

Doktori (Ph.D.) értekezés

A plasztikai sebészet pszichológiai vonatkozásai: különös tekintettel az egészségi állapotra, a testképre, a testhez való viszonyra, a testtel kapcsolatos szélsőségek tüneteire és az önértékelésre

Krakkóné Szászi Beáta



Debreceni Egyetem

BDT

Debrecen, 2024

A plasztikai sebészet pszichológiai vonatkozásai: különös tekintettel az egészségi állapotra, a testképre, a testhez való viszonyra, a testtel kapcsolatos szélsőségek tüneteire és az önértékelésre

Értekezés a doktori (Ph.D.) fokozat megszerzése érdekében a Pszichológia tudományágban

Írta: Krakkóné Szászi Beáta, okleveles pszichológus és pszichológus szakfordító (angol nyelvű)

Készült a Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori Iskola Pszichológiai Doktori Program keretében

Témavezető: Dr.
(Dr. Szabó Pál)

A doktori szigorlati bizottság:

elnök: Dr.....
tagok: Dr.
Dr.

A doktori szigorlat időpontja: 202...

Az értekezés bírálói:

Dr.
Dr.
Dr.

A bírálóbizottság:

elnök: Dr.
tagok: Dr.
Dr.
Dr.
Dr.

A nyilvános vita időpontja: 202...

„Én, Krakkóné Szászi Beáta, teljes felelősségem tudatában kijelentem, hogy a benyújtott értekezés önálló munka, a szerzői jog nemzetközi normáinak tiszteletben tartásával készült, a benne található irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljeseek. Nem állok doktori fokozat visszavonására irányuló eljárás alatt, illetve 5 éven belül nem vontak vissza tőlem odaítélt doktori fokozatot. Jelen értekezést korábban más intézményben nem nyújtottam be és azt nem utasították el.”

Budapest, 2024. szeptember 23.

Krakkóné Szászi Beáta

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondok Dr. Tamás Róbert főorvosnak, aki atyai jó tanácsaival segített megérteni a plasztikai sebészeti páciensek lelki világát, a plasztikai sebészeti ellátás szerteágazó voltát, a műtéti folyamatokat, és mindvégig hangsúlyozta, hogy a pszichológia tudományának szerepe és helye van a plasztikai sebészen. Talán a konzultációk és kontrollok során szerzett tapasztalatokra sosem tettem volna szert, ha nem ismerem meg a főnövérek főnövérét, Markó Icát, aki a szárnyai alá vett és határozottan kiállt a tudományom mellett a rezidensek és a többi nővér előtt. A műtőben való mozgásról, a betegek viselkedéséről és a velük való kommunikációról sokat tanultam tőle: hálás vagyok minden szakzsargonért, esti rendelőzárásért és határozott biztatásáért.

A privát egészségügyi ellátás működésének és az esztétikai betegek kezelésének mikéntjébe Jávor Kati és Rajkainé Pál Anita műtősnők kalauzolásával nyertem betekintést. Korrekt hozzáállásuk, humoruk, szakmai tudásuk olyan légkört teremtett a magánkórházakban, amelyet minden operált beteg elvárhat bárhol a világon.

Hasznosak voltak a belga Katholieke Universiteit Leuven pszichológia szakán és a kortenbergi Evészavar Klinikán szerzett tapasztalatok, emellett a Magyar Pszichiátriai Társaság Evészavar Munkacsoportjának tagjai is hozzájárultak a kutatási terv alakulásához, visszajelzéseikkel segítettek tudományos munkásságomat.

Hálával tartozom Dr. Lanszki Anita tanszékvezető kolléganőmnek és barátomnak, hogy térben és időben elérhetővé tette az esztétikai sebészeti területen való tudományos kiteljesedésemet. Megerősítő mondatai, a közlemények megírásában nyújtott érzelmi támasza, szilárd iránymutatása, kutatómódszertanban nyújtott segítsége olyan mérföldkövek voltak és lesznek a munkám során, amelyek elengedhetetlenek az igényes kutatómunkához. Köszönöm a Magyar Táncművészeti Egyetem munkatársainak biztatását, a Pedagógia és Pszichológia Tanszéken dolgozó kollégáim támogatását és disszertációval kapcsolatos javaslatait, a hallgatóknak pedig a kérdőívek terjesztését.

Erőn felüli részvétel volt, amelyet a férjem, Krakkó Ákos nyújtott ebben a 15 évben. Megértette, hogy szívügyem ez a kutatási téma, segített a kutatási kérdések megfogalmazásától a kutatási eredmények kommunikálásáig minden munkafolyamatban. Köszönöm a gyermekeinknek, hogy engedtek elmélyedni ebben a kutatómunkában és tudtak nélkülözni.

Köszönöm a szüleimnek Dr. Szászi Istvánnak és Dr. Szásziné Tóth Beátának, és nővéremnek, Dr. Szincsák-Szászi Juditnak, hogy segítettek a szakszöveg stilisztikai javításban, nem hagytak sokáig a mélypontjaimban és aktivitásba lendítettek.

Végezetül köszönöm témavezetőmnek, Dr. Szabó Pálnak, hogy elindította és formálta a tudományos gondolkodásomat, tevékenységemet: a konferencia megjelenésektől a közlemények megjelenéséig, a doktori disszertáció megírásáig. A táncosok világában használják a mester kifejezést, én hasonlóan mesteremnek tudom őt nevezni, hiszen precizitásával, magyarázataival segített arra a tudományos útra lépnem, amelyet most a magaménak mondhatok. Köszönöm a türelmét, iránymutatását, őszinte visszajelzéseit, önreflexióit, szakmai történeteit és a számtalan vitánkat, melyek mind-mind elősegítették, hogy e disszertáció létrejöhessen.

Tartalom

Köszönetnyilvánítás	4
1. Bevezetés	8
1.1. A témaválasztás indoklása	9
2. Szakirodalmi áttekintés	11
2.1. A külső megjelenés fontossága	11
2.1.1. A külső megjelenés evolúciós háttere	12
2.1.2. A testtel kapcsolatos elégedettség	13
2.1.3. Testkép	15
2.2. Mentális zavarok a plasztikai sebészetben	17
2.2.1. A plasztikai sebészet területei	19
2.2.2. Mentális zavarok az esztétikai sebészetben	20
2.3. Az esztétikai sebészet népszerűsége	32
2.4. Az esztétikai sebészet elfogadottsága	34
2.4.1. A média szerepe	36
2.4.2. Testtel kapcsolatos visszajelzések	38
2.5. Az esztétikai sebészeti páciensek műtéti motivációja	39
2.6. Mentálhigiénés szűrés a plasztikai sebészetben	40
2.6.1. Preoperatív fázis	41
2.6.2. Posztoperatív fázis	45
2.6.3. Az elégedett páciens	46
3. Vizsgálat	48
3.1. A lépcsőzetes vizsgálat felépítése	48
3.2. A médiafelhasználók testhez való viszonyának vizsgálata	49
3.2.1. Vizsgálati személyek és módszer	49
3.2.2. Statisztikai módszer	51
3.2.3. Hipotézisek	52
3.2.4. Eredmények	52

3.2.5.	Megbeszélés.....	64
3.3.	A plasztikai sebészeti páciensek preoperatív pszichológiai vizsgálata	67
3.3.1.	Vizsgálati személyek	68
3.3.2.	Vizsgálati módszerek.....	69
3.3.3.	Statisztikai módszerek és hipotézisek.....	73
3.3.4.	Eredmények.....	75
3.3.5.	Megbeszélés.....	85
3.4.	A plasztikai sebészeti páciensek utánkövetéses vizsgálata.....	97
3.4.1.	Vizsgálati személyek és módszer	97
3.4.2.	Hipotézisek és statisztikai módszerek	98
3.4.3.	Eredmények	99
3.4.4.	Következtetések.....	109
4.	A vizsgálatok összefoglalása	115
5.	Javaslat mentális alkalmasságvizsgálati protokoll készítéséhez.....	120
	Felhasznált irodalom	128
	Ábrák és táblázatok jegyzéke.....	160
	Ábrajegyzék	160
	Táblázatjegyzék	161
	Mellékletek.....	163

1. Bevezetés

A testkép kutatása, a plasztikai sebészet robbanásszerű fejlődése és a női test felszabadulása (füző elhagyása, öltözködési reformok), nyilvános térbe kerülése (strandkultúra, testkultúra) is mind az 1910-es, 1920-as évekre tehető. A világháborús sérültek ellátása kapcsán plasztikai sebészek és pszichiáterek együttműködtek annak érdekében, hogy segítsék a sebesült katonák testi-lelki gyógyulásának folyamatát és mihamarabbi reintegrálódását a társadalomba (Sarwer és Polonsky, 2016). Ezzel párhuzamosan megjelent a modern női test, amellyel számtalan árucikket el lehetett adni (kozmetikumok, ruhadarabok, cigaretta stb.). Az emancipációs folyamat eredményeként tovább folytatódott a női test tárgyiasítása. A füző elhagyásával a különböző testalkatok különbségei szembetűnők lettek, a szoknyák rövidültek, a női lábak láthatóbbá váltak. Az ideális testalkat inkább sovány volt, mint telt, így az egészségmegőrzés égjsze alatt megindultak a fogyókúrák, fogyasztószer alkalmazásai. Elkezdődött a „nemzeti nő” prototípusaként emlegetett szépségkirálynők testi paramétereinek idealizálása (Czingel, 2020).

A plasztikai sebészet beteganyaga ennek megfelelően nagymértékben megváltozott: a balesetek és születési rendellenességek rekonstrukciós sebészeti ellátása a páciensek kisebb hányadát teszi ki. Nagyobb részben nők esztétikai problémáit korrigálják, elektív invazív és minimálisan invazív beavatkozásokkal (ASAP, 2022). A műteti technikák fejlődése, az aneszteziológiai tevékenységek egyre biztonságosabbá válása (Yazdandoost, Hayatbini, Asgharnejad Farid, Gharaee és Latifi, 2016), a fertőzésveszély csökkentése és a bravúros sebészeti eredmények miatt az esztétikai sebészeti páciensek operációval kapcsolatos elvárása egyre magasabb. A betegek a műtét indoklásakor a külső megjelenés fizikai elváltozásain túl sok esetben az intrapszichés tényezők (önbizalom, nőiesség érzése) javítását is célul tűzik ki. A plasztikai sebész számára többletmunkával jár a pszichológiai tényezők kezelése és a sebészeti szempontból kontraindikációt jelentő pszichiátriai betegségek szűrése. A pszichológiai tünetekkel rendelkezőket gyakran „nehéz” páciensként (difficult patient) írják le (Nakamura és Koo, 2017), akik elégedetlenek a műteti folyamattal és/vagy annak eredményével (Dakanalis, Di Matetti, Zanetti, Clerici, Madeddu, Riva és mtsai, 2013). A műtét utáni elégedetlenség miatt jelentkezhetnek alvászavarok és öngyilkossági gondolatok, a páciens szociálisan izolálódhat (Lai, Lee, Yeh és Chen, 2010). Nem ritka a plasztikai sebészt érő verbális, fizikai vagy jogi támadás sem (Napoleon, 1993; Wever, Wever és Constantian, 2020). Az auto- és heteroagresszív tendenciák miatt sürgető, hogy a pszichés panaszokkal rendelkező pácienseket még a preoperatív szakaszban kiszűrjék, és pszichiátriai ellátásba irányítsák (Dakanalis és mtsai, 2013; Vashi, 2015; Higgins és Wysong, 2018).

Az esztétikai sebészeti páciensek ellátása kapcsán a szakterületek együttműködése szempontjából a célok változatlanok. A plasztikai sebészek és mentálhigiénés szakemberek (pszichiáterek és pszichológusok) közös feladata a műtéti alkalmasság megállapítása, az operációk ütemezése és a betegek megfelelő ellátásba helyezése, a biztonságos és kiegyensúlyozott orvos-beteg kapcsolat, a páciens elégedettségének elérése érdekében.

Cash (2002) mérőföldkőnek tekinthető kognitív-behaviorista testkép-elmélete nem emeli ki a test értékelését befolyásoló kontextuális elemek hatását (ruhaválasztás, smink, minimálisan invazív esztétikai kezelések) és a testtel kapcsolatos nagyobb mértékű változásokat sem (nagyobb mértékű testúlyváltozás, öregedés, betegség, sérülés, esztétikai operáció) (Sarwer és Polonsky, 2016.). Jelen doktori disszertáció célja, hogy a plasztikai sebészet, – mint nagyobb mértékű beavatkozás – testképre gyakorolt hatását és a testkép szélsőséges állapotának, a testdiszmorfiás zavarnak a prevalenciáját vizsgálja. Elsőként felmértem a közösségi médiát használó nők esztétikai sebészettel kapcsolatos attitűdjeit, tapasztalatait és terveit, valamint a testi elégedettséget és a testdiszmorfiás zavar előfordulási gyakoriságát. Majd, a második és harmadik vizsgálatban a plasztikai sebészetre jelentkező nők műtéti motivációit, testi és lelki egészségét, szubjektív jóllétét, testhez való viszonyát (testkép, testi elégedettség, testi attitűdök, testdiszmorfiás zavar tünetei, evészavaros tünetek) és önértékelését vizsgáltam, féléves utánkövetésben. A három vizsgálat alapján képet kapunk a nők esztétikai sebészethez való viszonyulásáról és annak testükre gyakorolt hatásáról, mely alapján az esztétika szakemberek saját mentális alkalmasságvizsgálati protokollt tudnak kidolgozni.

