



## Atrakcyjność fizyczna i samoocena a motywy decyzji o operacji plastycznej piersi oraz ocena jej następstw

*Physical attractiveness and self-evaluation in relation to motives underlying the decision about cosmetic breast surgery and to expected consequences of the surgery*

MACIEJ PASTUCHA<sup>1</sup>, TERESA RZEPA<sup>2</sup>, ANDRZEJ MODRZEJEWSKI<sup>3</sup>, WILHELM GRZESIAK<sup>4</sup>

1. Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska w Szczecinie
2. Instytut Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego
3. Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
4. Zakład Biostatystyki Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego w Szczecinie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Sprawdzenie zależności między oceną własnej atrakcyjności fizycznej i cech swego charakteru a motywami podjęcia decyzji o operacji plastycznej piersi oraz oczekiwanymi jej konsekwencjami.

**Metoda.** W badaniach, przeprowadzonych w latach 2006-2008, uczestniczyło 113 kobiet. Badania miały charakter anonimowy i polegały na indywidualnym wypełnieniu ankiety, skonstruowanej specjalnie do celów badawczych.

**Wyniki.** Decyzję o poprawie swego wyglądu podejmują najczęściej kobiety w wieku ok. 30 lat, panny, oceniające swój wygląd jako dość atrakcyjny lub przeciętny, a cechy swego charakteru jako pozytywne lub bardzo pozytywne. Ocena atrakcyjności fizycznej jest spójna z oceną własnego charakteru, a obie zmienne wykazują związek z kierowaniem się motywami wewnętrznymi przy podejmowaniu decyzji o operacji. Wyróżnione zmienne nie wpływają natomiast na ogólnie pozytywne oczekiwania odnośnie konsekwencji operacji plastycznej piersi.

**Wnioski.** Najbardziej niebezpieczne dla zdrowia psychicznego jest połączenie motywów zewnętrznych z wygórowanymi, pozytywnymi oczekiwaniami wobec zmian własnego wyglądu i relacji z innymi (zwłaszcza z partnerem) po zabiegu operacyjnym. Wymaga to szczególnej uwagi i troski ze strony zespołu medycznego.

### SUMMARY

**Objectives.** To explore the relationship of self-rated own physical attractiveness and personality traits to: (1) motives underlying the decision to undergo cosmetic breast surgery, and (2) expected consequences of the surgery.

**Method.** Participants in the study conducted in the years 2006-2008 were 113 women who anonymously and individually responded to a questionnaire developed for the research purposes.

**Results.** The decision to improve their appearance is usually made by single women aged about 30, who assess their looks as rather attractive or average, and their personality traits as positive or very positive. Their self-rating of own physical attractiveness is consistent with that of their personality traits, and both these variables are related to inner-directedness of their decision-making concerning the surgery. However, neither of these variables is related to the participants' generally positive expectations of the cosmetic breast surgery consequences.

**Conclusions.** A combination of the patient's external motivation with overly positive expectations about post-surgery changes in her appearance and interpersonal relationships (especially these with her partner) involves the greatest risk to her mental health. Therefore, special attention and care are required from the medical team.

---

**Słowa kluczowe:** atrakcyjność fizyczna /cechy charakteru /poprawa własnego wyglądu /motywy i następstwa

**Key words:** physical attractiveness /personality traits /appearance improvement /motives and consequences

---

Do wzrostu popularności chirurgii kosmetycznej przyczyniły się z pewnością mass-media i branża rozrywkowa. Chęć poprawy niedostatków własnej urody – szczególnie piersi – wzmagala się głównie wskutek bombardowania ludzi obrazami idealnego wyglądu fizycznego, zamieszczanymi w magazynach, Internecie, w telewizji, na ekranach kin, a także demonstrowanych na pokazach mody. Pojawiły się specjalne programy telewizyjne przedstawiające praw-

dziwe operacje plastyczne i ich udane efekty. Ponadto, postęp technologiczny uczynił operacje plastyczne bezpieczniejszymi [1]. Od roku 1964 stale ulepszano wprowadzone wówczas protezy silikonowe [2]. W 1992 roku ostatecznie stwierdzono, że wszczepienie implantów silikonowych nie zwiększa częstości zapadania na nowotwory złośliwe i schorzenia tkanki łącznej [3, 4, 5], ani też nie opóźnia wykrycia raka piersi [6, 7, 8]. Ponadto ustalono, iż

ryzyko chorób autoimmunologicznych po implantacji piersi nie jest większe niż w pozostałej populacji [9, 10, 11]. Co prawda, u niektórych kobiet po wszczepieniu implantów pojawiają się powikłania [12], lecz w ostatecznym rozrachunku korzyści wynikające z poddania się operacji przewyższają jej negatywne konsekwencje. Najlepszym dowodem na to jest stały wzrost liczby kobiet decydujących się na powiększenie piersi [13]. Na przykład w 2002 r. w Stanach Zjednoczonych operacji poddało się 237 tys. kobiet [14], a w 2006 roku – już 330 tys.

Wraz ze wzrostem popularności operacji powiększania piersi, wzrosło też zainteresowanie aspektami demograficznymi i psychologicznymi tej operacji. Na podstawie badań dotyczących 1244 kobiet poddających się powiększeniu piersi stwierdzono, że ich wiek wahał się od 18 do 60 lat, przy średniej – 31 lat. Czterdzieści siedem procent kobiet było zamężnych, 29% – samotnych, 18% – rozwiedzionych, 2% pozostawało w separacji, a 1% owdowiało [14]. W innych badaniach, wiek 292 kobiet, którym powiększono piersi, wahał się od 16 do 68 lat, a średnia wynosiła 33 lata. Wśród nich 67% było zamężnych, 16% – rozwiedzionych, 15% – panien i 1% – owdowiałych [15]. Jeszcze inne badania wskazywały na to, że operacjom powiększenia piersi poddają się kobiety w wieku około trzydziestu lat, zamężne i posiadające dzieci [1]. Choć trudno się tu dopatrzeć jakichś prawidłowości, to dość powszechny jest pogląd, że operacjom plastycznym poddają się zamężne kobiety europejskie i amerykańskie, w wieku między 20 a 30 r.ż., przekonane, że ten zabieg ułatwi im rozwój związków małżeńskich i romantycznych [16].

