanej wielkości piersi i ich kształtu (Anderson i in. 2006) oraz nieadekwatnego obrazu własnego ciała i zwątpienia w swą kobiecość (Druss 1973). Z kolei w innych badaniach stwierdzono, że ocena własnego wyglądu i samoocena u kobiet poddających się powiększeniu piersi nie różniły się od tych wielkości psychologicznych w grupie kontrolnej, chociaż kobiety zdecydowane na operację były wyraźnie niezadowolone z wyglądu właśnie tej części swego ciała (Sarwer i in. 1998, Sarwer i in. 2003). Problemy z samooceną i dążenie do jej poprawy okazały

się nieistotnym motywem także w przypadku 195 kobiet oczekujących na operacje plastyczne, w tym – na powiększenie piersi (Von Soest i in. 2006). Ustalono również, że decyzja o plastyce piersi zależy od poziomu wiedzy na temat ryzyka zabiegu i korzyści pooperacyjnych (Young, Nemecek, Nemecek 1994). Zasadniczo pacjentki deklarujące racjonalne, przemyślane motywy swej decyzji były jednocześnie bardziej przekonane o sukcesie operacji niż kierujące się motywami zewnętrznymi, np. opinią partnera (Didie, Sarwer 2003; Honiman, Phillips, Castle 2004; Von Soest i in. 2006).

Większość kobiet poddanych operacji powiększenia piersi deklaruje zadowolenie z jej efektów (Schlebusch, Marht 1993, Young, Nemecek, Nemecek 1994, Park, Chetty, Watson 1996, Sarwer i in. 2005, Hedén i in. 2006). Wzrost samooceny odnotowuje 89% kobiet, 87% czuje się bardziej atrakcyjnie, a 96% doświadcza „prawdziwej kobiecości”. Ogólną poprawę nastroju i szybką akceptację nowego obrazu własnego ciała deklaruje 87% kobiet. Ponadto 85% kobiet stwierdza wzrost osobistego uroku, a 75% – satysfakcji z życia seksualnego. U 26% kobiet nastąpiły pozytywne zmiany w zakresie zdrowia psychicznego, u 29% – w odniesieniu do ogólnej aktywności, a u 18% – zdolności do pracy. Wyraźnie poprawił się wizerunek własnego ciała (95%), a pozytywnych odczuć związanych z noszeniem pożądanej odzieży doświadczyło 99% kobiet. Tak dalece pozytywne wyniki osłabia porównawcza analiza 72 osób poddających się chirurgii plastycznej (w tym 39 kobiet), która wykazała brak istotnych różnic w zakresie samooceny oraz utrzymywanie się objawów depresji po operacji (Sarwer i in. 2005).

Przedstawione dane empiryczne dotyczące mieszkanek Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych skłaniają do sprawdzenia przynajmniej niektórych ustaleń w populacji Polek. Założono, że kobiety decydujące się na operację plastyczną piersi przypisują temu wydarzeniu wysoką wartość. Założono także, że poddanie się plastyce piersi spowoduje poprawę jakości życia kobiet oraz spełni większość oczekiwań wobec jej efektów. Kontekstem teoretycznym badań nad jakością życia było podejście indywidualistyczne (Wołowicka 2001, Majkovicz, Bartosińska 2011), które zakłada, że w ciągu życia człowiek realizuje wewnętrzny plan modyfikowany pozytywnie przez takie m.in. czynniki, jak upór w dążeniu do celu, uznawane wartości, uzdolnienia. Natomiast utrudniać realizację życiowego planu mogą takie czynniki, jak np. choroby, defekty, zmęczenie, negatywne emocje (rozdrażnienie, lęk). Znaczenie tych czynników powinien oceniać sam zainteresowany, który wie, co dla jakości jego życia jest ważne, a co nieistotne. Omówione założenia stały się podstawą prostej koncepcji badań, zgodnie z którą decyzję o operacji zmiany piersi potraktowano jako istotne wydarzenie życiowe, którego efekty wpływają na ocenę jakości własnego życia.