1.1. A témaválasztás indoklása

2008-ban a Honvédkórház Plasztikai és Égés Sebészeti Osztályán önkéntes segítőként kezdtem el foglalkozni a plasztikai sebészeti páciensek ellátásával. Ezzel párhuzamosan és az utóbbi 8 évben ezt felváltva magánkórházakban (Dr Derm Bőrgyógyászati Anti-Aging Központ, Esztétikai Lézer és Plasztikai Sebészet, Medcity Magánkórház) segítettem a plasztikai sebészek munkáját. Kezdetben csak a szakdolgozatomhoz szerettem volna adatokat gyűjteni, önkitöltő kérdőívek terjesztésével. A testdiszmorfiás zavar prevalenciájának meghatározásán túl azonban, számtalan kérdés merült fel, melyek megválaszolását orvosok és nők egyaránt (el)várták. Hogyan kezeljük a problémás, „kevésbé együttműködő” pácienseket? Miért vannak elégedetlen betegek annak ellenére, hogy az operáció eredménye a vártnál is jobb lett? Hogyan lehet előre jelezni, melyik beteggel tudnak megfelelően együttműködni a műtéti folyamat során és milyen eszközökkel szűrjük ki a problémát okozó, mentális zavarban szenvedő betegeket?

Esetükben hogyan döntsnek arról, hogy operálhatók-e vagy sem? A legfontosabb kérdés pedig: ezeket a feladatokat ki és mikor végezze el?

Az első időszakban érezhetően nagymértékű ellenállásba ütköztem. Egyrészt, mert – akkor még – nem tudtam megválaszolni ezeket a kérdéseket, másrészt pedig azt gondolták, hogy csupán kérdőívek kitöltése alapján nem is fogom tudni megválaszolni őket. Igazuk volt, ezért a kérdőíves adatgyűjtésen kívül részt vettem minden feladatban, amire a bölcsészdiplomám alkalmassá tett. Végighallgattam a műtét előtti konzultációkat és beültem a betegek közé a váróterembe, hogy megismerjem a panaszait, elvárásait, motivációit. A páciensek műtéti előkészítésénél is részt vállaltam a relaxációs és szuggesztív kommunikációs technikák (Varga, 2013) alkalmazásával. Végignéztem számos esztétikai sebészeti beavatkozást a minimálisan invazív beavatkozásoktól (pl.: hyaluronsavas feltöltés) az invazív, 4 órás arcplasztikáig. Megtanultam, hogy a műtőben hol lehet elhelyezkedni, hogy semmihez nem szabad nyúlni, de szinte bármikor lehet kérdezni. Megismertem a posztoperatív szakaszban a gyulladásoz területek és hegek szerteágazó kezelésével járó nehézségeket, a szakorvos részéről az őszinte, direkt kommunikáció és az előzetes tájékoztatás fontosságát. Az utóbbi években egyre több új beteg érkezett ismeretlen feltöltőanyagokkal, elhalt szövetekkel, mely során egyértelművé vált számomra is, hogy milyen testi-lelki károkat tud okozni, amikor szakirányú végzettség nélkül (pl.: kozmetikus, általános orvos) esztétikai beavatkozást végeznek, de nem tudják kezelni a szövődeményeket.

A szakterület mélységei és szépségei közé tartozik, hogy hatalmas sebfelületű, hajás fejbőrön lévő baleseti seb ellátása után gyógyultan, boldogan érkeznek az egyéves kontrollra a páciens. Hasonló eredményeket tapasztaltam a mellredukciós beavatkozások, a „kötényhas” műtétek után, nem beszélve a fejlődési rendellenességekkel érkező nők melleinek helyreállításáról, illetve az onkológiai páciensek többlépcsős emlőrekonstrukciójáról. Ezekben az esetekben körülírható a fizikai elváltozás, objektíven megállapítható a defektus egészségkárosító következménye, az állapottal járó szenvedés és a szociális izoláció. Ezzel szemben az esztétikai sebészeti páciensek esetében nincsen ilyen mértékű defektus. Rendkívül sok a szubjektív tényező, az állapottal járó szenvedés és társas elszigetelődés azonban sok esetben azonos. Az esztétikai beavatkozások a páciens által finanszírozott, elektív beavatkozások, ezért a plasztikai sebész fontos feladatává vált a páciensek alkalmasságvizsgálata, szelekciója (Terino, 2008). A preoperatív pszichológiai értékelés segít megérteni az esztétikai sebészeti páciensek motivációit, elvárásait. Szűrhetővé válnak a mentális zavarok és megállapítható a beteg pszichés alkalmassága. Ennek eredményeként a szakorvos és a műtéti team főként a sebészeti feladatokra, az operációra és a posztoperatív

ellátásra tud koncentrálni. Csökken a panaszos pácienssel járó stressz és a probléma kezelésére szánt idő is.

A 15 év alatt azt tapasztaltam, hogy a műtéti team részévé váltam. A szakorvosok és nővérek megosztották az aggályaikat, ötleteiket a vizsgálati eredményeimmel kapcsolatban. A fenti kérdéseket együtt válaszoltuk meg, a plasztikai sebészet pszichológiai vonatkozásainak irodalmi áttekintésével, a nemzetközi szabályozások és kutatási eredmények felhasználásával, valamint a saját gyakorlatunkból származó tapasztalatokkal. Nyilvánvalóvá vált, hogy a pszichológia, plasztikai sebészet terén való részvétele elengedhetetlen: segíti a páciensek szelektálását, továbbküldését, javítja az orvos-beteg kapcsolatot, eredményesebbé teszi a sebészeti csapat munkáját, az operációt, növeli a páciens elégedettségét, támogatja a betegek utánkövetését. Így jött létre az esztétikai sebészeti páciensek pszichológiai alkalmasságvizsgálati protokollja. Mára nemcsak plasztikai sebészek, hanem bőrgyógyászok, fogorvosok és sminktetováló szakemberek is alkalmazzák, sebészeti és nem-sebészeti beavatkozásokban, invazív és minimálisan invazív eljárások esetében egyaránt.

2. Szakirodalmi áttekintés

2.1. A külső megjelenés fontossága

A szépség jelentőségét és társas hatását fejlődéslélektani és szociálpszichológiai kísérletek sorozatával igazolták. Már a pár napos újszülött is tovább fixálja az átlagos, szimmetrikus, azaz vonzóbb arcot, az egyedi arcokkal szemben, a felnőttekhez hasonlóan (Slater, Schuleburg, Brown, Badenoch, Butterworth, Parsons és mtsai, 1998). A holdudvarhatás leírása (Dion, Berscheid és Walster, 1972) után számtalanszor alátámasztották, hogy a vonzó kísérleti személyeket előnyben részesítik: jobb értékelés kapnak, vagy kisebb büntetést rónak rájuk, intelligensebbnek vélik őket és számtalan pozitív személyiségvonást tulajdonítanak nekik (Bereczkei, 2010; Frederick, Reynolds, Fales és Garcia, 2012). A jobb megítélés miatt a vonzóbb egyének önbizalma magasabb, ezért szociális téren egyéb előnyökre (jobb munkalehetőségek, könnyebb pártalálás) tehetnek szert (Frederick és mtsai, 2012). Mindezen előnyök miatt az emberek heroikus küzdelmet folytatnak a jobb külső megjelenésért. Schwartz és mtsai (2006) online kérdőíves felmérésük során azt találták, hogy a megkérdezettek (n = 4 283) 46%-a inkább adna egy évet az életéből, minthogy elhízzon, 30%-uk pedig inkább elválna, mint elhízna (Schwartz, Vartanian, Nosek és Brownell, 2006). A kiemelt érdeklődést jól mutatja, hogy a „beauty” szóra keresve a Googleon több, mint 8,64 milliárd, az Instagramon több mint 529 millió találatot láthatunk, és még a Science Directen is több mint 77 ezer szépséggel kapcsolatos közleményt olvashatunk.

2.1.1. A külső megjelenés evolúciós háttere

A szépség igen sok alakot ölthet: kultúránként, időszakonként, földrajzi helyenként változik, normákat és elvárásokat adva ezzel a csoport tagjainak (Bereczkei, 2010). Az elvárt női test eltérő lehet a testalkatra (nyugati fejlett társadalmak karcsúságideálja, Mauritániában a túlsúlyos nő ideálja), a ruházatra (pl.: fűző, csípőpárna) vagy a test díszítésére (pl.: a padaungok zsiráfnyaka, maorik álltetoválása) vonatkozóan is. A vonzerőt azonban nem kultúrantropológiai jellemzők határozzák meg, hanem az arc és a test antropometriai jellemzői (Bereczkei, 2010).

A vonzó női arc alapvetően juvenilis: nagy szemek, kisebb orr, vékony, kevésbé hangsúlyos áll, duzzadt, telt ajkak, magasan ülő járomcsont (Jones, 1996), illetve meghatározott távolságok: a szemöldök íve, a két szem közötti távolság, a szemek pozíciója, a homlok nagysága, a száj szélessége, az orr és a száj közötti távolság stb. (De Silva, 2003). Az Independent Critics 30 éve indít szavazást, hogy megkeresse a legszebb női arcokat. A legfrissebb helyezettek (2023) arcát megvizsgálva az etnikai diverzitás ellenére (1. ábra), számos hasonlóságot találunk az arcok jellegére és az arcvonások arányaira vonatkozóan (pl.: telt ajkak, az arc alsó része keskenyebb, nagyobb szemek, az orr alakja) (Riggio és Riggio, 2012).



1. ábra: A világ legszebb női arcai (Independent Critics, 2023)
Forrás: Instagram (saját szerkesztés)

Az emberek veleszületett esztétikai preferenciákkal rendelkeznek, párválasztás során kulcsinformációkat keresnek, melyek előrejelzik számukra az optimális partnert (Bereczkei, 2010). Szexuálisan vonzóbbnak tartják a szimmetrikus arcokat és testeket, valamint az adott populációra jellemző átlagolt arcokat vagy az átlagtól szimmetrikusan eltérő arcokat (Bereczkei, 2010). A másik félben a szimmetria előrejelzi számunkra az egészséget, ellenállóképességet, a fajfenntartás lehetőségét és képességét, valamint a jobb utódgondozást (Bereczkei, 2010; Riggio és Riggio, 2012; Tamás és Szászi, 2020). A szimmetriakeresés és az

így létrejött szenzoros részrehajlás (Bereczkei, 2010) nem tudatos, háttérükben evolúciós modellek állnak, ilyen a jó gén modell és a hátrányelv.

A jó gén modell a külső, esztétikai tulajdonságok és az egészség közötti kapcsolat feltételezése. Hume és Montgomerie (2001) eredményei szerint az arcvonásaik alapján vonzónak ítélt férfiak és nők valóban kevesebb egészségügyi problémával rendelkeztek, mint mások. Az 1. ábrán összefoglalt legszebb arcoknál főként juvenilis arcokat láthatunk, ezek esetében is a jó gén modell érvényesül. Kultúraközi összehasonlításokból tudjuk, hogy európai, afrikai és ázsiai vizsgálatokban is a kevésbé érett, fiatalabb arcokat tartják vonzóbbnak a világ számos pontján (Cunningham, Roberts, Barbee, Druen és Wu, 1995). A férfiak jobban kedvelik azokat a női vonásokat, melyek a fiatalságot és a termékenységet jelzik előre (Riggio és Riggio, 2012), ez az indikátor csökkent az életkor előrehaladtával (Miller, 2006).

A másik evolúciós modell a hátrányelv, amelyen azt értjük, hogy az egyed egy olyan testi jelleggel rendelkezik, ami kockázatos, költséges számára. A többiek számára ez a rátermettségét és alkalmasságát jelzi, mert egy kockázatos testi jegy viselését is „megengedheti” magának. Tulajdonképpen a nagy mellimplantátumok (500 ml/oldal) választása is felfogható evolúciós hátrányelvként. Az emlőnagyoobbítás megváltoztatja a páciensek súlypontját, befolyásolja a testmozgást és az alvás kényelmét, emellett a nagyobb súly mozgásszervi panaszokat is okozhat (váll- és hátfájdalmak). Ennek ellenére számos páciens vállalja ezeket a terheket a jobb megjelenés érdekében.

A vonzerőt növeli a test szimmetriája (vállak, mellek, száj, arc) is. A nagyobb szimmetriát mutató egyéneket szexuálisan vonzóbbnak ítélték a másik nem képviselői (Rhodes és Simons, 2012; Tamás és Szászi, 2020). Ennek egyik oka lehet az, hogy az agy a szimmetrikus vizuális ingereket könnyebben dolgozza fel (Enquist és Arak, 1994), másik magyarázata a jó gén modell. Minél szimmetrikusabb egy test és egy arc, annál kevesebb káros hatás léphetett fel az egyedfejlődés során, tehát annál egészségesebb, ellenállóbb és jobb immunrendszerrel rendelkezik. Korábban feltételezték, hogy a csípő-derék arány határozza meg az attraktivitást (Singh, 1993), Swami és Harris (2012) szerint azonban valószínűbb, hogy a csípő-derék arány csak a férfiak és a nők megkülönböztetésénél játszik szerepet. A férfiak preferenciája ugyanakkor azt mutatja, hogy a csípő-derék mérethez arányos melleket részesítik előnyben, létrehozva így a „homokóra alakot” (Riggio és Riggio, 2012).

2.1.2. A testtel kapcsolatos elégedettség

A kezdeti kutatások főként a test egészét és a testsúllyal kapcsolatos elégedettséget vizsgálták. A Psychology Today magazin 1996-ban készített felmérésének eredménye szerint a

nők 56%-a, a férfiak 43%-a elégedetlen a testi megjelenésével. A nők kétharmada és a férfiak majdnem fele volt elégedetlen a testsúlyával (Garner, 1997). A nők sokkal elégedetlenebbek a testükkel, mint a férfiak (Schwartz és Brownell, 2004), amit egy nagymintás vizsgálat (n = 11 620) is igazolt (Frederick, Crerand, Brown, Perez, Best, Cook-Cottone és mtsai, 2022). Frederick és mtsai (2022) eredményei szerint a nők negatívabban értékelik a testüket, nagyobb mértékben aggódnak a túlsúly miatt, a negatív testkép nagyobb hatással van az életminőségükre¹, és többször kezdenek súlycsökkentő diétákba, a férfiakhoz viszonyítva. A nők nagyobb testi elégedetlenségét a plasztikai sebészeti páciensek nemi eloszlása is alátámasztja (AS, 2022, 94% nő). A testi elégedetlenség a sérülékeny testképpel rendelkező férfiak esetében is megjelenik, akik hasonló testtel kapcsolatos viselkedéseket mutatnak, mint a nők (Murnen és Don, 2012) A test negatív értékelése egyre gyakoribb és egyre szélesebb rétegeket érint: a fiatal felnőtt nők után idősebb nőknél, a fiúknál és a férfiaknál is tapasztalható, ezért „normatív elégedetlenségről” beszélünk (Cash, 2012).