Wyniki różnych badań pozwalają ponadto na stwierdzenie, iż kobiety, które poddały się operacji powiększenia piersi różnią się od tych, które tego nie zrobiły. Powiększające swe piersi ważyły średnio mniej niż kobiety bez implantów [17, 18, 19], miały więcej partnerów seksualnych, używały więcej środków antykoncepcyjnych, były młodsze wówczas, gdy po raz pierwszy zaszły w ciążę, jak również – częściej ciążę przerywały [17, 18, 19, 20]. Częściej też paliły papierosy i były zwolenniczkami alkoholu oraz częściej się rozwodziły [21, 22].

Wobec różnorodności motywów leżących u źródeł wszelkich decyzji i działań, wcale nie dziwi, że w badaniach stwierdzano występowanie rozproszonych a nawet sprzecznych motywów, którymi kierowały się kobiety zdecydowane na operacyjną zmianę piersi. Często powodowały nimi motywy psychologiczne, tj.: poprawa jakości życia, podwyższenie samooceny i pewności siebie, polepszenie relacji z partnerem, wzrost satysfakcji seksualnej, nawiązanie bliskich kontaktów z mężczyznami, dążenie do naprawy konfliktów wewnętrznych [23, 24, 25]. U badanych kobiet stwierdzono także motywację do pozbycia się problemów w zakresie (m.in.) identyfikacji z własnymi matkami, co prowadziło je do ukształtowania nieadekwatnego obrazu własnego ciała i do zwątpienia we własną kobiecość [24]. Na drodze empirycznej ustalono także, że 75% kobiet zdecydowanych na operację plastyczną piersi kieruje się dążeniem do zwiększenia własnej aktywności i do poprawy stanu zdrowia, 45% podaje jako motyw – wzrost akceptacji społecznej, 25% oczekuje większych sukcesów

towarzyskich, korzyści ekonomicznych i szybkiej kariery zawodowej [25]. Z kolei na podstawie innych badań stwierdzono, że ocena własnego wyglądu i samoocena u kobiet poddających się powiększaniu piersi nie różniły się od tych wielkości psychologicznych u kobiet z grupy kontrolnej, chociaż – w odróżnieniu od nich – kobiety zdecydowane na operację były niezadowolone z wyglądu właśnie tej części swego ciała [26, 27]. Problemy z samooceną i chęć jej poprawy okazały się wręcz nieistotnym motywem u 195 kobiet oczekujących na operacje plastyczne, w tym – u kobiet oczekujących na powiększenie piersi [28]. Ustalono również, że istotną rolę podczas podejmowania decyzji o plastyce piersi odgrywały czynniki informacyjne i medyczne, głównie – znajomość ryzyka i oczekiwanych korzyści [29]. Okazało się także, iż pacjentki deklarujące wewnętrzne, racjonalne, przemyślane motywy swej decyzji są jednocześnie bardziej przekonane o sukcesie operacji niż kierujące się motywami zewnętrznymi [30].

Podsumowując należy jednak stwierdzić, iż podstawowym motywem poddania się operacji plastycznej piersi jest niezadowolenie z własnego wyglądu [26].

Co interesujące, psychologiczne badania jakościowe (prowadzone w latach 80. XX wieku) wykazały, że u osób poddających się operacjom plastycznym częściej występują rozmaite patologie i zaburzenia psychiczne [31]. W późniejszych badaniach, opartych na standaryzowanych skalach psychometrycznych, stwierdzono ich znacznie mniej [19, 23, 29]. Jednocześnie ustalono, że kobiety zdecydowane na plastykę piersi częściej poddawały się psychoterapii [26, 32], częściej były leczone lekami psychotropowymi [32, 33] i hospitalizowane psychiatrycznie [33, 34], w porównaniu do kobiet decydujących się na inne operacje plastyczne lub w porównaniu do populacji ogólnej. Przed operacją wszczepienia implantów, u pacjentek występowały częściej niż zwykle zaburzenia o charakterze depresyjnym, niska samoocena, poczucie niedoskonałości, zmniejszone poczucie kobiecości i atrakcyjności seksualnej [35]. Co piąta z kobiet oczekujących na zabieg powiększenia piersi deklarowała zaburzenia lękowe i depresyjne, a 10% oświadczyło, że wymaga leczenia w zakresie zdrowia psychicznego [36]. Warto odnotować, że u kobiet oczekujących na powiększenie piersi (lub inne operacje plastyczne) nierzadko występuje anoreksja i bulimia [37]. Ponadto, z badań wynika, że częstość samobójstw u kobiet z wszczepami silikonowymi piersi jest 2-3 razy wyższa niż w ogólnej populacji kobiet [20, 35, 38, 39, 40, 41, 42] oraz, że samobójstwa u kobiet z wszczepami są częstsze niż u osób, u których wykonano inne operacje plastyczne [20], albo że nie ma różnicy w tym zakresie [42].