METODA

Badania przeprowadzono wśród 113 kobiet zdecydowanych na plastyczną operację piersi w ramach specjalistycznej praktyki lekarskiej, prowadzonej w Szczecinie. Kobiety były w wieku od 20 do 48 lat, w tym 43,6% w wieku od 20 do 29 lat, tyle samo – od 30 do 39 lat, a 12,8% kobiet przekroczyło 40. rok życia. Wśród badanych 48,7% kobiet to panny, 41% – mężatki, a 5,3% – rozwódki; 29,5% kobiet było bezdzietnych, 35,9% posiadało jedno dziecko, a 34,6% – dwoje i więcej dzieci. Najwięcej, bo 60,3%, kobiet mieszkało w dużym mieście, 15,4% – w mieście średniej wielkości, a 24,4% – w miasteczku lub na wsi. O miejscu i możliwości dokonania operacji plastycznej kobiety dowiadywały się najczęściej z Internetu (52,8%).

Na podstawie wieloletnich doświadczeń zespołu medycznego zdecydowano o przygotowaniu możliwie prostych narzędzi badawczych, dostosowanych do zaobserwowanego zróżnicowania kobiet zdecydowanych na plastykę piersi. W celu ustalenia ważności operacji plastycznej w kontekście dziesięciu istotnych wydarzeń życiowych (Baum, Stewart 1990) oraz oczekiwań wobec jej efektów zastosowano anonimową ankietę, która była dobrowolnie i chętnie wypełniana przez pacjentki podczas oczekiwania na wizytę lekarską. Natomiast oceny jakości własnego życia należało dokonać za pomocą nakreślonej skali od 1 do 10 punktów, zaznaczając odpowiednią liczbę jako jej aktualny wyznacznik.

Badania przeprowadzono w latach 2006–2008 (Pastucha i in. 2010). Po zebraniu wypełnionych ankiet okazało się, że dwie z nich są niekompletne, dlatego dalszej analizie poddano wypowiedzi 111 kobiet. Następnie, w latach 2008–2010, w związku z wizytą kontrolną zbadano (tymi samymi narzędziami) 78 pacjentek należących do poprzednio badanej grupy. Niestety, nie wszystkie pacjentki – mimo pisemnego zaproszenia – zgłosiły się na tę wizytę. Głównie chodziło o porównanie oceny jakości własnego życia i zweryfikowanie pierwotnych oczekiwań wobec doświadczanych efektów operacji plastycznej. Wyniki sprawdzono statystycznie za pomocą testu χ^2 i testu Wilcoxon.

WYNIKI

Większość kobiet badanych przed operacją i po niej wskazywała na dwa ważne wydarzenia życiowe, rzadko wybierając jedno lub więcej niż dwa. Za najważniejsze wydarzenie uznano narodziny dziecka (28,1% wypowiedzi), następnie – decyzję o poprawie swych piersi (17,5%). Po roku kolejność tych wydarzeń oraz większość pozostałych raczej się nie zmieniła. Jedynie „zamażpójście” przesunęło się z czwartego miejsca na trzecie, a tym samym „wyuczenie zawodu” zajęło czwartą lokatę. Różnice między wynikami okazały się statystycznie nieistotne (test χ^2).

Tab. 1. Najważniejsze wydarzenia życiowe

Miejsce	Wydarzenie	Liczba wskazań	%
1	Narodziny dziecka	80	28,1
2	Decyzja o poprawie swych piersi	50	17,5
3	Wyuczenie zawodu	39	13,7
4	Zamążpójście	28	9,8
5	Śmierć kogoś bliskiego	20	7,0
6	Opuszczenie domu rodzinnego	14	4,9
7	Pierwsza miłość	14	4,9
8	Kupno mieszkania	12	4,2
9	Pierwsza praca	10	3,5
10	Zmiana miejsca zamieszkania	9	3,2
11	Inne	9	3,2
SUMA		285	100,0

Źródło: badania własne

Ustalono, że badane kobiety – zarówno przed (82,9%), jak i po operacji (91,1%) – oceniają przeważnie wysoko lub bardzo wysoko jakość swego życia. Jednak warto zauważyć, że po operacji zmniejszyła się liczba najwyższych ocen (z 29,7 do 24,4%).