A testtel kapcsolatos elégedetlenség egy kontinuumon helyezhető el, melynek két végpontja a teljes mértékben elégedetlen és a teljes mértékben elégedett (Sarwer és mtsai, 2014). A két szélsőértéket kevesen képviselik. A testet érintő változások – akár a ruha viselése is – napi szinten is befolyásolhatják a testi elégedettséget (Sarwer és Polonsky, 2016). A testtel kapcsolatos elégedetlenség motivációs katalizátora a testtel kapcsolatos viselkedéseknek, melyek a test módosítását eredményezhetik. Ennek eredményeként kezdenek az emberek testsúlycsökkentő viselkedésekbe (pl.: diéta, testedzés) vagy a testkontúrt érintő nagyobb mértékű beavatkozásokba (pl.: esztétikai sebészeti operáció).

Később a testi elégedetlenség meghatározása differenciálódott. Cash (2002) szerint el kell választani a teljes testtel való elégedettséget és a bizonyos testterületekkel/testrészekkel kapcsolatos elégedettséget. Az emberek túlnyomó része elégedetlen a teste valamely részével, a legtöbben a testsúlyukkal (Garner, 1997; Sarwer, Pertschuk, Wadden és Whitaker 1998; Frederick és mtsai, 2022). Az egyes testrészekkel való elégedetlenség azonban nem jár együtt a teljes testtel való elégedetlenséggel. Az egy-egy testrésszel kapcsolatos fokozott elégedetlenség nagyon gyakori az esztétikai pácienseknél. A mellműtetre jelentkező páciensek főként a mellükkel elégedetlenek, de nem feltétlenül elégedetlenek a teljes megjelenésükkel (Sarwer, Brown és Evans, 2007). Hasonlóan azok, akik arcplasztikára és/vagy szemhéjplasztikára vagy minimálisan invazív esztétikai kezelésekre jelentkeztek, elégedetlenek

¹ Életminőség: (angolul quality of life, röviden: QOL) komplex fogalom, melyet a társtudományok és az orvostudomány is alkalmaz az egyéni elégedettség megállapítására. Számos részterülete ismert, melyek külön definícióval rendelkeznek, pl.: egészséggel kapcsolatos elégedettség. (Rigó és Kökönyei, 2014)

voltak az arcukkal, az öregedés jelei miatt, de az egész testükkel nem voltak fokozottan elégedetlenek (Sobanko, Taglienti és Wilson, Sarwer, Margolis, Dai és mtsai, 2015). Esztétikai sebészeti páciensek körében (n = 334) azonosították a testtel kapcsolatos elégedetlenség pszichoszociális prediktorait. Moulton és mtsai (2018) szerint a testtel kapcsolatos elégedetlenség szignifikáns kapcsolatban van a fiatalabb életkorral, a depressziós tünetek gyakoriságával, az alacsony önértékeléssel és a nagyobb interperszonális érzékenységgel (Moulton, Gullyas, Hogg és Power, 2018). Az ápolt, esztétikus külső státuszszimbólumként jelenik meg a társadalomban: fokozza a testtel kapcsolatos elégedettséget, a nemiséget és a szexuális öntudatot (Szászi és Tamás, 2020). Mellműtetre készülők 63,5%-a tartotta fontosnak a szexuális teljesítmény fokozását a műtéti motivációk felmérésénél (Solvi és mtsai, 2010). Mellkisebbítő operáción átesett nők körében a műtét után 3 hónappal tényleges javulást mértek a szexuális funkciók terén, önbevallásos kérdőív alapján (Singh és Losken, 2012).

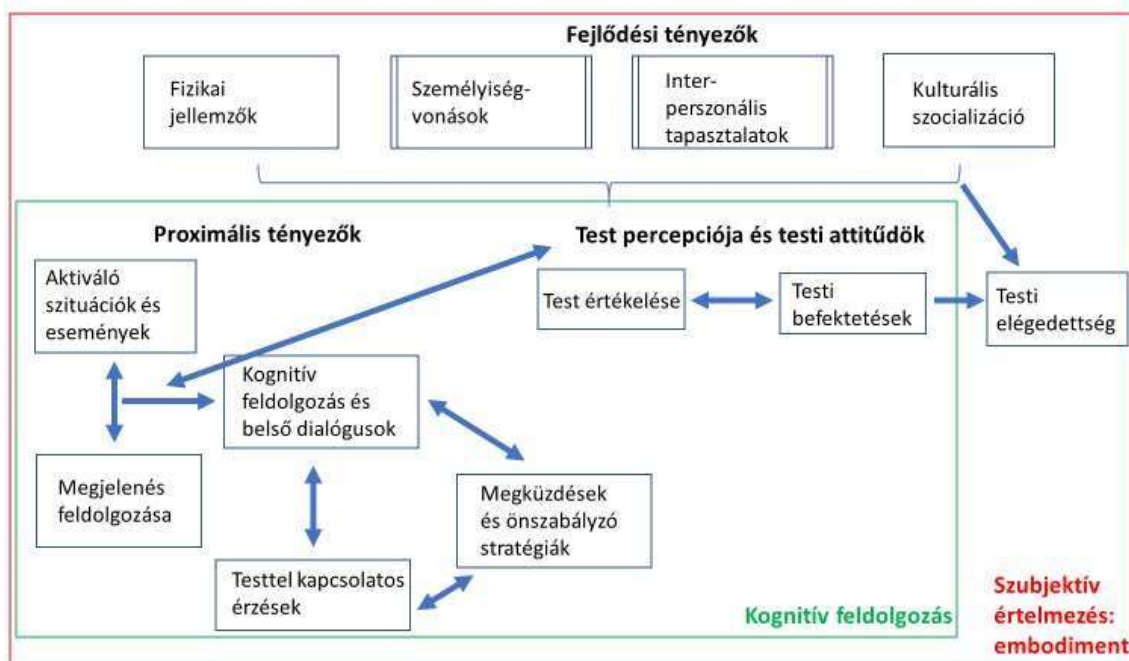
2.1.3. Testkép

A testünkről alkotott képünk és elképzeléseink gyermekkorunktól kezdve alapvetően meghatározzák a személyiségünket és teljesítményünket (Lantos, Iván és Pászthy, 2008). A testkép hatással van az énképre, az én-hatékonyaságra, az önértékelésre, a közérzetre, a hangulatra, és ezáltal az életminőségre is (Szabó, 2000; Szászi és Szabó, 2023). Több mint 100 éve foglalkoznak a fogalom leírásával, a humán tudományokban azonban még mindig nincs teljes konszenzus az egységes elnevezésről és meghatározásról. Az alkalmazott kifejezések (testvázlat, testséma, testértékelés, vizuális-poszturális testmodell, testhatár, testtudat) részben fedik egymást, ami nehezíti a fogalom megértését és a testképpel foglalkozó gyakorlati szakemberek munkáját. Testképnek nevezzük az egyén saját testével kapcsolatos pszichológiai élményeit és attitűdjeit, valamint ezen élmények (gondolatok, érzések, percepciók) szerveződését (McCrea, Summerfield és Rosen, 1982; Szabó, 2000). A testkép jelenségét az anorexia nervosa és a bulimia nervosa kapcsán kezdték vizsgálni az 1970-es évek végén, a testsúlyal és a testalakkal kapcsolatos aggodalmak kapcsán (Túry és Szabó, 2000). Jelenleg a testkép kutatások központjában az elhízás problémája miatt a túlsúllyal kapcsolatos aggodalmak állnak (Sarwer és Polonsky, 2016).

Cash (2002) kognitív-behaviorista testkép modellje volt az első átfogó, többdimenziós magyarázat, mely szerint a testtel kapcsolatos térbeli és időbeli információk hatással vannak a testtel kapcsolatos gondolatokra, érzelmekre és viselkedésre (Sarwer és Polonsky, 2016). A 2. ábra Cash modelljének átdolgozott változatát mutatja. Fejlődési és „proximális” tényezőket különít el, melyek hatással vannak a testkép alakulására. A fejlődési tényezőkhöz sorolhatók az

egyén fizikai jellemzői (és azok változásai), személyiségvonásai (pl. perfekcionizmus, öntudatosság), az interperszonális tapasztalatok (pl.: külsővel kapcsolatos csúfolások) és a kulturális szocializáció (pl. szépségideál, esztétikai sebészeti trendek). A proximális tényezők a környezetből származó, külsővel kapcsolatos specifikus információk kognitív feldolgozását értjük, amelyek értelmezik a mindennapi élet helyzeteit és eseményeit (pl.: megjelenés feldolgozása, belső dialógusok, megküzdési stratégiák). Ezek a fejlődési és proximális változók befolyásolják a két alapvető testkép attitűdöt: a test értékelését és a testtel kapcsolatos befektetéseket. A saját test értékelésének eredménye a testi elégedettség vagy elégedetlenség. A befektetések alatt azt az időt és energiát értjük, amit kognitív, érzelmi és viselkedéses szinten az egyén a megjelenésére fordít. A testtel kapcsolatos viselkedést az határozza meg, ahogyan a testi befektetések kölcsönhatásba lépnek a test értékelésével. Az a személy, aki nagyon sokat foglalkozik a testével (sok a megjelenésébe való befektetés és nagyon elégedetlen a testével), az nagyobb valószínűséggel fog változtatni a megjelenésén (Sarwer és mtsai, 1998).

A testkép kognitív-viselkedéses értelmezésén túl a testtel kapcsolatos szubjektív élmények szerepét hangsúlyozza a testben létezés fogalma (angolul: embodiment), mely a testtudatosság, a testi tapasztalatok és a válaszkészség jelenségeit tartalmazza. Stabil belső állapot, melynek lényege, hogy az egyén sajátjaként tekint a testére, ismeri annak határait és a változások ellenére is sajátjaként kezeli (Csabai, 2019).



2. ábra: Cash kognitív-behaviorista testkép modelljének a szerző által átdolgozott változata (saját szerkesztés)

A testkép kapcsán a szakirodalom gyakran alkalmazza a negatív és pozitív testkép kifejezéseket, melyek nem egymás ellentétei, hanem önálló fogalomként értelmezhetők. A

pozitív testkép egységes koncepció inkább a szubjektív jólléttel és önfogadással áll kapcsolatban (Csabai, 2019). A negatív testkép a normatív elégedetlenség és a fokozott testtel kapcsolatos elégedetlenség eredményeképpen jön létre. Az egyén kevésbé fogadja el vagy elutasítja a testét, melyet negatívan értékeli. Alacsony önértékeléssel, evészavarokkal, depresszióval, negatív érzelmekkel, tehát a pszichológiai jóllét alacsonyabb szintjével áll kapcsolatban (Avalos, Tylka és Wood-Barcalow, 2005). Fokozott testtel kapcsolatos elégedetlenség a testkontúrt befolyásoló eljárásokat igénybe vevő esztétikai sebészeti páciensek körében is magasabb gyakorisággal jelenik meg (Sarwer és Polonsky, 2016; Loron, Ghaffari és Poursafargholi, 2018). A test változásával járó folyamatok hirtelen változások esetén eredményezhetnek olyan állapotot, amikor az egyén idegenkedik a saját testétől: baleset vagy bariátriai/mellkisebbítő műtét utáni állapot (Ábrahám, Jambrik, John, Németh, Franczia és Csenki, 2017). Ez az „embodiment” átmeneti zavarát jelenti, mely nem tekinthető kórosnak.

A Cash (2002) által leírt többdimenziós testkép modell szerint az egyén érzékeli saját testének fizikai valóságát (Sarwer és Polonsky, 2016), a testképzavarok esetén azonban éppen ez sérül. A testképzavar a komplex testélmény összetett zavara, amely bármely testrészt érinthet (Túry és Szabó, 2000; Szászi és Szabó, 2023). Több súlyos pszichiátriai zavar társul tartós testképzavarral, melyek a plasztikai sebészeten gyakrabban fordulnak elő: az evészavarok (anorexia nervosa, bulimia nervosa) és a testdiszmorfiás zavar (izomdiszmorfia).

2.2. Mentális zavarok a plasztikai sebészeten

A plasztikai sebészeti beavatkozások az anatómiai deformitások, defektusok megszüntetése mellett általában a páciensek magasabb önértékelését, nagyobb önbizalmát és lelki jóllétét eredményezik (Groenman és Sauer, 1983; Litner, Rotenberg, Dennis és Adamson, 2008; Honigman, Phillips és Castle, 2004; Morioka és Ohkubo, 2004). Minden plasztikai sebész számára egyértelmű viszont az is, hogy bizonyos páciensek elégedetlenek a műtét után, még a technikailag tökéletesen kivitelezett eredmény ellenére is (Barsky, 1944; Dakanalis és mtsai, 2013; Collins, Gonzalez, Gaudilliere, Shrestha és Girod, 2014; Wever és mtsai, 2020). Ha kizárólag a fizikai tényezőkből indulunk ki, akkor nem tudjuk magyarázni ezeket a jelenségeket. A páciensek a fizikai elváltozás javítása és pszichológiai szükségleteik kielégítése céljából választják a plasztikai sebészeti szolgáltatásokat (Clarke, Lester, Withey és Butler 2005; Ricci és mtsai, 2010). Ennek következtében előfordul, hogy olyan páciensek is felkeresik ezeket az elektív szakrendeléseket, akiknek az egészségügyi rendszerben mentálhigiénés ellátásban vagy más szakrendelésen lenne a helyük (Clarke és mtsai, 2005).

A páciensek által észlelt testi hiba nem minden esetben egyezik meg a tényleges fizikai valósággal. Kulcsfontosságú kérdés tehát, hogy a szakorvos észleli-e az eltérést, hogyan jelzi ezt a páciens felé és milyen lépéseket tesz annak érdekében, hogy minden páciens a neki megfelelő ellátásban részesüljön (Ricci és mtsai, 2010).