Chociaż wyniki niektórych badań sugerują, że istnieje rozbieżność pomiędzy wynikami oczekiwanymi przez pacjentkę i lekarza [29, 43, 44, 45, 46], to większość kobiet poddanych operacji powiększenia piersi jest zadowolona z jej efektu [2, 29, 47, 48]. Również w ciągu pierwszych dwóch lat po zabiegu, większość kobiet stwierdza poprawę swego wyglądu fizycznego [43, 44, 49]. Jednakże satysfakcja i korzyści psychiczne po powiększeniu piersi mogą być zminimalizowane na skutek powikłań pooperacyjnych. Stwierdzono bowiem, że kobiety, u których powikłania wystąpiły, wskazywały na niezbyt pozytywne zmiany w ob-

razie swego ciała [44]. W innych badaniach stwierdzono, że kobiety, u których doszło do powikłań wymagających napraw chirurgicznych (pęknięcie lub zmniejszenie się implantu, przykurcze, asymetria), odczuwają podobną satysfakcję jak kobiety z implantami, które nie miały powikłań [15]. Bowiem aż 81% było zadowolonych z implantów, 73% polecałoby je innym, a tylko 3% było z nich niezadowolonych. Przy tym 65% kobiet stwierdziło wzrost jakości swego życia, a 68% – poprawę atrakcyjności seksualnej. W wielu badaniach okazało się także, iż po powiększeniu piersi pacjentki stwierdzają wzrost samooceny (aż 89% odnotowuje taki efekt [48]), wyższe poczucie atrakcyjności (87% [48]) i kobiecości (96% [48]) oraz ogólną poprawę nastroju [13, 28, 50, 51], deklarowaną nawet przez 87% badanych kobiet [48]; a także – szybką integrację piersi z implantami z obrazem własnego ciała [52]. Ponadto, w przywoływanych już badaniach [48], 85% kobiet stwierdziło wzrost osobistej charyzmy, a 75% – poprawę w zakresie życia seksualnego. Wykazano także niewielkie zmiany na lepsze w zakresie zdrowia psychicznego (26% kobiet), aktywności (29%) i zdolności do pracy (18%). Natomiast istotną poprawę stwierdzono w spostrzeganiu własnego ciała (95%) i doznawaniu pozytywnych odczuć z noszenia ubiorów (99%) [14, 48].

Tak dalece pozytywne wyniki osłabia porównawcza analiza przedoperacyjna i pooperacyjna 72 osób poddających się chirurgii plastycznej (w tym 39 kobiet powiększających lub podwieszających piersi), gdyż wykazała ona brak istotnych różnic w zakresie samooceny oraz brak spadku objawów depresji po operacji [49].

## CEL BADANIA

Te interesujące i zarazem kontrowersyjne wyniki licznych badań zachodnioeuropejskich i amerykańskich stały się punktem wyjścia do weryfikacji niektórych spośród przedstawionych zależności i ustaleń, w populacji polskich kobiet. Poczynione założenia badawcze dotyczyły następujących zależności: (1) im wyżej pod względem atrakcyjności fizycznej i cech charakteru ocenia się pacjentka, tym częściej kieruje się motywami wewnętrznymi podczas podejmowania decyzji o operacji plastycznej piersi; (2) im wyżej pod względem atrakcyjności fizycznej i cech charakteru ocenia się pacjentka, tym częściej oczekuje pozytywnych konsekwencji decyzji o poddaniu się operacji plastycznej.

## BADANA GRUPA

Badaną grupę stanowiło 113 kobiet, które podjęły decyzję o poddaniu się plastycznej operacji piersi w ramach indywidualnej, specjalistycznej praktyki lekarskiej w zakresie chirurgii plastycznej, prowadzonej w Szczecinie. Kobiety były w wieku od 20 do 48 lat, w tym 43,6% liczyło sobie od 20 do 29 lat, tyle samo – od 30 do 39 lat, a 12,8% kobiet przekroczyło czterdziesty rok życia. Prawie połowę (48,7%) kobiet stanowiły panny, 41% – mężatki, a 5,3% – rozwódki.

O miejscu i możliwości dokonania operacji plastycznej kobiety dowiadywały się najczęściej z Internetu (52,8%) lub od wcześniej operowanej osoby (14,6%), bądź też z lokalnych gazet (12,2%).

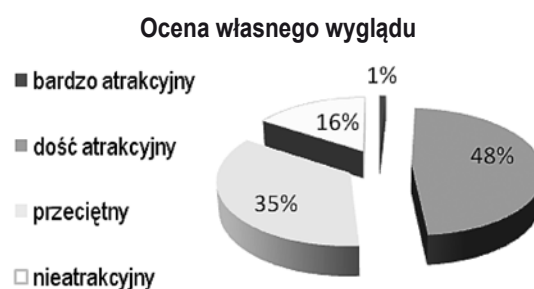
## METODA

Specjalną ankietę o charakterze anonimowym skonstruowano głównie w celu ustalenia zależności między motywami decyzji o poddaniu się operacji plastycznej oraz jej oczekiwanymi następstwami a takimi zmiennymi psychologicznymi, jak: ocena własnego wyglądu fizycznego oraz podstawowych cech charakteru. Była ona chętnie wypełniana przez pacjentki podczas oczekiwania na wizytę lekarską.

Badania ankietowe przeprowadzono w latach 2006-2008. Po zebraniu wypełnionych ankiet okazało się, że dwie z nich w kilku miejscach są niekompletne, dlatego dalszej analizie zostały poddane wypowiedzi 111 kobiet zdecydowanych na operację plastyczną piersi.

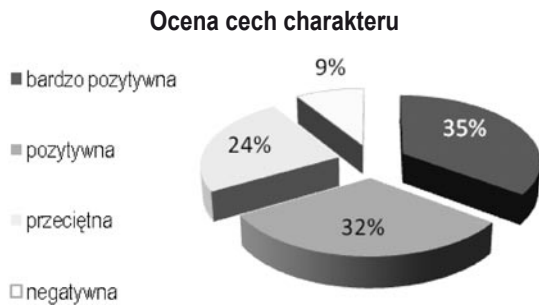
## WYNIKI

Własny wygląd fizyczny kobiety oceniały na siedmio-stopniowej skali, ograniczonej biegunami: „bardzo atrakcyjny” – „bardzo nieatrakcyjny”. Analiza wyników wykazała, że najwięcej kobiet (92) oceniło swój wygląd fizyczny jako dość atrakcyjny (53) lub przeciętny (39). Za nieatrakcyjne uznało się 18 badanych, a tylko jedna – za osobą bardzo atrakcyjną. Żadna z kobiet nie przypisała sobie określenia „bardzo nieatrakcyjna, o mnóstwie kompleksów z powodu wyglądu” (ryc. 1).