Tab. 2. Porównanie ocen jakości życia przed i po operacji

Jakość życia	Przed operacją		Po operacji	
	Liczba	%	Liczba	%
Bardzo wysoka	33	29,7	19	24,4
Wysoka	59	53,2	52	66,7
Przeciętna	16	14,4	6	7,7
Niska	3	2,7	1	1,3
Bardzo niska	0	0	0	0
Suma	111	100,0	78	100,0

Źródło: badania własne

Średnia ocena jakości własnego życia dokonana przed operacją wynosiła 7,55, a po zabiegu – 8,3, przy czym największy jej wzrost odnotowano w następujących kategoriach demograficznych: panny, kobiety w wieku 25–35 lat, mieszkanki dużych miast, matki dwojga i więcej dzieci. Różnice między średnimi (test Wilcoxon) okazały się statystycznie istotne ($p < 0,0001$).

Następnie porównano oczekiwania badanych kobiet wobec planowanej operacji plastycznej ze zmianami zarejestrowanymi co najmniej po roku od jej wykonania. Okazało się, że większość kobiet badanych przed operacją oczekiwała, iż pierwszorzędną konsekwencją planowanego zabiegu będzie zmiana wyobrażenia o sobie na pozytywne. To oczekiwanie spełniło się niemal w całości, jeśli do pozytywnie ocenianej zmiany zaliczyć efekty wskazywane przez kobiety po operacji w ramach dwóch pierwszych klas, należących do kategorii „inne”. Te wypowiedzi ujęto w 3 klasy: (1) zmiana wewnętrzna (18 wypowiedzi, np. „nastąpiła wyraźna poprawa samopoczucia”, „wzrosła moja samoocena”, „poczułam się wartościową kobietą”); (2) zmiana funkcjonowania społecznego (8 wypowiedzi, np. „przestałam zazdrościć innym kobietom”, „nareszcie bez skrępowania rozbieram się na plaży”; „zyskałam wiele w oczach partnera”); (3) bez uszczegółowienia (3 kobiety jedynie zaznaczyły kategorię „inne”). Jeśli zaś potraktować oddzielnie i całościowo (tj. bez dodatkowej klasyfikacji) kategorię „inne”, to u pozostałych 49 kobiet wypowiadających się po operacji nie stwierdzono różnic co do oczekiwań i efektów w ramach kategorii „całkowita zmiana w życiu” oraz „brak jakichkolwiek zmian”. Dostrzeżone różnice dotyczą wzrostu liczby kobiet doznających satysfakcji z życia seksualnego oraz spadku ich liczby w zakresie zmiany wyobrażeń o sobie na pozytywne. Ten spadek należy łączyć z wykorzystaniem kategorii „inne” jako wybranej odpowiedzi (tab. 3).

Jeżeli potraktuje się oddzielnie nowe walory wskazane przez kobiety po operacji w ramach kategorii „inne”, to różnice między oczekiwaniami wobec operacji oraz jej efektami (test χ^2) są statystycznie istotne ($p < 0,01$), co dowodzi braku ich zgodności. Jeśli natomiast walory te powiązać z kategorią „zmiana wyobrażenia o sobie na pozytywne”, to różnice są statystycznie nieistotne, co świadczy o zgodności oczekiwań wobec plastyki piersi oraz jej efektów.