Szét kell választani a plasztikai sebészet szempontjából kontraindikált megbetegedéseket és az elégedettség szempontjából rizikót jelentő zavarokat (3. ábra). A kontraindikált csoportba tartozó páciensek operációja tilos, mivel a beavatkozás általában nem javít, vagy kifejezetten ront a páciens állapotán (Mulkens és mtsai, 2012). Veale (2004) a kontraindikációk 3 csoportját határozta meg (Veale, 2004): (1) pszichózis, bipoláris zavar, major depresszió, (2) evészavarok, (3) testképzavarok. Az első két csoportba tartozó zavarokat a szakorvos azonosítani tudja az anamnézis felvételénél a kiugró kísérő tünetek alapján, a beszámíthatóság megállapításánál, illetve a gyógyszeresedés kikérdezésének alkalmával. Az evészavarok és testképzavarok plasztikai sebészen való előfordulási gyakorisága magas, ugyanakkor sok esetben rejtve maradnak a kezelők előtt, ezért ezek részletes kifejtése az értekezésben bővebb.

Az elégedettség szempontjából rizikót jelentő páciensek operálhatók, de fontos megjegyezni, hogy ezek a betegek szorosabb utánkövetést, több figyelmet és gondozást igényelnek a szakorvos részéről. Ide sorolhatók a hangulatzavarok, a szorongásos zavarok, a kényszerbetegség és bizonyos személyiségzavarok is. A pszichés zavarral rendelkező páciensek azonosítása javíthatja a plasztikai sebészeti ellátás hatékonyságát és fokozza a páciensek elégedettségét (von Soest, Kvaalem, Roald és Skolleborg, 2009).

Mentális zavarok a plasztikai sebészen

Sebészeti szempontból kontraindikált csoport	Elégedettség szempontjából rizikót jelentő csoport
<ul style="list-style-type: none">• Pszichózis• Bipoláris zavar• Evészavarok: anorexia nervosa, bulimia nervosa• Testképzavarok: testdiszmorfiás zavar, izomdiszmorfia, apotemnofilia• Személyiségzavarok: paranoid, szkizoid, szkizotip	<ul style="list-style-type: none">• Hangulatzavarok (pl.: disztímia)• Szorongásos zavarok (pl.: pánik, fóbia, kényszerbetegség, generalizált szorongásos zavar)• Személyiségzavarok: narcisztikus, hisztrionikus, borderline

3. ábra: Plasztikai sebészen előforduló leggyakoribb mentális zavarok csoportosítása az operálhatóság szempontjából

2.2.1. A plasztikai sebészet területei

A plasztikai sebészet alapvetően két részre osztható: a helyreállító (rekonstrukciós) és az esztétikai sebészet területeire. A rekonstrukciós sebészet feladata, hogy helyreállítsa azt a formát vagy funkciót, ami születési-, fejlődési rendellenesség vagy baleset kapcsán sérült (Ricci, Prstojevich, Langley és Hlavacek, 2010). Ide sorolható a szövethiányok kezelése, végtagok replantációja és transzplantációja, nemi szervek átalakítása és pótlása, valamint a lágyrészeket és csontvázrendszert érintő elváltozások korrekciója (Horváth és Kiss, 2014). Ezzel szemben a páciens az esztétikai sebészeti ellátást általában természetes élettani állapot mellett keresi. Célja, hogy fenntartsa, megőrizze azt, amit az öregedéssel, a test „amortizációjával” elvesztett, vagy kiemelje, tökéletesítse az egyébként egészségesen funkcionáló testrészt. A gyakorlatban, az esetek szintjén, a határvonal nem egyértelmű, mivel a funkció és a megjelenés szempontjait, a testi-lelki jóllétet és az érzelmi állapot javítását mindkét részterület célként határozza meg (Horváth és Kiss, 2014). A beavatkozás besorolását a szakorvos javaslata és műtéti terve alapján a kezelés társadalombiztosítás által történő finanszírozása határozza meg (Gaál, 2012). A határterületeken mozgó beavatkozások esetében (pl.: többlépcsős emlőrekonstrukció, rectus-diastasis helyreállítása, orrplasztika orrsövényferdülés miatt) a páciensek mögöttes döntési mechanizmusai sem egyértelműek. Jelen doktori disszertáció központjában az esztétikai sebészet áll, mivel a páciensek nemcsak a forma és a funkció megőrzése miatt fordulhatnak a testmódosító eljárások irányába, hanem – akár

elsődleges motivációként – megjelenhetnek interperszonális és intrapszichés okok is. A további alfejezetekben ezért azokat a mentális zavarokat részletezem, melyek azonosítása nehézséget jelent az esztétikai sebészeti rendelésen.

2.2.2. Mentális zavarok az esztétikai sebészeten

Bizonyos mentális zavarok prevalenciája magasabb az esztétikai sebészeti szakrendelésen megjelenőknél. A preoperatív szakaszban megkérdezett páciensek 26-32%-a rendelkezett pszichiátriai diagnózissal (Hayashi, Miyachi, Nakakita, Akimoto, Aoyagi, Miyaoka és mtsai, 2007; Belli, Belli, Ural, Akbudak, Oktay, Akyuz Cim és mtsai, 2013). A szakirodalom a testképzavarok (Hayashi és mtsai; 2007; Dakanalis és mtsai, 2013), evészavarok (pl.: bulimia nervosa, anorexia nervosa), személyiségzavarok (Dakanalis és mtsai, 2013; Loron és mtsai, 2018; Bascarane, Kuppili és Menon, 2021), hangulatzavarok (Hayashi és mtsai, 2007; Bascarane és mtsai, 2021), valamint a szorongásos zavarok és a kényszerbetegség (Gazize és Gharadaghi, 2013; Kucur, Kuduban, Ozturk, Gozeler, Ozbay, Deveci és mtsai, 2016; Bascarane és mtsai, 2021) magasabb előfordulási gyakoriságára hívja fel a figyelmet a kozmetikai sebészeti beteganyagban. Arcplasztika beavatkozásokra jelentkező páciensek körében a mentális zavarban szenvedő páciensek prevalenciája magasabb az alacsonyabb jövedelmű országokban, a magas jövedelmű országokkal összehasonlítva (48,4% vs. 25,7%) (Rehman, Perwaiz, Sohaib Sarwar és Brennan, 2023). A páciensek számára nem mindig ismert a mentális zavar. A probléma tényét ugyan azonosítják, de annak megoldását szomatikus szakorvosi segítséggel képzelik el, ami a külső testi hiba javítására irányul, egyfajta tüneti kezelésként.

2.2.2.1. Személyiségzavarok

A személyiségzavarokra a gondolatok, az érzelmek és a viselkedés olyan stabil és tartós mintázatai jellemzők, melyek eltérnek a kulturális normáktól és funkcióromlást okoznak a páciens életvitelében (Nakamura és Koor, 2017; APA, 2022; WHO, 2022). Az általános népességben 4-15% a személyiségzavarok pontprevalenciája, a pszichiátriai ellátásban a gyakoriság 50% (Tyrer, Reed és Crawford, 2015), a plasztikai sebészeti ellátásban 18,9% (Dakanalis és mtsai, 2013). A személyiségzavarok krónikusak, a páciensek működésmódja merev. Az első konzultáció után ezért gyakran „nehézkés” vagy „kevésbé együttműködő” egyénként jellemzik őket a kezelők, akikkel frusztráló foglalkozni és együttműködni. Általában serdülőkorban vagy fiatal felnőttkorban kezdődnek és három csoportba sorolhatók (APA, 2022; WHO, 2022).

Az A (különc) csoporthoz tartozik a paranoid, a szkizoid és a szkizotíp személyiségzavar. Alacsony valószínűséggel jelennek meg esztétikai sebészeti rendeléseken, mert visszahúzódnak, túlérzékenyek; előfordulhat, hogy paranoid vagy mágikus gondolkodásuk miatt nincsen reális testképük (Tyrer és mtsai, 2015; Wever és mtsai, 2020).

A B (dramatikus) csoportbeli személyiségzavarok (borderline, antiszociális, nárcisztikus, hisztrionikus) az antiszociális személyiségzavar kivételével egyértelműen a leggyakoribbak a plasztikai sebészeti beteganyagban (Nakamura és Koo, 2017). Loron és mtsai (2018) azt az eredményt kapták, hogy a plasztikai sebészeti páciensek 34%-a nárcisztikus személyiségzavarban, 27%-a pedig hisztrionikus személyiségzavarban szenved (Loron és mtsai, 2018). Orrplasztika-páciensek körében ennél alacsonyabb prevalenciát találtak: a betegek 6%-a rendelkezett nárcisztikus személyiségzavarral (Belli és mtsai, 2013). Emocionális és impulzuskontroll zavarok jellemzik őket, szeretnek a figyelem központjában lenni. A borderline személyiségzavar előfordulási gyakorisága kozmetikai sebészeti környezetben változó, 1-10% közötti (Napoleon, 1993). A páciensek félnek az elhagyástól vagy a szeparációs bizonytalanságtól, jellemzően instabilak, hajlamosak az impulzivitásra, kockázatvállaló viselkedésre, akár paranoid gondolatok is megjelenhetnek náluk (APA, 2022, WHO, 2022). Az esztétikai szakorvosok szempontjából ez a személyiségzavar kiemelt, mivel előfordulhatnak önsértések, illetve sorozatos beavatkozások a páciensek telhetetlensége miatt. Önmaguk szeretete és gyűlölete között ingadoznak. Előfordulhatnak vágások, égetések a karokon, combokon; a páciensek 50%-nál megjelenhet az önsértés (Nock, Joiner, Gordon, LloydRichardson és Prinstein, 2006). Töreksenek a sebésszel való kapcsolat fenntartására, gyakran műtétsorozatokat terveznek, és el is érik a beavatkozások végrehajtását. A szakirodalomban emlegetett „polysurgery addicts” (vagyis azok, akik függőséget mutatnak a plasztikai sebészeti beavatkozások iránt) nagy valószínűséggel borderline személyiségzavarban szenvednek (Wever és mtsai, 2020). A szuicid gondolatok és kísérletek gyakoriak a borderline személyiségzavarban szenvedőknél, a befejezett öngyilkosságok aránya 10% feletti (Morioka és Ohkubo, 2004).

A C (szorongó) csoportba tartoznak az elkerülő, obszesszív-kompulzív és dependens személyiségzavarban szenvedő páciensek, akik félénk, szorongó, negatív énképű páciensek. Iráni mintán a plasztikai sebészeti páciensek körében 4%-ban fordult elő az obszesszív-kompulzív személyiségzavar (Loron és mtsai, 2018). Orrplasztika-páciensek körében (n = 50) az elkerülő személyiségzavar prevalenciája 6% (n = 3) volt (Belli és mtsai, 2013).

2.2.2.2. Testképzavarok

A testképzavar során a páciens nem tudja a realitásoknak megfelelően észlelni a saját testét, és ettől eltérő méreteket és arányokat gondol, észlel a magáénak. Nem patológiás formák tehát azok a testi változások, melyek hatására a már említett testben létezés (embodiment) érzésben tartós vagy átmeneti zavar lép fel (pl.: szülés, mellkisebbitő műtét után) (Ábrahám és mtsai, 2017). A testképzavarok esetén tartósan fennáll a saját test észlelésének zavara, ide sorolhatjuk a testdiszmorfiás zavart (body dysmorphic disorder), az izomdiszmorfiát (muscle dysmorphia) és az apotemnofiliát, azaz a testintegritás identitásának zavarát (body integrity identity disorder) is (Szabó, 2008; Túry, Babusa, Dukay-Szabó és Varga, 2010).

A testintegritás identitásának zavara azt jelenti, hogy a páciens az ép szenzomotoros funkciók ellenére az egyik egészséges végtagját oda nem illőnek észleli, (Seatta, Ruddy, Zapparoli, Gandola, Salvato, Sberna és mtsai, 2022). Főleg férfiakat érint, akik gyakran próbálkoznak öncsonkítással és a végtag sebészi úton történő eltávolításával. Állapotuk testképzavarral (a valós és elképzelt test közti jelentős különbséggel), intenzív szorongással, depresszióval és öngyilkossági gondolatokkal jár, pszichózis és téveszmék azonban nem jellemzik a beteget. Hátterében az agy strukturális elváltozását (fehér és szürkeállományban egyaránt fokozott kapcsolatok) és funkcionális zavarát feltételezik (Seatta és mtsai, 2022). A plasztikai sebészeten a testintegritás identitásának zavara könnyen azonosítható. Habár egészséges végtag amputációjáról közöltek már olyan eseteleírásokat, mely után a páciens szorongásos, depresszív tünetei és testképzavara is megszűntek (Ramsay, 2000), orvostikai okokból hazánkban nem végeznek ilyen beavatkozást.

A továbbiakban a nehezebben azonosítható testdiszmorfiás zavart és ennek egy változatát, az izomdiszmorfiát fejtem ki részletesen, külön kitérve a plasztikai sebészeten való előfordulásukra.

2.2.2.2.1. Testdiszmorfiás zavar

A testdiszmorfiás zavar (angolul: body dysmorphic disorder, röviden és a továbbiakban: BDD) kevésbé ismert és aluldiagnosztizált pszichiátriai zavar, ami jelentős szenvedéssel jár a páciens számára (Borda, Neziroglu, Santos, Donnelly és Perez Rivera, 2011; Longley, HolmDenoma, Allan, Calamari, Armstrong, Wainwright és mtsai, 2019), aki ennek csökkentése érdekében gyakran keres kozmetikai szolgáltatásokat (Szabó, 2010; Szabó és Szászi, 2021; 2023). A disszertáció egyik fő témája a testdiszmorfiás zavar prevalenciája az esztétikai sebészeten, ezért ezt részletezesebben tárgyalom. A betegség diagnosztikai kritériumait a DSM5-TR (APA, 2022) foglalja össze (1. táblázat), már a BNO-11 is tartalmazza (WHO, 2022).