Rycina 1. Ocena własnej atrakcyjności fizycznej  
Figure 1. Self-assessed physical attractiveness

W celu oceny cech charakteru pacjentki mogły wybrać z listy przymiotników maksymalnie 5 określających je najtrafniej. W zależności od proporcji wybranych cech pozytywnych i negatywnych, odpowiedzi zaliczono do kategorii od „bardzo pozytywnej” do „bardzo negatywnej”. Okazało się, że badane kobiety nieco inaczej (tj. wyżej) oceniły się pod względem cech charakteru niż ze względu na własny wygląd, bowiem 74 uznało je za bardzo pozytywne (39) i pozytywne (35). Dwadzieścia siedem kobiet określiło swój charakter jako przeciętny, a tylko 10 – jako negatywny. Żadna z kobiet nie oceniła siebie jako kogoś o bardzo negatywnym charakterze (ryc. 2).



Rycina 2. Ocena cech własnego charakteru  
Figure 2. Self-rated personality traits

Porównanie oceny cech własnego charakteru i oceny swej atrakcyjności fizycznej wykazało statystycznie istotną zależność (współczynnik korelacji rang Spearmana  $\rho=0,21$ , na poziomie  $\alpha=0,05$ ). To znaczy, że im wyżej ocenia swój wygląd dana kobieta, tym jednocześnie bardziej pozytywnie ocenia cechy swego charakteru. Świadczy to o spójności wizerunku samej siebie u badanych kobiet.

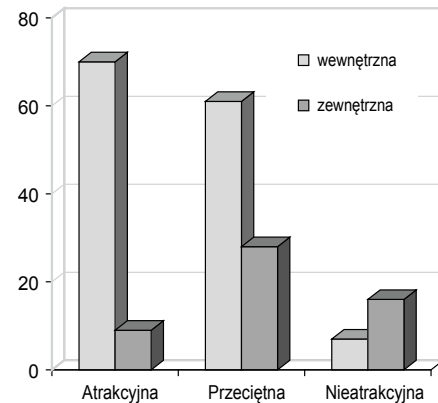
Jeśli chodzi o motywy podjęcia decyzji o operacji plastycznej piersi, to kobiety mogły wybrać maksymalnie 2 odpowiedzi spośród 11 proponowanych. Ponadto, mogły wyrazić własną opinię, ponieważ pytanie miało charakter półotwarty. Jednak żadna z nich nie skorzystała z tej możliwości. Większość kobiet wskazywała na jeden dominujący motyw, a jeśli wybierały dwa, to były one spójne. O kierowaniu się motywami wewnętrznymi świadczył wybór takich odpowiedzi, jak np.: „Chodzi o moje samopoczucie. Z takimi piersiami nie czuję się dobrze”; „Moje piersi – to mój zadawiony kompleks. Chcę się go pozbyć”; „Obecny biust jest za mały. Zawsze chciałam mieć duże piersi”. Natomiast o tym, iż motywy decyzji o operacji miały charakter zewnętrzny, świadczyły (m.in.) odpowiedzi: „Robię to dla mego partnera, który pragnie bym miała odpowiedni biust”; „Robię to z zazdrości, gdyż nie mogę patrzeć na kobiety, które mają piękny biust”; „Wstydę się swoich piersi. Mam problem z rozebraniem się na plaży”. Okazało się, że niemal trzy czwarte badanych kobiet (tabl. 1) kierowało się motywami wewnętrznymi, co potwierdza słusność powszechnie znanych psychologicznych ustaleń o znaczącym wpływie wyglądu fizycznego na poczucie własnej wartości i na poziom samooceny. Pozostałe kobiety były powodowane motywami natury zewnętrznej, tj. oddziaływaniami ze strony otoczenia społecznego (zwłaszcza – partnera).

Tabela 1. Główne motywy decyzji o operacji poprawy wyglądu piersi  
Table 1. Main motives underlying the decision to improve breast appearance

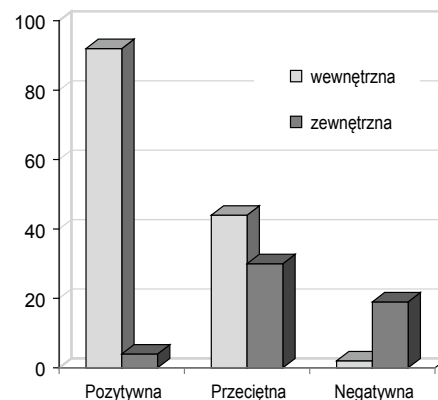
Rodzaj motywu	Wskazania	
	liczba	%
Motywy wewnętrzne: rozprawienie się z (zadawnionym i niszczącym własny wizerunek) kompleksem na tle piersi	138	72,2
Motywy zewnętrzne: wstyd wobec innych (zwłaszcza partnera) z powodu wyglądu piersi	53	27,8
Razem	191	100,0

Po tych ustaleniach dokonano sprawdzenia pierwszej hipotezy, a mianowicie – czy rodzaj motywów skłaniających

do podjęcia decyzji o poddaniu się operacji plastycznej piersi zależy od: (1) oceny poziomu atrakcyjności; oraz (2) oceny cech charakteru. Uzyskane zależności okazały się istotne statystycznie ( $\chi^2$  wynosi odpowiednio 43,53 oraz 72,52;  $\alpha=0,001$ ) i zostały zilustrowane na ryc. 3 i 4.