DYSKUSJA

Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Na operację plastyczną piersi decydują się kobiety w wieku od 20 do 48 lat. Większość z nich (87,2%) ma od 20 do 39 lat. Pozostałe przekroczyły 40. rok życia. 48,7% kobiet – to panny, 41,0% – mężatki, a 5,3% – rozwódki. W porównaniu z przytoczonymi wcześniej danymi demograficznymi, dotyczącymi kobiet z Europy Zachodniej i USA, średnia wieku w badanej grupie Polek waha się

Tab. 3. Porównanie oczekiwań wobec rezultatów operacji

Kategoria	Przed operacją		Po operacji	
	Liczba	%	Liczba	%
Zmiana wyobrażenia o sobie na pozytywne	95	85,6	26	33,3
Całkowita zmiana w życiu	10	9,0	10	12,8
Brak jakiegokolwiek wpływu	4	3,6	4	5,1
Zmiana życia seksualnego	2	1,8	9	11,6
Inne: zmiana wewnętrzna	0	0	18	23,1
Inne: zmiana funkcjonowania społecznego	0	0	8	10,3
Inne: bez uszczegółowienia	0	0	3	3,8
Suma	111	100,0	78	100,0

Źródło: badania własne

w granicach około 30 lat, chociaż operacji plastycznej piersi poddają się w pierwszej kolejności panny, a nie mężatki.

2. Zarówno kobiety badane przed operacją plastyczną piersi, jak i badane po roku od jej wykonania uznały tę zmianę za jedno z najważniejszych wydarzeń życiowych, lokując ją tuż po narodzinach dziecka. Aby właściwie ocenić wartość takiego wskazania, trzeba odwołać się do możliwych kontekstów. Decyzja o poprawie piersi okazała się bowiem istotniejsza niż zamążpójście, pierwsza miłość, opuszczenie domu rodzinnego, pierwsza praca, zmiana miejsca zamieszkania, śmierć bliskiej osoby, wyuczenie zawodu czy kupno mieszkania. Z jednej strony tak wysoka lokata badanego wydarzenia życiowego potwierdza zgodne doniesienia psychologów społecznych o niedocenianym, a nawet prowokującym zaprzeczanie, znaczeniu wizerunku fizycznego jako istotnego wyznacznika samooceny oraz poczucia własnej wartości, a także spodziewanej oceny swej atrakcyjności fizycznej przez innych ludzi (Aronson, Wilson, Akert 1997, Wojciszke 2011). Z drugiej zaś strony, kluczem do wyjaśnienia uzyskanego wyniku może być to, iż kobiety badano w warunkach jednoznacznie skojarzonych z decyzją o operacji, więc to naturalne, że były one wyjątkowo skoncentrowane właśnie na tym wydarzeniu życiowym.

3. Większość (82 – 9%) kobiet zdecydowanych na operację oraz będących po operacji (91 – 1%) oceniła bardzo wysoko lub wysoko jakość własnego życia. Warto zauważyć, że ta wielkość psychologiczna była po operacji oceniana częściej jako wysoka, zaś rzadziej jako bardzo wysoka. Pozostałe kobiety oceniły ją jako przeciętną i niską. Żadna badana nie oceniła jej jako bardzo niskiej. Kobiety oceniające tak wysoko jakość swego życia – zgodnie z jej indywidualistyczną