1. táblázat: A testdiszmorfiás zavar diagnosztikai kritériumai

A) Túlzott foglalkozás a testi megjelenés egy vagy több észlelt defektusával vagy hibájával, melyek mások számára nem észrevehetőek vagy enyhének tűnnek.
B) A zavar lefolyása során előfordultak repetitív viselkedések (pl. tükörben való ellenőrizgetés, túlzott szépítkezés, bőrtépkedés, megnyugtató keresése) vagy mentális cselekedetek (pl. saját megjelenésének másokéval való összehasonlítása) a megjelenéssel kapcsolatos aggodalmakra adott reakcióként.
C) A fentebbiekkel való túlzott foglalkozás klinikailag jelentős szenvedést vagy a társas, munkahelyi vagy más fontos területek működésének károsodását okozza.
D) A megjelenéssel való túlzott foglalkozás nem magyarázható jobban a testsúllyal vagy a testzsírral kapcsolatos aggodalmakkal olyan személy esetében, aki esetében teljesülnek valamely étkezési zavar kritériumai.
Jelölje, ha:
Izomdiszmorfiával: A személyt túlságosan foglalkoztatja annak gondolata, hogy testfelépítése túlságosan kicsi vagy nem elég izmos. A jelölőt akkor is használjuk, ha a személyt más testtájak is foglalkoztatják, ami gyakori eset.
Jelöljük a testdiszmorfiás zavarból fakadó hiedelmekkel (pl. „ronda vagyok” vagy „torz vagyok”) kapcsolatos belátás fokát:
Jó vagy megfelelő belátással: A személy felismeri, hogy a testdiszmorfiás zavarral kapcsolatos hiedelmek határozottan vagy valószínűleg nem igazak vagy, hogy igazak, vagy nem.
Nem megfelelő belátással: A személy úgy gondolja, hogy a testdiszmorfiás zavarral kapcsolatos hiedelmek határozottan vagy valószínűleg igazak.
Hiányzó belátással/téveszmés hiedelmek: A személy teljesen meg van róla győződve, hogy a testdiszmorfiás zavarral kapcsolatos hiedelmek igazak.

A BDD pontprevalenciája a felnőtt általános populációban 1,9-2,1% (Cerea, Bottesi, Grisham és Ghisi, 2018; Szabó és Szászi, 2021, 2023), serdülőkorban 2,2%, felsőoktatásban tanulók körében 3,3%, felnőtt pszichiátriai osztályos betegek körében 5,8%, általános szépészeti sebészeti ellátásban 13,1-15% (Dey, Ishii, Phillis, Byrne, Boahene és Ishii, 2015; Ribeiro, 2017), orrplasztika-páciensek körében 12-20,1%, ortognatikus sebészeti páciensek körében 9,2%, akné szakrendeléseken 11,1% (Belli és mtsai, 2013; Veale, Gledhill, Christodoulou és Hodsoll, 2016). A COVID-éra után megnövekedett prevalencia-értékekről (8,3-9,5%) számolnak be (Drüge, Rafique, Jäger és Watzke, 2021; Alghamdi, Subki, Khatib, Butt, Alghamdi, Alsallum és mtsai, 2022; Szászi és Szabó, 2023). A nemek között nincs szignifikáns különbség az előfordulási gyakoriságban (Phillips és Diaz, 1997; Malcolm, Pikoos, Castle és Rossell, 2021; Szászi és Szabó, 2023).

A leggyakrabban érintett testterületek mindkét nemnél: bőr, haj/testszőrzet, orr (Anderson, 2003; Dey és mtsai, 2015; Cerea és mtsai, 2018; Higgins és Wysong, 2018; Szabó

és Szászi, 2021). Általában 5-7 testrész áll a betegség központjában, melyek tekintetében nemi különbségek vannak (Malcolm és mtsai, 2021). A nők általában a testalakkal kapcsolatos területek (has, comb, csípő, derék, fenék), a mellek és a lábak miatt aggódnak (Malcom és mtsai; 2021; Szabó és Szászi, 2021; Szászi és Szabó, 2023), míg a BDD-s férfiakat a haj sűrűsége (Phillips és Diaz, 1997; Dey és mtsai, 2015), az izomzat állapota (Fabris, BadenesRibera és Longobardi, 2021; Szabó és Szászi, 2021) és a pénisz alakja, mérete (Veale, Miles, Read, Troglia, Carmona, Fiorito és mtsai, 2015) foglalkoztatja.

A betegség kezdete átlagosan 16,7 éves korra tehető, lefolyása krónikus (Marques, LeBlanc, Robinaugh, Weingarden, Keshaviah és Wilhelm, 2011; Veale és mtsai, 2016; Wilhelm, Weingarden, Greenberg, McCoy, Ladis, Summers és mtsai, 2020). A BDD-ben szenvedő páciensek átlagosan több mint két komorbid pszichiátriai zavarral rendelkeznek (Gunstand és Phillips, 2003; Mastro, Zimmer-Gembeck, Webb, Farrell és Water, 2016; Laughter és mtsai, 2023). Ide sorolhatók a szociális fóbia, a major depresszió, a kényszerbetegség, a szerfüggőség (Gunstand és Phillips, 2003; Malcolm és mtsai, 2021) és az evészavarok (Hundscheid, van der Hulst, Rutten és Leue, 2014; Saade és mtsai, 2018; Laughter és mtsai, 2023). A személyiségzavarok közül a leggyakoribb az elkerülő (22,5%), az obszesszív-kompulzív (12%), a borderline (9,5%) és a paranoid (8%) típus (Szabó, 2010; Wever és mtsai, 2020; Szászi és Szabó, 2023). A BDD és a borderline személyiségzavar esetén hasonló tünetek jelennek meg a pácienseknél (Wever és mtsai, 2020). Az öngyilkossági gondolatok, kísérletek (Shaw, Arditte Hall, Rosenfield és Timpano, 2016) és a befejezett öngyilkosságok száma is magas (Phillips, 2007; Wever és mtsai, 2020). Jawad és Sjögren (2017) szerint a BDD-s pácienseknél az öngyilkossági gondolatok aránya akár a 80%-ot is elérheti, az öngyilkossági kísérletek száma 25% feletti. Mortalitás tekintetében az egyik legveszélyesebb mentális zavar (Vashi, 2015).

A páciensek betegségbelátása változó (Ribeiro, 2017), újabb eredmények szerint nőknél gyengébb (Malcolm és mtsai, 2021). Súlyosabb esetben téveseszmék (Buhlmann, 2014; Wilhelm és mtsai, 2020), leggyakrabban vonatkoztatásos téveseszmék (Rossell, Labuschagne, Castle és Toh, 2020; Szászi és Szabó, 2021) is megjelenhetnek.

A BDD hátterében a biológiai tényezők (genetikai, neurobiológiai, molekuláris genetikai) mellett kognitív tényezőket (arcészlelés, vizuális-téri szerveződés, figyelmi és végrehajtó funkciók) azonosítottak, emellett szerepe van az érzelemszabályozásnak és a közösségi média testközpontú üzeneteinek, valamint a kora gyermekkori traumatikus életeseményeknek is (stresszel teli életesemények, zaklatás, bántalmazás), melyek következtében kialakulnak a BDD-re jellemző személyiségvonások (Szászi és Szabó, 2023). A

páciensekre jellemző a magas szégyenérzet (Weingarden, Curley, Renshaw és Wilhelm 2017; Weingarden, Renshaw, Tangney és Wilhelm, 2016), az alacsony önértékelés, a testi aggodalmaknak való állandó kiszolgáltatottság érzése (Veale és Gilbert, 2014), introvertáltság, a kritikára való érzékenység (Phillips, Nierenberg, Brendel és Fava, 1996) és az énorientált perfekcionizmus (Schieber, Kollei, de Zwaan, Müller és Martin, 2013; Krebs, Quinn és Jassi, 2019).

Tüneteiket a testi hiba javításával próbálják orvosolni (Szászi, 2009), ezért számos esztétikai szakorvosi (plasztikai sebész, bőrgyógyász, fogorvos stb.) és kozmetikai (pl.: esztétikai sminktetováló) kezelést vesznek igénybe, mielőtt az állapotukat valóban javító pszichiátriai gondozásba kerülnek (Saade és mtsai, 2018).

Számos vizsgálati eredmény bizonyítja, hogy a BDD-s betegek nagy része (64-68,7%) vett már igénybe nem pszichiátriai orvosi kezelést a vélt vagy valós testi hibája kezelése érdekében (Crerand, Phillips és Menard, 2005; Saade és mtsai, 2018). Egy vizsgálatban a megkérdezett plasztikai sebészek visszajelezték, hogy 80%-uk operált már olyan páciens, akiről gyanította, hogy BDD-s, vagy a posztoperatív szakaszban vélte felfedezni a tüneteket (Sarwer és Spitzer, 2012). A beavatkozások nem javították, sőt rontották a páciensek állapotát (Lai és mtsai, 2010). Javulás az esetek töredékében (3,6-7,3%) jelentkezett, és ez sem a problémás testrészt állapotához volt köthető (Crerand és mtsai, 2005; Saade és mtsai, 2018).

Mulkens és mtsai (2012) igazolták, hogy már a BDD szubklinikai tünetei esetén is nagyobb valószínűséggel jelenik meg a páciensek műtét utáni elégedetlensége. A BDD súlyos tüneteivel rendelkező csoport szignifikáns eltérést mutatott az enyhe tünetekkel rendelkező csoporttal összehasonlítva. Alacsonyabb volt az önértékelésük, több pszichopatológiai eltérést állapítottak meg náluk, és elégedetlenebbek voltak a műtét eredményével. Mindez alátámasztja, hogy a BDD-tüneteinek felmérése informatív lehet a kezelőorvos számára a preoperatív időszakban.

Lai és mtsai (2010) 817 plasztikai sebészeti pácienszt vizsgáltak 3 év alatt. A páciensek 7,7%-nál találtak BDD-t ($n = 63$), akik közül 85,7%-ot ($n = 54$) még a műtét előtt diagnosztizáltak (Lai és mtsai, 2010). Kilenc (1,1%) BDD-s páciens operációjára került sor, egyikük műtété sem volt sikeres.

A műtét utáni elégedetlenség, a páciensek változó belátása, valamint a hetero- és autoagresszív tendenciák miatt sürgető, hogy a BDD-s pácienseket a kozmetikai sebészeti ellátásban még a preoperatív szakaszban kiszűrjék, és pszichiátriai ellátásba irányítsák (Hayashi és mtsai, 2007; Szászi, 2009; Dakanalis és mtsai, 2013; Vashi, 2015; Higgins és Wysong, 2018; Summers, Aalbers, Jones, McNally, Phillips és Wilhelm, 2020).

2.2.2.2. Izomdiszmorfia

Az izomdiszmorfia (angolul: muscle dysmorphia, röviden és a továbbiakban: MD) a BDD egyik megjelenési formája, ahol az aggodalmak központjában az izomzat áll, főként férfiaknál jelenik meg (Pope, Katz és Hudson, 1993). A páciensek attól félnek, hogy nem elég izmosak, tartanak attól, hogy meglévő izomtömegükből vesztenek, az ezzel járó magas szorongást pedig kényszeres viselkedésekkel (a sérülések ellenére is végrehajtott súlyos edzések, a test tükörben való ellenőrzése vagy annak elkerülése) próbálják csökkenteni (Grunewald, Kinkel-Ram és Smith, 2022; Pope és mtsai, 1993; Pope, Gruber, Choi, Olivardia és Phillips, 1997). Izomzat-orientált evési patológiával rendelkeznek: merev szabályaik vannak a proteinbevitelre, a szénhidrát és zsírbevitel minimalizálására törekszenek, a beütemezett „csaló ételek” (cheat meals) fogyasztásánál pedig előfordulnak a falásroham epizódok (Murray, Griffiths, Hazery, Shen, Wooldridge és Mond, 2016) Az MD kognitív és viselkedéses jellemzői, valamint az állapottal járó szociális izoláció a BDD tünettanához hasonló, az MD affektív aspektusa azonban eltérő. Kapcsolatot találtak az MD, valamint az MD tünetei és a szenvedélybetegségek, az öngyilkosság, a hangulatzavarok és szorongásos zavarok, valamint az anabolikus szteroidok használata között (Pope, Pope, Menard, Fay, Olivardia és Phillips, 2005). A versenysportolók már serdülőkorban használhatják az anabolikus szteroidokat teljesítményfokozásra, izomtömeg-növelésre és az izomzat esztétikai alakítására, ennek azonban életveszélyes mellékhatásai is lehetnek (Torrisoni, Pennisi, Russo, Amico, Esposito, Liberto és mtsai, 2020).

Jelenleg kevés empirikus adat áll rendelkezésre az izomdiszmorfiás páciensek esztétikai sebészeten való előfordulását illetően. Azonban figyelemre méltó, hogy az anabolikus szteroidok mellékhatásait leginkább invazív és minimálisan invazív kozmetikai beavatkozásokkal kezelik. A szteroidhasználat szövődményeként jelenik meg a gynecomastia (nőies mellek férfiaknál), a kopaszodás, fokozottan pattanásos bőr, nők esetében a testszőrzet növekedése, a csikló megnagyobbodása, mellméret csökkenése, menstruációs ciklus felborulása, a termékenység csökkenése (Qureshi és Ray, 2024). Ezen panaszok ellátására kérnek mellkisebbítő beavatkozást, hajbeültetést, mikrodermabráziót és kémiai hámlasztást, dermaroller kezelést, lézeres szőrtelenítést, valamint intimplasztikát.

2.2.2.3. Evészavarok

Ebben a fejezetben a klasszikusnak számító két evészavarral, az anorexia nervosával (röviden: AN) és a bulimia nervosával (röviden: BN) foglalkozom. Az evészavarok

legfontosabb tünetei a diszfunkcionális evési magatartás, a hízástól való kóros félelem és a testképzavar (APA, 2022; WHO, 2022). A betegek központi témája az evés és a testsúllyal és testalakkal kapcsolatos aggodalmak (Túry és Szabó, 2000). Az önértékelést főként a testsúly és a testalakkal kapcsolatos elégedettség határozza meg. Az evészavarok hátterében genetikai, pszichológiai, szociokulturális, környezeti tényezők állnak, melyek egymással szoros kölcsönhatásban játszanak szerepet (Ludányi és Szabó, 2017).