Rycina 3. Atrakcyjność a motyw decyzji o operacji plastycznej piersi  
Figure 3. Attractiveness and motivation of the decision about cosmetic breast surgery



Rycina 4. Cechy charakteru a motyw decyzji o operacji plastycznej piersi  
Figure 4. Personality traits and motivation of the decision about cosmetic breast surgery

W celu oceny jakości oczekiwanych zmian po operacji plastycznej piersi, kobiety mogły wskazać na jedną spośród czterech możliwych odpowiedzi lub też wyrazić własną opinię, gdyż i w tym przypadku pytanie miało charakter półotwarty. Okazało się, że żadna z nich nie dokonała takiego wyboru (tabl. 2).

Tabela 2. Ocena zmian oczekiwanych w wyniku operacji plastycznej.  
Table 2. Evaluation of expected post-operative changes.

Oczekiwana zmiana	Wskazania	
	liczba	%
Zmiana wyobrażenia o sobie na pozytywne	95	85,6
Całkowita zmiana w życiu	10	9,0
Brak jakiegokolwiek wpływu	4	3,6
Zmiana w zakresie życia seksualnego	2	1,8
Razem	111	100,0

Druga weryfikowana zależność, tj. między poziomem atrakcyjności fizycznej oraz oceną cech charakteru a oczekiwaniami pozytywnych konsekwencji decyzji o operacji plastycznej piersi, okazała się nieistotna statystycznie. To znaczy, że – niezależnie od poziomu atrakcyjności fizycznej oraz oceny własnego charakteru – badane kobiety oczekują przede wszystkim (85,6%), że po operacji dokona się zmiana ich wyobrażenia o sobie na jeszcze bardziej pozytywne lub pozytywne. Przy tym dziesięć z nich przydaje operacji piersi rangę wydarzenia, które spowoduje całkowitą zmianę w ich dotychczasowym życiu. Dwie kobiety liczą na pozytywną zmianę w zakresie życia seksualnego. Jedynie cztery pacjentki oceniły, że operacja nie wywrze jakiegokolwiek wpływu na ich aktualne życie i na jego jakość.

## OMÓWIENIE

Wyniki badań 111 kobiet zdecydowanych na poddanie się operacji plastycznej piersi przekonują o niekwestionowanej roli Internetu jako źródła informacji na temat zabiegów medycznych. Kobiety podejmujące decyzję o operacji liczyły sobie od 20 do 48 lat, w tym po tyle samo (43,6%) było w wieku od 20 do 29 oraz od 30 do 39 lat. 12,8% kobiet przekroczyło czterdziesty rok życia. Średnia wieku, podobnie jak w cytowanych badaniach zachodnioeuropejskich i amerykańskich, oscyluje około 30 roku życia. Jeśli chodzi o stan cywilny, to (odwrotnie niż w porównywanych badaniach) przeważały tu panny (48,7%), na następnym miejscu uplasowały się mężatki (41,0%). Zgodnie z wynikami badań przeprowadzonych w innych krajach, na dalszym miejscu występują rozwódki (5,3%).

Decyzję o operacji podjęły kobiety oceniające swój wygląd fizyczny jako dość atrakcyjny (48%) lub przeciętny (35%). Taką decyzję podjęły także kobiety oceniające się jako nieatrakcyjne (16%). Tylko jedna z badanych uznała się za osobę bardzo atrakcyjną. W porównywanych wynikach badań zabrakło takich danych, lecz wiadomo, że większość kobiet poddających się operacjom plastycznym piersi nie była zadowolona ze swego wyglądu. Zatem można przypuszczać, że badane Polki oceniły swą urodę wyżej niż kobiety z innych krajów.

Ponadto, decyzję o operacji podjęły kobiety oceniające cechy swego charakteru jako bardzo pozytywne (35%) i pozytywne (32%), jak również – przeciętne (24%) i negatywne (9%). Większość cytowanych badań z tego zakresu odnosiła się raczej do oceny stanu psychicznego kobiet decydujących się na operację plastyczną piersi, trudno zatem porównywać te dane z oceną własnego charakteru. W przypadku badanych kobiet stwierdzono, że im wyżej oceniały one swą atrakcyjność fizyczną, tym więcej przypisywały sobie pozytywnych cech charakteru. Może to świadczyć o spójności obrazu siebie.

W trakcie podejmowania decyzji o operacji plastycznej piersi, większość kobiet (72,2%) kieruje się motywami natury wewnętrznej, aniżeli motywami zewnętrznymi (27,8%). Rodzaj motywu leżącego u podstaw decyzji o operacji plastycznej zależy od oceny własnej atrakcyjności fizycznej i cech charakteru w ten sposób, że im wyższy poziom owych ocen, tym częściej motywacja ma charakter wewnętrzny. Zatem tym częściej decyzja jest podejmowana samodzielnie, na podstawie własnych

przemysłów, stanowiąc zazwyczaj realizację ukrytych pragnień lub rozprawienie się z zadawnionym kompleksem. To ustalenie pozytywnie weryfikuje jedną z hipotez, a jednocześnie nakazuje chirurgowi plastycznemu zwrócić szczególną uwagę na te kobiety, które kierują się motywami zewnętrznymi, gdyż często ich oczekiwania wobec operacji są nadmierne i wygórowane. W kilku badaniach wykazano bowiem, że odsetek samobójstw po wszczęciu implantów wzrasta u kobiet po 40 r.ż. i to wraz z czasem pozostawania implantu w organizmie [38, 40, 42]. To zjawisko można wyjaśniać niezaspokojeniem oczekiwań przedoperacyjnych – zwłaszcza jeśli są one nierealistyczne i wynikają z motywów zewnętrznych. Jak choćby takich, że operacja przyczyni się do zmiany (w sensie pozytywnym) uczuć partnera. Jeśli takie oczekiwania się nie spełniają, to dochodzi do przygnębienia, depresji, a nawet – myśli i skłonności samobójczych. Podobne skutki powoduje wystąpienie powikłań pooperacyjnych [26, 53, 54, 55].