koncepcją – ze znanych sobie powodów uznały właśnie ten moment życiowy za najbardziej odpowiedni, aby zająć się poprawą własnego wyglądu. Prawdopodobnie nie bez znaczenia był tu motyw finansowy oraz osiągnięcie określonego statusu zawodowego i społecznego, a także stabilizacji osobistej. Natomiast głębsze, psychospołeczne spojrzenie na motywy decyzji o operacji plastycznej piersi w kontekście poprawy jakości własnego życia nakazuje zauważyć, iż badane kobiety funkcjonują od około 30 lat w rozmaitych środowiskach społecznych i zawodowych oraz uczestniczą w zróżnicowanych sytuacjach społecznych. Tym samym zdołały zgromadzić wystarczającą pulę informacji zwrotnych na temat swego wyglądu dzięki powszechnie – choć mniej lub bardziej świadomie – stosowanym technikom, jak np.: porównania społeczne, „ja” odzwierciedlone, modelowanie, sukcesy i porażki autoprezentacyjne (Aronson, Wilson, Akert 1997, Bandura 2007, Wojciszke 2011). Wobec tego ich decyzję o operacji plastycznej piersi można uznać za przemyślany, wewnętrznie umotywowany krok na drodze do zaspokojenia potrzeby związanej z poprawą własnego wizerunku fizycznego, a co za tym idzie – z oczekiwanym polepszeniem samooceny i poczucia własnej wartości, znacząco modyfikujących kształt i trwałość relacji interpersonalnych. Tak rozumiana potrzeba i łączące się z nią motywy i oczekiwania stwierdzone u badanych Polek są podobne do dążeń, motywów i oczekiwań zarejestrowanych u innych kobiet z Europy i z USA (Didie, Sarwer 2003, Honiman, Phillips, Castle 2004, Von Soest i in. 2006). Warto podkreślić, że opisane ustalenie zostało potwierdzone (statystycznie istotnym) porównaniem średnich ocen jakości własnego życia. W przypadku kobiet będących przed operacją wartość średniej wynosiła 7,55, a po zabiegu – 8,3. Największy wzrost zadowolenia odnotowano wśród panien, kobiet w wieku 25–35 lat, mieszkanek dużych miast oraz matek dwojga i więcej dzieci.

4. Zdecydowana większość (85,6%) kobiet badanych przed operacją oczekiwała, że po niej nastąpi zmiana wyobrażenia o sobie na pozytywne. Ten wynik zbliża oczekiwania Polek do zakładanych przez inne mieszkanki Europy i USA (Sarwer i in. 1998, Sarwer i in. 2005, Hedén i in. 2006). Na daleko idący wpływ plastyki piersi (tj. spowodowanie całkowitej zmiany w życiu) wskazało 9% ogółu kobiet badanych przed operacją, a o jego spełnieniu orzekło 12,8%. Na zmianę jakości życia seksualnego oczekiwało 1,8% kobiet, a doczekało się jej więcej, bo 11,6% badanych, chociaż i tak mniej niż w badanych próbach amerykańskich i europejskich (Crerand, Infeld, Sarwer 2007, Figueroa-Haas 2007). Warto podkreślić, że Polki badane po operacji odkryły nowe walory związane z realizacją swej decyzji dotyczącej plastyki piersi, oprócz potwierdzenia walorów znanych z dotychczasowych badań, jak np. poprawa samooceny czy brak skrępowania podczas przymierzania i noszenia odzieży. Okazało się bowiem, że wśród 23,1% kobiet rejestrujących pozytywne zmiany wewnętrzne znalazły się te, które zaob-

serwowały u siebie wyeliminowanie zazdrości o wygląd innych kobiet. Ponadto wśród 10,3% kobiet rejestrujących pozytywne zmiany w zakresie funkcjonowania społecznego ujawniły się te, które pozbyły się skrępowania występującego podczas rozbierania się na plaży. Dla porządku i urozmaicenia niemal wyłącznie pozytywnych informacji należy odnotować, że nieco więcej (bo 5,3% w porównaniu z 3,6%) kobiet po operacji stwierdziło, iż to wydarzenie nie wywarło na nich specjalnego wpływu, co potwierdza rzadkie ustalenia amerykańskich i europejskich badaczy (Sarwer i in. 2005).

Ze względu na nowe pozytywne walory dotyczące własnych odczuć i zmian w zakresie funkcjonowania społecznego różnice między oczekiwaniami wobec operacji oraz ich spełnieniem okazały się statystycznie istotne, co świadczy o braku zgodności między oczekiwaniami i efektami pooperacyjnymi. Jednakże wydźwięk tych wypowiedzi, ujawnionych przez badane kobiety w ramach kategorii „inne”, jest wyłącznie pozytywny, co pozwala wnioskować o nawet ponadplanowym spełnieniu kobiecych oczekiwań wobec zabiegu i jego efektów.