Az AN jellemző tünete az energiabevitel korlátozása, a hízástól való intenzív félelem és a külsővel kapcsolatos alacsony önértékelés (Kells és Wildes, 2023). Az AN-s beteg kórosan sovány, BMI-je (kg/m^2 , angolul: body-mass index, magyarul: testtömegindex, röviden és a továbbiakban: BMI) felnőttek esetében 18,5 alatti (WHO, 2022). Megkülönböztetjük a restriktív típusú anorexiát, ahol a fogyást testmozgással, koplalással éri el a páciens, illetve a faló-purgáló típust, melyet a visszatérő falásrohamok és a táplálék hizlaló hatásának elkerülését célzó purgálás (önhánytatás, vízajtó, hashajtó, beöntés alkalmazása) jellemez. Az AN-s pácienseknek általában nincs betegségtudata, büszkék a sikeres kontrollfolyamataikra, ugyanakkor félnek az irányítás elvesztésétől (Túry és Szabó, 2000).

A BN-t a rendszeresen megjelenő falásrohamok és súlycsökkentő viselkedések jellemzik. A betegek a falásrohamok során rövid idő alatt, általában egyedül, nagy kalóriamennyiséget fogyasztanak el. Az evést nem tudják kontrollálni, melyet büntudat, szégyen és kompenzáló viselkedések követnek. Céljuk a testsúlycsökkentés, az elfogyasztott étel okozta testsúlynövekedés megelőzése önhánytatás, hashajtó, vízajtó, beöntés vagy túlzott testmozgás, koplalás, böjt alkalmazásával. Általában testsúlyuk és alakjuk normális. A BN-s páciensek tudnak a betegségükről, de a nagyfokú szégyenérzet és a büntudat miatt 2/3-uk általában nem mer segítséget kérni, így a releváns pszichiátriai ellátás éveig elhúzódhat (Wade, 2019).

Devoe, Han, Anderson, Katzman, Patten, Soumbasis és mtsai (2023) szerint az evészavarok prevalenciája az elmúlt néhány évtizedben nőtt, a COVID-19 pandémia alatt a betegek száma pedig tovább emelkedett. Kelet- és Közép-Európa országainak adatait tekintve az AN prevalenciája stagnál, a BD előfordulási gyakorisága csökkent. Az AN szubklinikai tünetei fordulnak elő gyakrabban, összevetve a 2020-as eredményeket a 20 évvel ezelőtti adatokkal (Túry, Szabó, Dukay-Szabó, Szumska, Simon és Rathner, 2020). Az AN élettartam-prevalenciája 0,5-1%, egyértelműen női többséggel (8:1, Zipfel, Giel, Bulik, Hay és Schmidt, 2015). A BN élettartam-prevalenciája 0,9-3%, itt is a nők vannak többen (3:1, a férfiak és a nők aránya, Campbell és Peebles, 2014). A páciensek 24-31%-a korábban AN-s volt (Wade, 2019). Az evészavarok számos szövődménnyel járnak (Szabó, Túry és Czeglédi, 2011) és krónikus

lefolyásúak is lehetnek (Ludányi és Szabó, 2017). Kezdetük gyermekkorra, korai, középső serdülőkorra tehető (Túry és Szabó, 2000; Pászthy és Sonnevend, 2014), de felnőttkorban is megjelenhetnek (Mangweth-Matzek és Hoek, 2017). Serdülők körében az evészavarok a harmadik leggyakoribb krónikus betegségnek számítanak (Treasure, Duarte és Schmidt, 2020). Mortalitásuk a legmagasabb a pszichiátriai betegségek közül, különösen magas a szomatikus szövődmények (kardiológiai, gasztrointesztinális, immunológiai funkciók romlása) (Szabó és mtsai, 2011; Westmoreland, Krantz és Mehler, 2016) és a komorbid pszichiátriai betegségek miatt (Ludányi és Szabó, 2017). Komorbiditás tekintetében a hangulatzavarokat, a szorongásos zavarokat, kényszerbetegséget (főként AN esetében), a személyiségzavarokat (Steiger, 2004; Keshishan, Tabri, Becker, Franko, Herzog, Thomas és mtsai, 2021; Kells és Wildes, 2023) a szenvedélybetegségeket (alkohol, drog, gyógyszer, koffein és nikotin) emelik ki (Túry és Szabó, 2000; Wade, 2019). A szenvedélybetegségekhez kapcsolható a BN egy veszélyes altípusa, a multiimpulzív bulimia, mely során a belső késztetések kontrollálása nehézséget jelent: a falásroham és purgálás mellett öngyilkossági kísérletek és egyéb önsértő viselkedések (Wade, 2019), kleptománia, hiperszexualitás is megjelenhet (Túry és mtsai, 2011). Az AN a BDD-vel is együtt járhat (Kollei és mtsai, 2012; Cerea és mtsai, 2018).

2.2.2.3.1. Evészavarok a plasztikai sebészetben

Annak ellenére, hogy a BDD és plasztikai sebészet kulcsszavakkal számos vizsgálat, illetve irodalmi áttekintés jelenik meg világszerte, az evészavarok esztétikai sebészetben való megjelenésével relatíve kevés közlemény foglalkozik. Az evészavarok szubklinikai tüneteinek megjelenése érdekes kutatási terület ebben a populációban, mert a legtöbb páciensnél a preoperatív szakaszban a célsúly elérését kéri a sebész, ami általában fogyást jelent. A testalakot befolyásoló műtétek esetén (mellműtétek, hasműtétek, zsírleszívások) a célsúly elérése azért fontos, mert a műtét utáni testsúlyingadozás rontja a sebészi eredményt.

A testképzavar gyakori az esztétikai sebészeti páciensek és az evészavarban szenvedő páciensek körében is (Coughlin és mtsai, 2012). Coughlin és mtsai (2012) összehasonlította a kozmetikai sebészeti beavatkozásokon átesett nőket azokkal, akiket végül nem operáltak meg. Azok a páciensek, akik esztétikai sebészeti beavatkozásokon mentek keresztül, purgáló diagnózissal rendelkeztek, általában idősebbek voltak, magasabb volt a testtömegindexük, sokkal inkább összehasonlították a külsejüket másokéval, valamint ismertek olyan embereket, akik már átesettek plasztikai sebészeti beavatkozásokon.

Az evészavaros páciensek esetében a műtét kontraindikált (Veale, 2004), azonban, ha a páciens eltitkolja és/vagy a sebész nem szűri, akkor az evészavarokat nem azonosítják.

Zimmer és mtsai (2022) strukturált klinikai interjúvett fel 212 esztétikai sebészeti pácienssel (198 nő, 14 férfi) (Zimmer, Methfessel, Heiss, Kovacs és Papadopoulos, 2022). Az evészavarok pontprevalenciája 8% (n = 17), élettartam-prevalenciája 11,3% (n = 24), mely műtéttípusonként nem tér el nagymértékben. A mellplasztika-páciensek (n = 27) körében az AN pontprevalenciája 7,4% (n = 2), élettartam-prevalenciája 11,1% (n = 3). Orrplasztika-páciensek (n = 16) esetében az AN pontprevalenciája 6,3% (n = 1), élettartam-prevalenciája 12,6% (n = 2). A zsírleszívást kérő páciensek körében (n = 30) a BN pontprevalenciája magasabb, 10% (n = 3), élettartam-prevalenciája 13,3% (n = 4). A vizsgált hasplasztika-páciensek (n = 37) esetében a BN pont- és élettartam-prevalenciája 10,8% (n = 4). Szászi és Szabó (2014) hazai esztétikai sebészeti páciensek vizsgálata alapján megállapította, hogy az evészavar tünetei gyakoribbak a műtött csoportban, kontroll csoporttal összehasonlítva, főként a diétázás tekintetében (Szászi és Szabó, 2014^b). Minél több beavatkozáson estek át, annál gyakoribbak voltak az evészavar tünetei.

Miranda és Karlis (2007) szerint az arc-, állcsont-, és szájszészeti páciensek körében az evészavaros személyek megjelenése az orvos részéről többletfeladatokkal jár. Hasonló megállapításokat tesznek Losee és mtsai (1997), akik kapcsolatot találtak a diszfunkcionális evési szokások és a megnagyobbodott mellemek között. Eredményeik szerint a makromasztia az evészavarok kialakulásához vezethet, melyek rekonstrukciós beavatkozással javíthatók (Losee, Serletti, Kreipe és Caldwell és mtsai, 1997; Losee, Jiang, Long, Kreipe, Caldwell és Serletti, 2004). Kétoldali emlőredukciós beavatkozáson átesett BN-s nők (n = 5) esetében az evészavaros tünetek teljesen megszűntek, a testkép, az életminőség és a pszichés jóllét nagymértékben javult. 10 éves utánkövetéses vizsgálatukban a páciensek (n = 4) testi elégedettségéről, az evészavartünetek csökkenéséről (EAT-26 alapján), kevesebb fizikai tünetről és fájdalomról számoltak be (Losee és mtsai, 2004). Hangsúlyozzák az evészavarok preoperatív szakaszban történő szűrését és bizonyos esetekben a műtét megfontolását a kezelők részéről (Losee és mtsai, 1997, 2004)

2.2.2.4. Hangulatzavarok és szorongásos zavarok

A BDD-vel ellentétben, az esztétikai sebészeten a hangulatzavarok és szorongásos zavarok diagnosztikai kritériumok és szűrőkérdőívek mentén történő azonosítása ritka. Általában a tünetek gyakoriságát, súlyosságát és a meglévő diagnózisokat vizsgálják (Barahmand, Mozdsetan és Narimani, 2010; Dey és mtsai, 2015; Higgins és Wysong, 2018). Ritkább esetben foglalkoznak a konkrét betegségek azonosításával és prevalenciakutatással (Bascarane és mtsai, 2021). A hangulatzavarok kapcsán a bipoláris affektív zavart (Saade és mtsai, 2018; Wever és mtsai, 2020), a major depressziót (Jang és Bhavsar, 2019) és a disztímiát

(Loron és mtsai, 2018) emelik ki, míg a szorongásos zavaroknál a generalizált szorongásos zavart (Oliver Menapace, Staab, Friedman, Recker és Hamilton, 2019; Jang és Bhavsar, 2019) és a kényszerbetegséget (Collins és mtsai, 2014) vizsgálják leggyakrabban. A felsorolt betegségek részletezésére nem térek ki, inkább a tünetek esztétikai sebészeten való megjelenését és a külsővel kapcsolatos szorongást fejtem ki bővebben.

A WHO (2022, 2023) szerint a hangulatzavarok pontprevalenciája 5% (felnőtt nők 6%, felnőtt férfiak 4%, 60 év feletti 5,7%), a szorongásos zavaroké 4,05%. Magyar mintán a major depresszió és a bipoláris zavar élettartam-prevalenciája 6-10%, a szorongásos zavarok élettartam-prevalenciája 17,7% (Szádóczky, Rózsa, Zámori és Füredi, 2004). Torzsa és mtsai (2017) felhívják a figyelmet, hogy a nem kezelt depresszió az öngyilkosság legfontosabb rizikófaktora (Torzsa, Hargittay és Kalabay, 2017). Kiemelik, hogy a családorvosok praxisközösségeiben érdemes lenne pszichiáter vagy pszichológus munkatárssal együttműködni annak érdekében, hogy a hangulatzavarral, szorongással küzdő páciens időben kerüljön a megfelelő ellátásba (Torzsa és mtsai, 2017). Hasonló gyakorlat bevezetése célszerű lenne az esztétikai sebészeten is, mivel a páciensek nagy része elégedetlen valamely testrészével és külsővel kapcsolatos szorongással érkezik a rendelésre (Clarke és mtsai, 2005; Ricci és mtsai, 2010), melynek szélsőséges értékei mentális zavarokhoz kapcsolódhatnak (Hayashi és mtsai, 2007; Belli és mtsai, 2013; Saade és mtsai, 2018).

2.2.2.4.1. Külsővel kapcsolatos szorongás

A testtel kapcsolatos elégedettség témakörében gyakori a külsővel kapcsolatos szorongás felmérése (Mastro és mtsai, 2016; Allen, Roberts, Zimmer-Gembeck és Farrell, 2020; Hawes és mtsai, 2020; Cataldo és mtsai, 2021). A BDD vizsgálata során különösen fontos objektíven felmérni a test miatti aggodalmak mértékét, melyet a külsővel kapcsolatos szorongás és a testi hibával eltöltött idő felmérésével (óra/nap) tudunk megtenni. Ezen tényezők vizsgálata a plasztikai sebészeten is javasolt.

A külsővel kapcsolatos szorongás jellemzően magas serdülőkorban, főként lányokat (89%) érint, mely együtt jár a magasabb depressziós és szociális szorongásos pontszámokkal, valamint szélsőséges súlykezelő viselkedésekkel (Mastro és mtsai, 2016). A közösségi médiafelületek ezeket a tendenciákat tovább mélyíthetik nemcsak serdülők, hanem fiatal felnőttek esetében is (Cataldo és mtsai, 2021). A közösségi média használatával töltött idő pozitív összefüggést mutat a külsővel kapcsolatos aggodalmak, a depresszió és a szociális szorongás mértékével (Hawes és mtsai, 2020; Laughter és mtsai, 2023), illetve növelheti a testi elégedetlenséget, és a BDD komorbid zavarainak rizikóját (Laughter és mtsai, 2023). A

fényképek képszerkesztő programokkal való átalakítása hat a külsővel kapcsolatos szorongásra (Lian és Chen, 2023), ami befolyásolhatja a kozmetikai sebészet igénybevételének valószínűségét.

2.2.2.4.2. Hangulatzavarok és szorongásos zavarok az esztétikai sebészetben

A hangulatzavarok és szorongásos zavarok alapvetően nem jelentenek kontraindikációt a műtét szempontjából, azonban ezek a páciensek alapos utánkövetést és szorosabb kontrollt igényelnek (Bascarane és mtsai, 2021). A plasztikai sebész munkáját segíti, ha már a beavatkozás előtt ismeri a páciens diagnózisát, tüneteit, és ennek megfelelően állítja fel a kezelési tervet, beleértve a kontrollvizsgálatok gyakoriságát is.