Tak jak motywacje decyzji o operacji plastycznej piersi zależą od oceny wyglądu fizycznego i od oceny własnego charakteru, tak oczekiwania odnośnie wpływu operacji plastycznej na zmianę jakości dotychczasowego życia od nich nie zależą. Zdecydowana większość kobiet (85,6%), podobnie jak większość kobiet biorących udział w cytowanych badaniach, spodziewa się wyłącznie pozytywnych następstw i to dotyczących radykalnej poprawy wyobrażeń na swój temat. Niektóre z nich (9%) oczekują wręcz całkowitej zmiany własnego życia. Aby dokładnie sprawdzić tę zależność, należałoby przeprowadzić dodatkowe badania porównawcze, dotyczące związku między oceną poziomu spełnienia oczekiwań wobec operacji plastycznej piersi a rodzajem motywu deklarowanego przed zabiegiem.

Powyższe ustalenia pozwalają na sformułowanie kilku wskazówek praktycznych. Po pierwsze, członkowie zespołu operacyjnego powinni uważnie obserwować zachowania pacjentek podczas wizyt w gabinecie. Wiadomo bowiem, że pacjentki zwykle zachowują się poprawnie w obecności chirurga plastycznego, starając się wywrzeć korzystne wrażenie. W rezultacie, mogą ukryć istotne informacje dotyczące ich stanu zdrowia, zwłaszcza zaburzeń psychicznych. Dlatego tak istotne jest, aby obserwacje prowadzili wszyscy członkowie zespołu. Po drugie, wstępna konsultacja powinna umożliwiać również psychologiczną ocenę motywów poddania się operacji plastycznej piersi. Głównie chodzi o ustalenie, czy pacjentka kieruje się motywami wewnętrznymi (własnymi i przemyślanymi); czy też zewnętrznymi, pochodzącymi od innych osób (najczęściej – partnera) lub z mediów. Poddanie się operacji plastycznej z motywów zewnętrznych może powodować negatywne następstwa, więc kierującej się nimi pacjentce trzeba wyraźnie uświadomić, że nie jest możliwe przewidzenie reakcji otoczenia na projektowaną zmianę jej wyglądu fizycznego. Przykładowo, niektóre kobiety doświadczają wręcz poczucia sukcesu z powodu wzrostu zainteresowania ich powiększonymi piersiami, lecz inne mogą to odczuwać jako dyskomfort i powód do irytacji. Ponadto, może wystąpić poważny dysonans poznawczy między wygórowanymi oczekiwaniami co do wyłącznie pozytywnych następstw poddania się operacji plastycznej a stanem faktycznym. Na przykład, zmiana własnego wyglądu może wcale nie wpłynąć na spodziewaną poprawę relacji z partnerem, powodując pogorszenie stanu

psychicznego kobiety. Po trzecie, ocena własnego wyglądu fizycznego przez pacjentki zamierzające się poddać operacji powiększenia piersi powinna być także elementem konsultacji psychologicznej. Należy zapytać pacjentkę, czego w szczególności nie lubi w swoich piersiach i poprosić, żeby wskazała to chirurgowi i personelowi pielęgnarskiemu. Chodzi bowiem o wychwycenie tych kobiet, które zgłaszając istotną przykrość przy normalnych piersiach, przejawiają cielesne zaburzenie dymorficzne (*body dysmorphic disorder*) [56, 57, 58, 59, 60], a także – zaburzenia nastroju i odżywiania, objawy neurovegetatywne (m.in. zaburzenia snu, apetytu, koncentracji uwagi). Po czwarte, w przypadku kobiet, które w przeszłości odnotowały epizody psychiatryczne, konieczna jest konsultacja u specjalisty. Jeśli pacjentka pozostaje w leczeniu, to należy zapytać lekarza psychiatrę o opinię w sprawie kwalifikowania jej do operacji plastycznej.

## WNIOSKI

1. Zasadniczym źródłem informacji na temat operacji plastycznej jest Internet.
2. Średnia wieku kobiet zdecydowanych na poddanie się operacji plastycznej piersi oscyluje około 30 lat. Przeważają panny, następnie mężatki i rozwódki. Decyzję o operacji podejmują kobiety oceniające się przeważnie jako dość atrakcyjne lub przeciętnie atrakcyjne, rzadziej – nieatrakcyjne. Większość z nich pozytywnie lub bardzo pozytywnie ocenia swój charakter, przy czym ocena ta jest tym bardziej pozytywna, im wyżej pod względem atrakcyjności fizycznej ocenia się dana osoba. To dowodzi spójności obrazu siebie.
3. Kobiety o spójnym i pozytywnym obrazie siebie częściej kierują się motywami wewnętrznymi przy podejmowaniu decyzji o poddaniu się operacji plastycznej piersi.
4. Oczekiwania odnośnie niemal wyłącznie pozytywnych konsekwencji pooperacyjnych – dla własnego wizerunku i jakości życia – nie zależą od oceny ani własnej atrakcyjności ani cech charakteru.
5. Badanie wstępne powinno być nastawione na rozpoznanie motywu leżącego u podstaw decyzji o operacji plastycznej piersi, ze zwróceniem szczególnej uwagi na kobiety podejmujące ją pod wpływem presji ze strony partnera seksualnego. Chodzi o uświadomienie im nie tylko możliwych (i często negatywnych) reakcji otoczenia na zmianę wyglądu fizycznego, lecz również tej prawdy, iż operacja plastyczna nie stanowi panaceum na zaburzenia emocjonalne i psychiczne oraz nie jest podstawowym środkiem prowadzącym do poprawy relacji z partnerem czy z osobami bliskimi.