5. Przeprowadzone badania skłaniają do sformułowania kilku uwag praktycznych, dostrzeżonych przez zespół operacyjny. Warto bardzo uważnie obserwować zachowania pacjentek. Zwykle są one tak poprawne i ukierunkowane na wywarcie korzystnego wrażenia, że można przeoczyć istotne informacje dotyczące stanu zdrowia kobiet, a zwłaszcza – zaburzeń w zakresie spostrzegania własnego ciała. Dlatego pierwsza konsultacja powinna być staranna i ukierunkowana na ustalenie powodów skłaniających daną osobę do poddania się operacji plastycznej piersi.

Przede wszystkim chodzi o wychwycenie tych kobiet, które uporczywie myślały o swoich piersiach lub zgłaszają wobec nich poważne zastrzeżenia, mimo że wielkość i kształt piersi odpowiadają nie tylko normom, lecz również aktualnej modzie. Takie zachowania wzbudzają podejrzenia o *body dysmorphic disorder* (BDD) – zaburzenie powstałe na tle przewrażliwienia dotyczącego realnego lub wyobrażonego defektu we własnym wyglądzie oraz związane z doświadczaniem ciągłego lęku. Częstość zaburzenia u osób poddających się operacjom plastycznym szacuje się na 5 do 15% (Aouizerate i in. 2003, Veale, De Haro, Lambrou, 2003, Crerand i in. 2004). Odnotowywane w literaturze problemy dotyczą najczęściej skóry, włosów, nosa i piersi (Phillips i in. 2005). Skutki zaburzenia są bardzo groźne, gdyż skłaniają dotknięte nim osoby do izolacji, drażliwości i myśli samobójczych oraz do ciągłego poddawania się zabiegom kosmetycznym i chirurgicznym w celu usunięcia wyimaginowanego defektu. Ze względu na trwałość zaburzenia ponad 90% osób cierpiących na dysmorfofobię zazwyczaj uznaje, że kolejna operacja plastyczna nie przyniosła oczekiwanych efektów lub że spowodowała pogorszenie wyglądu zdefektowanej części ciała (Phillips i in. 2001; Crerand i in. 2005). Ujawnienie tego zaburzenia jest więc przeciwwskazaniem do chi-

urgii plastycznej (Crerand, Franklin, Sarwer 2006), a jednocześnie wskazaniem do psychoterapii i leczenia farmakologicznego (Sarwer, Gibbons, Crerand 2004, Crerand, Franklin, Sarwer 2008).