A szorongásos és depressziós pontszámok mérése a BDD-vel való magas komorbiditás miatt is fontos az esztétikai sebészetben (Jawad és Sjögren 2017). A BDD pozitív csoportokban magasabb depressziós és szorongásos pontszámokat találtak (Barahmand és mtsai, 2010; Dey és mtsai, 2015; Higgins és Wysong, 2018). Shaw és mtsai (2016) szerint a depressziós tüneteknek kiemelt szerepe van a BDD-ben, mivel közvetíti a kapcsolatot a BDD és az öngyilkossági vágy között.

Bascarane és mtsai (2021) 120 közleményt tekintettek át a mentális zavarok esztétikai sebészetben való pontprevalenciáját illetően, mely alapján a hangulatzavarok előfordulási gyakorisága 4,8-25,8%, a szorongásos zavaroké 10,8-22%. Wei, Ge, Xiao, Zhang és Xu (2018) plasztikai sebészeti klinikán a műtét előtti szakaszban mérték fel a páciensek (n = 315) szorongását és a depressziós tünetek mértékét, a széleskörűen alkalmazott Kórházi Szorongás- és Depresszió Skálával (Zigmond és Snaith 1983). Eredményeik azt mutatták, hogy a páciensek 10,8%-ánál (n = 34) szorongásos zavar, 4,8%-ánál (n = 15) depresszió, 1,9%-ánál (n = 6) pedig mindkettő fennállt (Wei és mtsai, 2018). Collins (2014) ennél jóval magasabb gyakoriságot talált ortognátiás műtéten átesett páciensek (n = 99) retrospektív vizsgálatánál. A betegek 42%-nál depressziós tüneteket, 29%-nál kényszeres tüneteket, 14%-nál alacsony, 5%-nál közepes, 4%-nál pedig súlyos szorongást mutatott ki (Collins és mtsai, 2014). Retrospektív vizsgálatban elektív plasztikai beavatkozást kérő pácienseknél (n = 1000) ennél is nagyobb gyakoriságot találtak: a major depresszió prevalenciája 50,6% (n = 223), a generalizált szorongásos zavaré 32,9% (n = 145) (Jang és Bhavsar, 2019).

Testterületekhez kapcsolódóan eltérő eredményeket közölnek a hangulat- és szorongásos zavarok tekintetében. Arcplasztika-páciensek majdnem felénél jelentkeztek a műtét után eltérő mértékben szorongásos és depressziós tünetek, habár a páciensek elégedettsége több mint 95%-os volt (Sarcu és Adamson, 2017). Orrplasztika-páciensek

körében ($n = 50$) a szorongásos és depressziós tünetek gyakorisága is magasabb volt kontrollcsoporthoz viszonyítva (Belli és mtsai, 2023). Szemhéjplasztika-páciensek ($n = 50$) fél éves utánkövetésének eredményeképpen viszont a szorongásos és depressziós tünetek csökkenését állapították meg, magas elégedettséggel (96%) (Papadopulos, Archimandritis, Henrich, Kovacs, Machens és Klöppel, 2023). A szemhéjplasztika beavatkozás egyszerűbb, kisebb sebfelülettel, kevesebb fájdalommal, rövidebb gyógyulási idővel jár, mint az arcplasztika és az orrplasztika.

Minimálisan invazív beavatkozásra jelentkező páciensek körében is magasabb szorongásos és depressziós pontszámokat találtak kontrollcsoportos összehasonlítás alapján (Yazdandoost és mtsai, 2016; Özkur, Kıvanç Altunay és Aydın, 2020). Keresztmetszeti kutatásban, botox-kezelésre érkező kozmetikai sebészeti páciensek körében ($n = 200$, 74% nő, $M_{kor} = 43,28 \text{ év} \pm 7,39$) a pszichiátriai zavarok közül a szorongásos zavar (46%), a szomatizáció (25,5%) és a disztímia (11%) voltak a leggyakoribbak (Loron és mtsai, 2018). Érdekesség, hogy újabb tanulmányok éppen a minimálisan invazív beavatkozások (botox-kezelések) alkalmazási lehetőségét vetik fel a hangulatzavarok és a bipoláris zavar tüneteinek kezelésében. A botulinum toxin glabelláris területbe való injektálása ugyanis nemcsak a major depressziós (Wollmer, de Boer, Kalak, Beck, Götz, Schmidt és mtsai, 2012), hanem a bipoláris zavarban szenvedő páciensek depressziós tüneteinek kezelésében is sikeres lehet (Finzi, Kels, Axelowitz, Shaver, Eberlein, Krueger és mtsai, 2018).

A hangulatzavarok és szorongásos zavarok szignifikánsan gyakoribbak a kozmetikai beavatkozásokra jelentkezők körében (Gazize és Gharadaghi, 2013; Kucur és mtsai, 2016). Az általános populációéhoz képest jóval magasabb prevalencia-értékek alapján szükséges a szorongásos és hangulatzavarok felismerése.

2.3. Az esztétikai sebészet népszerűsége

A Nemzetközi Esztétikai Plasztikai Sebészeti Társaság (angolul: International Society of Aesthetic Plastic Surgery, röviden, ISAPS) statisztikája alapján az összes plasztikai sebészeti és nem-sebészeti beavatkozás 19,3%-os növekedést mutatott 2020-hoz képest: 2021-ben több mint 12,8 millió sebészeti és 17,5 millió nem sebészeti beavatkozást végeztek (ISAPS, 2022). Az Amerikai Plasztikai Sebészek Társaságának (angolul: American Society of Plastic Surgeons, röviden: ASPS) felmérése szerint a megkérdezett plasztikai sebészek 75%-a a gyarapodást anyagi okokkal (utazások korlátozása, megtakarítások növekedése), 40%-uk pedig a mentális jóllét javításának szándékával magyarázta (pl.: a páciensek magabiztosabbak akarnak lenni a

járvány után) (ASPS, 2022). Az „egyéb” indokok között (27%) már a „zoom boom”² kifejezés is megjelenik. Az Esztétikai Társaság (angolul: Aesthetic Society, röviden: AS) (2022) kiemeli a zoomhatás arcműtétekre gyakorolt hatását, melyek száma egy év alatt 55%-kal nőtt az Egyesült Államokban.

A szolgáltatások tekintetében a legnépszerűbb sebészeti beavatkozás évtizedekig a mellnagyobbítás volt, 2021-ben azonban a zsírleszívás áll az első helyen (több mint 1,9 millió operáció, 24,8%-os növekedés). Ezt követi a mellnagyobbítás, szemhéjplasztika, orrplasztika és a hasplasztika. A nem-sebészeti beavatkozások tekintetében első a botox-kezelés, ezt követi a hyaluronsavas feltöltés, lézeres szőrtelenítés, bőrfeszítő eljárások és zsírszövet-csökkentő eljárások. Az adatok alapján az esztétikai sebészeti páciensek érdeklődése a dekoltázsról a testkontúrt érintő beavatkozásokra helyeződött (zsírleszívás, hasplasztika, fenékimplantátum stb.). A legtöbb operációt a 19-34 évesek körében végezték: az összes mellnagyobbítás 53,1%-át és az összes orrplasztika 63,7%-át. A legtöbb nem sebészeti beavatkozást a 35-50 évesek vették igénybe, az összes botox-kezelés 47,2%-át. Az esztétikai sebészeti beavatkozások 24,1%-át az Egyesült Államokban végzik, ezt követi Brazília (8,9%) és Japán (5,7%). Az Egyesült Államokban egy átlagos plasztikai sebész 320 operációt végzett 2021-ben (2020-ban csak 220-at). A magas esetszámok miatt célszerű a részletes amerikai adatokat is áttekinteni, mivel ezek irányadók lehetnek a tendenciákat illetően.

Az Esztétikai Társaság és az ASPS ugyancsak két évente, meglehetősen részletes statisztikai adatokat tesz közzé az amerikai esztétikai sebészeti ellátásokról. 2021-ben több mint 11,1 millió sebészeti és nem-sebészeti beavatkozást végeztek. Az 2. táblázat összefoglalja a nők körében legnépszerűbb beavatkozásokat és azok növekedését 2020 és 2021 között. A férfiak körében a zsírleszívás, a gynecomastia miatt végzett mellkisebbitő operáció, a szemhéjplasztika, az orrplasztika, a hasplasztika és az arcplasztika beavatkozások voltak a legkeresettebbek Amerikában. Mindkét nem esetében a 36-50 éves korosztály adja a legtöbb esztétikai sebészeti beteget.

Magyarországon az esztétikai sebészeknek nincsen adatszolgáltatási kötelezettségük, ezért hazai statisztikával nem tudjuk összevetni a nemzetközi eredményeket. Az ISAPS statisztika készítésében két évente részt vehetnek a magyar szakorvosok is, azonban ez nem

² Magyarul: zoomhatás: a COVID-19 pandémia kapcsán a munkavégzés keretei megváltoztak: a videó hívások során a dolgozók figyelme a saját arcukra irányult munka közben. A páciensek arról számoltak be, hogy az online munka kapcsán lettek figyelmesek a bőrhibákra, aszimmetriákra, melyek korrigálása érdekében plasztikai sebészhez fordultak (AS, 2022).

kötelező. A disszertációban összefoglalt vizsgálati eredmények a hazai helyzet reprezentálását segítik.

Az esztétikai sebészeti ellátások népszerűségének megértésében a plasztikai sebészet társadalmi elfogadottsága, valamint a páciensek műtéti motivációinak részletes feltárása nyújthat segítséget.

2. táblázat: Az Amerikai Egyesült Államok adatai a legnépszerűbb esztétikai sebészeti beavatkozások gyakoriságáról (AS, 2022)

Legnépszerűbb sebészeti beavatkozások	2020 (darab)	2021 (darab)	Növekedés (%)
Zsírleszívás	296 663	491 098	66%
Mellnagyobbítás	252 627	364 753	44%
Hasplasztika	163 470	242 939	49%
Mellfelvarrás	102 750	167 395	63%
Szemhéjplasztika	86 986	149 668	72%
Implantátumcsere/eltávolítás	111 583	147 684	32%
Legnépszerűbb nemsebészeti beavatkozások			
Neurotoxinok	2 612 526	3 651 223	40%
Töltőanyagok	1 304 645	1 857 339	42%
Bőrkezelések (kémiai hámlasztás)	1 016 230	1 390 149	37%
Lézeres szőrtelenítés	268 934	454 954	69%
Lézeres bőrkezelések	278 310	431 485	55%

2.4. Az esztétikai sebészet elfogadottsága

A kozmetikai sebészet paradoxonja, hogy a világszerte magas esetszámok mellett a társadalmi elfogadottsága még mindig alacsony (Bonell, Barlow és Griffiths, 2021). A páciensek általában titokként kezelik az esztétikai sebészeti kezelések igénybevételét, a lelepleződést pedig gyakran szégyen övezi.

A kozmetikai sebészet központi pszichológiai komponense a testkép (Sarwer, 2019), melynek egyéni és társadalmi megítélésére is hatással van. Cash komplex testkép modelljében (2002) a plasztikai sebészet a kulturális szocializáció elemeihez sorolható, mint a testképre ható környezeti tényező. Ezek a szépségeti eljárások befolyásolják az aktuális szépségideál antropometriai adatait, és a testtel kapcsolatos extrémítások kialakulását is (pl.: hegyes tündefül, fenékimplantátum). A sebészeti megoldások egyre távolabb helyezik a vonzó/ideális test paramétereit a fogyasztók aktuális testfelépítésétől, testméreteitől, ezért nem meglepő, hogy a

plasztikai sebészeti hirdetések negatívan hatnak a testképre (Ashikali, Ayers és Dittmar, 2015). Már a serdülőkor elejétől kezdve befolyásolják a testtel kapcsolatos befektetéseket és a test tárgyiasítását is (Abraham és Zuckerman, 2011). A legtöbb páciens tehát azért választja a plasztikai sebészeti megoldásokat, mert fokozottan elégedetlen a testével (Sarwer és Polonsky, 2016; Sarwer, 2019). Ez 85-95%-ban javul a műtét után, ami növeli az esztétikai sebészet elfogadottságát.

A kozmetikai sebészet elfogadásának hátterében intrapszichés (Pruzinsky és Edgerton, 1990), interperszonális és szociokulturális tényezőket azonosítottak (Beos, Kempes és Prichard, 2021; Callaghan, Lopez, Wong, Nothcross és Anderson, 2011; Stefanile, Nerini és Mater, 2014). Ez az attitűd nemi különbségeket mutat: nők esetében pozitívan korrelál az életkorral (Henderson-King és Henderson-King, 2005; Swami, Chamorro-Premuzic, Bridges és Furnham, 2009; Meskó és Láng, 2019), a nők nagyobb valószínűséggel fordulnak plasztikai sebészhez. A kozmetikai sebészeti páciensek hozzávetőlegesen 94%-a nő (AS, 2022), akik testi elégedettsége csökken az életkor növekedésével, ezzel párhuzamosan pedig nő a kozmetikai sebészet elfogadása is. A sebészet „óvintézkedésként” fogható fel: nem a vonzóság reményével jár együtt, hanem azzal a félelemmel, hogy „nem leszek vonzó” (Henderson-King és Henderson-King, 2005). Hazai vizsgálat alapján azok a nők elfogadóbbak a kozmetikai sebészettel kapcsolatban, akik idősebbek, elégedetlenebbek a testükkel, a külsővel kapcsolatos médiatartalmakat jobban internalizálják és kevésbé értékelik a saját testüket (Meskó és Láng, 2019).