## PIŚMIENNICTWO

1. Crerand CE, Infield AL, Sarwer DB. Psychological considerations in cosmetic breast augmentation. *Plast Surg Nurs*. 2007; 27(3): 146-154.
2. Park AJ, Chetty U, Watson ACH. Patient satisfaction following insertion of silicone breast implants. *Br J Plast Surg*. 1996; 4: 515-518.

3. Kessler DA. The basis of the FDA's decision on breast implants. *N Engl J Med*. 1992; 326: 1713-1715.
4. Deapen DM, Bernstein L, Brody GS. Are breast implants anti-carcinogenic? A 14-year follow-up of the Los Angeles Study. *Plast Reconstr Surg*. 1997; 99: 1346-53.
5. Brinton LA, Lubin JH, Burich MC, Colton T, Brown SL, Hoover RN. Breast cancer following augmentation mammoplasty (United States). *Cancer Causes Control*. 2000; 11: 819-27.
6. Birdsell DC, Jenkins H, Berkel H. Breast cancer diagnosis and survival in women with and without breast implants. *Plast Reconstr Surg*. 1993; 92: 795-800.
7. Cahan AC, Ashikari R, Pressman P, Cody H, Hoffman S, Sherman JE. Breast cancer after breast augmentation with silicone implants. *Ann Surg Oncol*. 1995; 2: 121-5.
8. Le GM, O'Malley CD, Glaser SL, Lynch CF, Stanford JL, Keegan THM, West DW. Breast implants following mastectomy in women with early-stage breast cancer: Prevalence and impact on survival. *Breast Cancer Res*. 2005; 7: 184-193.
9. Tugwell P, Welles G, Peterson, Welch V, Page J, Davison C, McGowan J, Ramroth D, Shea B. Do silicone breast implants cause rheumatologic disorders? A systematic review for a court-appointed national science panel. *Arthritis Rheum*. 2001; 44: 2477-84.
10. Lipworth L, Tarone RE, McLaughlin JK. Silicone breast implants and connective tissue disease: An updated review of the epidemiologic evidence. *Ann Plast Surg*. 2004; 52: 598-601.
11. Wong O. A critical assessment of the relationship between silicone breast implants and connective tissue diseases. *Regul Toxicol Pharmacol*. 1996; 23: 74-85.
12. Hurst NM. Lactation after augmentation mammoplasty. *Obstet Gynecol*. 1996; 87: 30-4.
13. McGrath MH. The psychological safety of breast implant surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2007; 120: 103S-109S.
14. Anderson RC, Cunningham B, Tafesse E, Lenderking WR. Validation of the breast evaluation questionnaire for use with breast surgery patients. *Plast Reconstr Surg*. 2006; 118: 597-602.
15. Strom SS, Baldwin BJ, Sigurdson AJ, Schusterman MA. Cosmetic saline breast implants: a survey of satisfaction/breast – feeding experience, cancer screening, and health. *Plast Reconstr Surg*. 1997; 100: 1553-1557.
16. Sarwer DB, Nordmann JE, Herbert JD. Cosmetic breast augmentation surgery: A critical overview. *J of Womens Health and Gender-Based Med*. 2000; 9: 843-856.
17. Cook LS, Baling JR, Voigt LF, deHart MP, Malone KE, Stanford JL i wsp. Characteristics of women with and without breast augmentation. *J Am Med Assoc*. 1997; 277: 1612-1617.
18. Fryzek JP, Weiderpass E, Signorello LB, Hakelius L, Lipworth L, Blot WJ i wsp. Characteristics of women with cosmetic breast augmentation surgery patients and women in the general population in Sweden. *Ann Plast Surg*. 2000; 45: 349-356.
19. Kjoller K, Holmich LR, Fryzek JP, Jacobsen PM, Friis S, McLaughlin JK i wsp. Characteristics of women with cosmetic breast implants compared with women with other types of cosmetic surgery and population-based controls in Denmark. *Ann Plast Surg*. 2003; 50: 6-12.
20. Brinton LA, Brown SL, Colton T, Burich MC, Colton T, Hoover RN. Mortality among augmentation mammoplasty patients. *Epidemiol*. 2001; 12: 321-326.
21. Beale S, Lisper H, Palm B. A psychological study of patients seeking augmentation mammoplasty. *Br J Psych*. 1980; 136: 133-138.
22. Schleich L, Levin A. A psychological profile of women selected for augmentation mammoplasty. *South Afr Med J*. 1983; 3: 481-483.
23. Didie ER, Sarwer DB. Factors which influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery. *J Wom Health*. 2003; 12: 241-253.