Ponadto warto zapytać kobiety zdecydowane na operację plastyczną piersi o oczekiwania wobec możliwych reakcji ze strony otoczenia społecznego na widok ich zmienionej sylwetki. Zazwyczaj kobiety się nad tym nie zastanawiają. Tymczasem mogą się zetknąć nie tylko z przejawami podziwu czy życzliwego zainteresowania, ale i oznakami niechęci lub potępienia, a także wścibstwa i kpiny. Tego typu reakcje wymagają wypracowania odpowiednich strategii radzenia sobie, gdyż już sam wzrost zainteresowania powiększonymi piersiami może jedne kobiety satysfakcjonować, a inne doprowadzać do stanu gniewnej irytacji. Dlatego tak ważne jest możliwie wszechstronne przygotowanie się do realizacji jednej z ważniejszych decyzji życiowych, pociągających za sobą istotne zmiany w funkcjonowaniu psychospołecznym.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson R. C., Cunningham B., Tafesse E., Lenderking W. R. (2006), *Validation of the breast evaluation questionnaire for use with breast surgery patients*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 118, 597–602.
- Aouizerate B., Pujol H., Grabot D., Faytout M., Suire K., Braud C., Auriacombe M., Martin D., Baudet J., Tignol J. (2003), *Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants*, „European Psychiatry”, 18, 365–368.
- Aronson E., Wilson T. D., Akert R. M. (1997), *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Bandura A. (2007), *Teoria społecznego uczenia się*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Baum S. K., Stewart R. B. Jr. (1990). *Sources of meaning trough the life-span*, „Psychological Reports”, 67, 3–14.
- Brinton L. A., Lubin J. H., Burich M. C., Colton T., Brown S. L., Hoover R. N. (2000), *Breast cancer following augmentation mammoplasty (United States)*, „Cancer Causes Control”, 11, 819–827.
- Brown M. H., Shenker R., Silver S. A. (2005), *Cohesive silicone gel breast implants in aesthetic and reconstructive breast surgery*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 116, 768–779.
- Crerand C. E., Sarwer D. B., Magee L., Gibbons L. M., Lowe, M. R., Bartlett, S. P., Becker, D. G., Glat P. M., LaRossa D., Low D. W., Whitaker L. A. (2004), *Rate of body dysmorphic disorder among patients seeking facial cosmetic procedures*, „Psychiatric Annals”, 34, 958–965.
- Crerand C. E., Phillips K. A., Manard W., Fay, C. (2005), *Non-psychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder and cosmetic surgery*, „Psychosomatics”, 46, 549–555.
- Crerand C. E., Franklin M. E., Sarwer D. B. (2006), *Body dysmorphic disorder*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 118, 167–180.
- Crerand C. E., Infield A. L., Sarwer D. B. (2007), *Psychological considerations in cosmetic breast augmentation*, „Plastic Surgical Nursing”, 27(3), 146–154.
- Crerand C. E., Franklin M. E., Sarwer D. B. (2008), *Patient safety: Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 122 (45), 1–15.
- Cunningham B. (2007), *The mentor core study on silicone MemoryGel breast implants*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 120 (7), 19S–29S.