24. Druss RG. Changes in body image following augmentation breast surgery. *J Psychoanal Psychother.* 1973; 2: 248-256.
25. 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(3): 907-16.
26. Sarwer DB, LaRossa D, Bartlett SP, Low DW, Bucky LP, Whitaker LA. Body image concerns of breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 112: 83-90.
27. Sarwer DB, Wadden TA, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg.* 1998; 101: 1644-9.
28. Van Soest T, Kvaalem IL, Skolleborg KC, Roald HE. Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2006; 117: 51-62.
29. Young VL, Nemecek JR, Nemecek DA. The efficacy of breast augmentation. Breast size, increase, patient satisfaction and psychological effects. *Plast Reconstr Surg.* 1994; 94: 958-969.
30. Honiman R, Phillips KA, Castle DJ. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 113: 1229-1237.
31. Beale S, Lisper H, Palm B. A psychological study of patients seeking augmentation mammoplasty. *Br J Psych.* 1980; 136: 133-138.
32. Sarwer DB, Zanville HA, LaRossa D, Bartlett SP, Chang Ben, Low DW, Whitaker LA. Mental health histories and psychiatric medication usage among persons who sought cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 114: 1927-33.
33. Sarwer DB, Gibbons LM, Crerand CE. Treating body dysmorphic disorder with cognitive-behavior therapy. *Psych Ann.* 2004; 34: 934-941.
34. Jacobsen PM, Holmich LR, McLaughlin JK, Johansen C, Olsen JH, Kjoller K, Friis S. Mortality and suicide among Danish women with cosmetic breast implants. *Arch Int Med.* 2004; 164(22): 2450-2455.
35. Edgerton MT, Meyer E, Jacobson WE. Augmentation mammoplasty: II Further surgical and psychiatric evaluation. *Plast Reconstr Surg.* 1962; 21: 279-302.
36. Sarwer DB, Bartlett SP, Bucky LP, LaRossa D, Low DW, Pertschuk MJ, Wadden TA, Whitaker LA. Bigger is not always better: Body image dissatisfaction in breast reduction and breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg.* 1998; 101: 1956-61.
37. Sarwer DB, Crerand CE. Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image: An Int J of Res.* 2004; 1: 99-111.
38. Brinton LA, Lubin JH, Murray MC, Colton T, Hoover RN. Mortality rates among augmentation mammoplasty patients: A update. *Epidemiol.* 2006; 17: 162-169.
39. Kott VC, Peeters PM, Granath F, Grobbee DE, Nyren O. Total and cause specific mortality among Swedish women with cosmetic breast implants. *Br Med J.* 2003; 326: 527-528.
40. Lipworth L, Nyren O, Weimin Y, Fryzek JP, Tarone RE, McLaughlin JK. Excess mortality from suicide and other external causes of death among women with cosmetic breast implants. *Ann Plast Surg.* 2007; 59: 119-123.
41. Pukkala E, Kulmala I, Hovi SL, Hemminki E, Keskimaki I, Pakkanen M, Lipworth L, Boice JD Jr, McLaughlin JK. Causes of death among Finnish women with cosmetic breast implants, 1971-2001. *Ann Plast Surg.* 2003; 51: 339-342.
42. Villeneuve VL, Holowaty EJ, Brisson J, Xie L, Ugnat A, Latulippe L, Mao Y. Mortality among Canadian Women with Cosmetic Breast Implants. *Am J Epidemiol.* 2006; 164: 334-341.
43. Banbury J, Yetman R, Lucas A, Papay F, Graves K, Zins JE. Prospective analysis of the outcome of subpectoral breast augmentation: Sensory changes, muscle function, and body image. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 113: 701-707.
44. Cash TF, Duel LA, Perkins LL. Womens psychosocial outcomes of breast augmentation with silicone gel-filled implants: A 2-year prospective study. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 109: 2112-2121.
45. Adams WP, Bengston BP, Glicksman CA, Gyskiewicz JM, Jewell ML, McGrath MH, Mary H, Reisman NR, Teitelbaum SA, Tebbetts JB, Tebbetts TBS. Decision and management algorithm to address patient and Food and Drug Administration concerns regarding breast augmentation and implants. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 114: 1252-1257.
46. Hsia HC, Thomson JG. Differences in breast shape preferences between plastic surgeons and patients seeking breast augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 112: 312-320.
47. Schlebusch L, Marht I. Long-term psychological sequelae of augmentation mammoplasty. *South Afr Med J.* 1993; 83: 267-271.
48. Hedén P, Boné B, Murphy DK, Slicton A, Walker PS. Style 410 cohesive silicone breast implants: Safely and effectiveness at 5 to 9 years after implantation. *Plast Reconstr Surg.* 2006; 118(6): 1281-7.
49. Sarwer DB, Gibbons LM, Magee L, Baker JL, Casas LA, Glat PM, Gold AH, Jewell ML, LaRossa D, Nahai F, Young VL. A prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery. *Aesth Surg J.* 2005; 25(3): 263-269.
50. Baker JL, Kolink IS, Bartlett ES. Dynamics of patients undergoing mammary augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 1974; 53: 652.
51. Goin MK, Goin JM, Gianini MH. The psychic consequences of a reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1977; 59(4): 530-4.
52. Kilmann PR, Sattler JI, Taylor J. The impact of augmentation mammoplasty: A follow-up study. *Plast Reconstr Surg.* 1987; 80(3): 374-8.
53. McLaughlin JK, Wise TN, Lipworth L. Increased risk of suicide among patients with breast implants: Do the epidemiologic data support psychiatric consultation? *Psychosom.* 2004; 45: 277-280.
54. Sarwer DB, Brown OK, Evans DL. Cosmetic breast augmentation and suicide: A review of the literature. *Am J Psych.* 2007; 164: 1001-1013.
55. Joiner TE. Does breast augmentation confer risk of or protection from suicide? *Aesth Surg J.* 2003; 23: 370-375.
56. Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, Auriacombea M, Martinb D, Baudetb J, Tignol J. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *Eur Psych.* 2003; 18(7): 365-368.
57. Castle DJ, Molton M, Hoffman K, Preston NJ, Phillips KA. Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. *Austr New Zeal J Psych.* 1997; 277: 1612-1617.
58. Crerand CE, Sarwer DB, Magee L, Gibbons LM, Lowe MR, Bartlett SP i wsp. Rate of body dysmorphic disorder among patients seeking facial cosmetic procedures. *Psych Ann.* 2004; 34: 958-965.
59. Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psych Clin Neurosc.* 1998; 52: 283-287.
60. Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br Assoc Plast Surg.* 2003; 56: 546-551.

Wpłynęło: 25.03.2010. Zrecenzowano: 24.05.2010. Przyjęto: 31.05.2010.

Adres: Prof. Teresa Rzepa, Instytut Psychologii Uniwersytet Szczeciński, ul. Krakowska 69, 71-004 Szczecin, tel./fax: 91-4443240