- Cunningham B., McCue J. (2009), *Safety and effectiveness of Mentor's MemoryGel implants at 6 years*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 33(3), 440–444.
- Darisi T., Thorne S., Iacobelli C. (2005), *Influences on decision-making for undergoing plastic surgery: A mental models and quantitative assessment*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 116, 907–913.
- Deapen D. M., Bernstein L., Brody G. S. (1997), *Are breast implants anticarcinogenic? A 14-year follow-up of the Los Angeles Study*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 99, 1346–1353.
- Didie E. R., Sarwer D. B. (2003), *Factors which influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery*, „Journal of Women's Health”, 12, 241–253.
- Druss, R.G. (1973), *Changes in body image following augmentation breast surgery*, „Journal of Psychoanalytic Psychotherapy”, 2, 248–256.
- Figueroa-Haas C. L. (2007), *Effect of breast augmentation mammoplasty on self-esteem and sexuality: A quantitative analysis*, „Plastic Surgery Nursing”, 27(3), 16–36.
- Hedén P., Boné B., Murphy D.K., Slicton A., Walker P. S. (2006), *Style 410 cohesive silicone breast implants: Safety and effectiveness at 5 to 9 years after implantation*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 118, 1281–1287.
- Honiman R., Phillips K. A., Castle D. J. (2004), *A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 113, 1229–1237.
- Jacobsen P. M., Holmich L. R., McLaughlin J. K., Johansen, C., Olsen, J. H., Kjoller, K., Friis, S. (2004), *Mortality and suicide among Danish women with cosmetic breast implants*, „Archives of Internal Medicine”, 164, 2450–2455.
- Lipworth L., Nyren O., Weimin Y., Fryzek J. P., Tarone R. E., McLaughlin, J. K. (2007), *Excess mortality from suicide and other external causes of death among women with cosmetic breast implants*, „Annals of Plastic Surgery”, 59, 119–123.
- Lipworth L., Tarone R. E., McLaughlin J. K. (2004), *Silicone breast implants and connective tissue disease: An updated review of the epidemiologic evidence*, „Annals of Plastic Surgery”, 52, 598–601.
- Majkovicz M., Bartosińska A. (2011), *Ocena jakości życia w chorobach dermatologicznych – koncepcje i narzędzia pomiaru*, [w:] T. Rzepa, J. Szepietowski, R. Żaba (red.), *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry* (s. 22–29), Wrocław: Cornetis.
- McGrath M. H. (2007), *The psychological safety of breast implant surgery*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 120, 103S–109S.
- Park A. J., Chetty U., Watson A. C. H. (1996), *Patient satisfaction following insertion of silicone breast implants*, „British Journal of Plastic Surgery”, 49, 515–518.
- Pastucha M., Rzepa T., Modrzejewski A., Grzesiak W. (2010), *Atrakcyjność fizyczna i samoocena a motywacje decyzji o operacji plastycznej piersi oraz ocena jej następstw*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 19(3), 197–204.
- Phillips K.A., Grant J., Sinicalchi J., Albertini R. S. (2001), *Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder*, „Psychosomatics”, 42, 504–510.
- Phillips K. A., Menard W., Fay C., Weisberg R. (2005), *Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder*, „Psychosomatics”, 46, 317–325.
- Sarwer D. B., Wadden T. A., Pertschuk M. J., Whitaker L. A. (1998), *Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 101, 1644–1649.
- Sarwer D. B., LaRossa D., Bartlett S. P., Low D. W., Bucky L. P., Whitaker, L. A. (2003), *Body image concerns of breast augmentation patients*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 112, 83–90.
- Sarwer D. B., Gibbons L. M., Crerand C. E. (2004), *Treating body dysmorphic disorder with cognitive-behavior therapy*, „Psychiatric Annals”, 34, 934–941.

- Sarwer D. B., Gibbons L. M., Magee L., Baker J. L., Casas L. A., Glat P. M., Gold A. H., Jewell M. L., LaRossa D., Natal F., Young V. L. (2005), *A prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery*, „Aesthetic Surgery Journal”, 25, 263–269.
- Schlebusch L., Marht I. (1993), *Long-term psychological sequelae of augmentation mammoplasty*, „South African Medical Journal”, 83, 267–271.
- Strom S. S., Baldwin B. J., Sigurdson A. J., Schusterman M. A. (1997), *Cosmetic saline breast implants: a survey of satisfaction breast-feeding experience, cancer screening, and health*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 100, 1553–1557.
- Von Soest T., Kvaalem I. L., Skolleborg K. C., Roald H. E. (2006), *Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 117, 51–62.
- Veale D., De Haro L., Lambrou C. (2003), *Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder*, „British Association of Plastic Surgeons”, 56, 546–551.
- Walker P. S., Walls B., Murphy D. K. (2009), *Natrelle saline-filled breast implants: a prospective 10-year study*, „Aesthetic Surgery Journal”, 29 (1), 19–25.
- Wojciszke B. (2011), *Psychologia społeczna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wołowicka L. (2001), *Jakość życia w naukach medycznych*, Poznań: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu.
- Young V. L., Nemecek J. R., Nemecek D. A. (1994), *The efficacy of breast augmentation. Breast size, increase, patient satisfaction and psychological effects*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 94, 958–969.

SUMMARY

The goals of this research were: (1) to establish the importance of making a decision about breast cosmetic surgery as a significant life event; (2) to compare the assessed quality of life before surgery and after it; (3) to compare the expectations concerning surgery and its consequences. The research was conducted in the group of 113 women who decided to undergo breast plastic surgery. Among them, seventy-eight were interviewed once more, one year after the operation. Additionally, a few important guidelines for the medical team qualifying for the surgery were determined.

Key words: breast cosmetic surgery, expectations, results