Az intrapszichés tényezőkhez sorolható a nyitottság, az emocionális stabilitás (Swami és mtsai, 2009), valamint a külső megjelenés szerepének túlhangsúlyozása. Ez utóbbi tényezőt több szerző is említi, eltérő meghatározással: külső orientáció (Sarwer, Cash, Magee, Williams és Thompson, Roehrig és mtsai, 2005), a külső javítása (Callaghan és mtsai, 2011). A külső túlhangsúlyozása miatt jelenik meg a problémás megküzdési mechanizmus (Callaghan és mtsai, 2011) és a külső megjelenéssel kapcsolatos önbizalom csökkenése (Brown, Furnham, Glanville és Swami, 2007). Park és mtsai (2009) eredményei szerint azok a vizsgálati személyek érdeklődnek intenzívebben a kozmetikai sebészet iránt, akik a külsővel kapcsolatos visszautasítástól jobban tartottak (Park, Calogero, Harwin és DiRaddo, 2009). Bár Meskó és Láng (2019) nem találtak összefüggést magyar mintán a kozmetikai sebészet elfogadása és az önértékelés között. Az említett intrapszichés tulajdonságok pozitívan korrelálnak a kozmetikai sebészet elfogadásával és megfontolásával (Swami és mtsai, 2009).

Az egyén és társas környezete közötti interakció fontos része annak, hogy megértsük és meghatározzuk a kozmetikai sebészet iránti érdeklődést (Park és mtsai, 2009; Sharp,

Tiggemann és Mattiske, 2014). Az interperszonális tényezők esetén a kozmetikai sebészet nagyobb elfogadása együtt jár azzal a feltételezéssel, hogy a jobb külső sikeresebbé teszi a társas működést (pártalálás, munka elnyerése) (Bradshaw és mtsai, 2019). Sharp és mtsai (2014) felnőtt ausztrál női válaszadókat (n = 351) vizsgálva arra jutottak, hogy az ideális külső internalizálása közvetítette a médiának való kitettség és a baráti beszélgetések hatását a testi elégedetlenségre és a kozmetikai sebészetre vonatkozó attitűdre. A médiának való kitettség és a baráti beszélgetések direkt és indirekt módon is hatnak a kozmetikai sebészethez való viszonyulásra (Sharp és mtsai, 2014).

A szociokulturális tényezőkhöz sorolható a vizuális média testképre gyakorolt hatása (testtel kapcsolatos elégedetlenség, a karcsúságideál internalizálása) (Callaghan és mtsai, 2011; Sarwer és mtsai, 2005; Stefanile és mtsai, 2014). A közösségi médiafelületeket közvetítő tényezőként említik a testi elégedettség és a kozmetikai sebészet elfogadása között, ami egyértelműen negatív hatást gyakorol a nők testképére (Ashikali és mtsai, 2015) Minél jobban módosítják a közösségi médiába feltöltött fotóikat a nők, annál elégedetlenebbek az arcukkal (Beos és mtsai, 2021).

Összességében, a kozmetikai sebészet elfogadása főleg a nők körében emelkedik, emellett náluk az életkor előrehaladtával fokozódik. A személyiség (nyitottság, érzelmi stabilitás, a külső szerepének túlértékelése) és a testhez való viszony tekintetében azok a nők az elfogadóbbak, akik nyitottabbak, érzelmileg labilisabbak, a testtel kapcsolatos elégedettségük alacsonyabb, valamint a testük értékelése is negatívabb. A médiafelületek közvetítő szerepet töltenek be a kozmetikai sebészet eredményei és a nők testtel kapcsolatos elvárásai között. Ennek eredményeképpen a kozmetikai sebészet egyre inkább lehetséges alternatívává válik a szépséghibák, aszimmetriák, testtel kapcsolatos aggodalmak kezelésében, valamint a társadalmi elvárásoknak megfelelő külső elérésében.

2.4.1. A média szerepe

Az Instagram, TikTok, Snapchat és Facebook olyan közösségi médiafelületek, ahol képeket, videókat osztanak meg magukról az emberek, hogy számukra fontos – főként énről vonatkozó és/vagy testközpontú – tartalmakat közöljenek. Átlagosan 12-13 évesen kezdik el használni a serdülők (Wilksch, O'Shea, Ho, Byrne és Wade, 2020), ettől kezdve pedig szinte korlátlan hozzáférésük van a testtel kapcsolatos tartalmakhoz. A közösségi média platformok olyan algoritmusok alapján működnek, amelyek a szépségideálnak megfelelő tartalmakat választják ki és terjesztik a felhasználók körében, az ettől eltérőket pedig háttérbe szorítják (Dias és Duarte, 2022). Az online térben töltött idő alatt a felhasználók olyan külsővel kapcsolatos

tartalmakkal szembesülnek, melynek természetes úton a legtöbben nem tudnak megfelelni (Sweis, Spitz, Barry és Cohen, 2017). A nőktől karcsú, izmos, tónusos testet, nagy melleket és alacsony csípő-derék arányt követelnek; a férfiktől karcsú, izmos és kisportolt testet (Burch és Johnsen, 2020).

A társas összehasonlítás elmélete alapján, ha az emberek nem rendelkeznek objektív normákkal a saját életükre vonatkozóan, akkor gyakran a másokkal való összehasonlítás alapján értékelik magukat (Festinger, 2000). A saját külsőt negatívabban értékelik azok, akik ezeket a társas összehasonlításokat gyakran és szelektíven végzik, mégpedig olyan egyénekkel, akik számukra fontosak és vonzó fizikai tulajdonságokkal rendelkeznek (Vartanian és Dey, 2013; Laughter, Anderson, Maymone és Kroumpouzou, 2023). A társas összehasonlítás következtében nő a saját külsővel kapcsolatos aggodalom, ami olyan érzelmi problémák kialakulásához vezethet, mint a depressziós és szorongásos tünetek (Molton és mtsai, 2018; Hawes, Zimmer-Gembeck és Campbell, 2020), a diszmorfiás aggodalmak³ és a negatív testkép (Fardouly, Willburger és Vartanian, 2018), melyből testképzavar is kialakulhat. Az Instagramhasználat közvetett szerepet játszik a külsővel kapcsolatos diszmorfiás aggodalom kialakulásában (Senín-Calderón, Perona-Garcelán és Rodríguez-Testal 2020), mely a testdiszmorfiás zavar szubklinikai tünetének tekinthető. Megfigyelhető, hogy a testdiszmorfiás zavar eddig ismeretlen formái (zoomdiszmorfia, snapchatdiszmorfia) jelennek meg a közösségi médiafelületek és a konferenciahívások felhasználói körében (Rajanala, Maymone és Vashi, 2018; Rice, Siegel, Libby, Graber és Kourosh, 2020). A legtöbb esztétikai szakember napi gyakorisággal számolhat be arról, hogy a páciensek a kezelés céljaként szerkesztett, szűrő által módosított önarcképet mutatnak a konzultáción. A snapchatdiszmorfia lényege, hogy a páciens ragaszkodik a képszerkesztő programmal végrehajtott módosításokhoz, függetlenül attól, hogy saját anatómiai adottságai vagy az orvostechnikai megoldások ezt lehetővé teszik-e (Rajanala és mtsai, 2018). Egy másik applikáció alapján a zoomdiszmorfiát is leírták, ami a rosszul beállított technikai feltételek miatt jön létre, a téves önészlelés pedig diszmorfiás aggodalmak kialakulásához vezet (Rice és mtsai, 2020). Ehhez kapcsolódik az amerikai plasztikai sebészek által megnevezett zoomhatás, aminek következtében növekedett az arcon végzett plasztikai műtétek száma (AS, 2022).

Az online térben töltött idő, valamint a képszerkesztőkkel és videóhívások szűrőivel eltöltött idő szerepet játszik a testtel (Fardouly és mtsai, 2018; Senín-Calderón és mtsai, 2020;

³ Egy vagy több testrészlet miatti túlzott aggodalom, melynek állapota, tökéletlensége nem észrevehető mások számára. Ezek a betolakodó gondolatok distresszt okoznak, melyeket gyakran kényszeres viselkedéssel próbálnak csökkenteni.

Beos és mtsai, 2021) és az arccal (Laughter és mtsai, 2023) kapcsolatos elégedetlenség (Sun és Rieder, 2022), valamint a külsővel kapcsolatos szorongás (Lian és Chen, 2023) növekedésében. Az Instagramon naponta 93 millió szelfit tesznek közzé (Laughter és mtsai, 2023), ami együtt jár a saját arc folyamatos monitorozásával és másokkal való összehasonlításával. Az Amerikai Arcplasztikai és Rekonstrukciós Sebészek Társaságának felmérése szerint a sebészek 42%-a számolt be olyan páciensről, aki azért akart kozmetikai beavatkozást, hogy jobb szelfit tudjon készíteni a közösségi média platformjaira (American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery, 2017). Az önarképek mellett a testtel kapcsolatos tartalmak is megjelennek a közösségi médiafelületeken, az Instagramon a #fitspiration tartalmaknál több mint 19 millió bejegyzést találhatunk. Cataldo és mtsai (2021) szerint ezek a tartalmak hozzájárulnak a testi elégedetlenség kialakulásához és a test tárgyiasításának fenntartásához (Cataldo, De Luca, Giorgetti, Cicconcelli, Bersani, Imperatori és mtsai, 2021).

Az érzelemszabályozási nehézség és a közösségi médiafelületek használata közötti kapcsolatot több szerző is leírja: a problémás Facebook-használat (Marino és mtsai, 2019) és az Instagram-használat kapcsán is (Senín-Calderón és mtsai, 2020; Cataldo és mtsai, 2021). A diszmorfiás aggodalmak és az Instagram-használat közötti kapcsolatot az érzelemszabályozási nehézség közvetíti (Senín-Calderón és mtsai, 2020). Couper és mtsai (2021) eredményei szerint az esztétikai sebészeti páciensek populációjában (n = 311) az érzelemszabályozás részben hozzájárulhat az interperszonális funkciókra és a testre vonatkozó elégedetlenség kapcsolatához (Couper, Moulton, Hogg és Power, 2021). Saade és mtsai (2018) kiemelik, hogy a testdiszmorfiás zavarban szenvedő páciensek különösen érzékenyek az online térben lévő testtel kapcsolatos tartalmakra (Saade, de Castro Maymone és Vashi, 2018).

2.4.2. Testtel kapcsolatos visszajelzések

A szociális interakciók kulturális gyakorlata az online terek leegyszerűsített funkciói miatt megváltoztak. A másoknak adott visszajelzések ma már nemcsak szóban, hanem a közösségi médiafelületeken is teret kapnak kommentek, vagy hangulati elemeket tükröző ikonok formájában (emojik). Az online térben lehetőség van a megjelenés alapú visszajelzésekre, mely bármikor, bárkitől érkezik. A cyberbullying növekvő térhódítása kedvez a diszmorfiás aggodalmak megjelenésének (Higgins és Wysong, 2018). Park és mtsai (2009) amerikai főiskolai hallgatók (n = 133) külsővel kapcsolatos visszajelzésekre adott érzékenységet vizsgálta. A résztvevők esszét írtak a múltban kapott pozitív és negatív, külsejükre érkező hozzászólásokból, mely alapján alacsony és magas érzékenységgű csoportokra

osztották őket. Az emlékek felelevenítése után a magas érzékenységű csoport elutasítottabbnak érezte magát és intenzívebben érdeklődött a kozmetikai sebészet iránt.

2.5. Az esztétikai sebészeti páciensek műtéti motivációja

A testi elégedetlenség önálló tényezőként is motivációs katalizátora lehet a külsőt javító viselkedéseknek (Sarwer és Polonsky, 2016). Ez változtatásra sarkallja az egyéneket: testedzésre, diétázásra, kozmetikai kezelések igénybevételére stb. Számos egyéb kiváltó, közvetítő és motivációs tényező játszhat azonban szerepet az esztétikai sebészet választásánál. Swami (2009) a testi elégedetlenség mellett prediktorként emeli ki a nagyobb médiahatást és az alacsony testtömegindexet. A testképpel való elégedetlenség elsődleges motivációs szerepét több szerző is megerősíti (Loron és mtsai, 2018). Más szerzők szerint a kozmetikai sebészet elfogadottsága és a műtéti beavatkozás kérése inkább olyan szociális csoportok befolyásától függ, akik rendelkeznek a fenti tulajdonságokkal (Coughlin, Schreyer, Sarwer, Heinberg, Redgrave és Guarda, 2012).

A mellműtéten átesett nők motivációit vizsgálva Solvi és munkatársai (2010) 4 pszichológiai folyamatot azonosítottak: létrehozás, javítás, rendbe hozás, megőrzés (angolul: create, improve, repair, restore). Háttérükben egyetlen hajtóerő állt: a nőiesség elérése, melynek eszköze maga a műtét volt. Hat hajlamosító tényezőt állapítottak meg (külsővel kapcsolatos elégedetlenség, ideális alak, önértékelés, megjegyzések, ruházat és szexualitás), és 5 kiváltó tényezőt (média, korábbi páciensektől származó információk, szakorvosok, anyagi lehetőségek és a partner) (Solvi, Foss, von Soest, Roald, Skolleborg és Holte, 2010). Ezt megerősíti Szászi és Szabó (2014^b) vizsgálati eredménye, ahol a megkérdezett plasztikai sebészeti páciensek 73,4%-nál az orvos karizmatikus személyisége, 40%-nál a közelmúltban történt életeseménybeli változások, 40%-nál a szerepkonfliktusok, 26,7%-nál pedig a közeli hozzátartozó/barát műtéti tapasztalatai közvetítő tényezőként befolyásolták a döntéseket (Szászi és Szabó, 2014^b).

Waldman és mtsai (2019) minimálisan invazív beavatkozáson átesett páciensekkel készítettek interjút, mely alapján 8 általános kategóriát jelöltek meg a páciensek műtéti motivációiként: mentális és érzelmi egészség, esztétikus megjelenés, fizikális egészség, munkában/ iskolában elért siker, társas jóllét, költségek és/vagy kényelem, az eljárás megértése, a kezelés időzítése (Waldman, Maisel, Weil, Iyengar, Sacotte, Lazaroff és mtsai 2019). A fizikai állapot a páciensek motivációjában tehát csak egy tényező volt. A beavatkozások választásánál nagy szerepe van a fizikai elváltozás mértéke mellett a pszichoszociális tényezőknek is (Sarwer és Spitzer, 2016; Maisel, Waldman, Furlan, Weil, Sacotte, Lazaroff és mtsai, 2018). Sarcu és

Adamson (2017) esztétikai okokból arcműtött páciensek műtéti motivációját vizsgálva azt találta, hogy a betegek az önértékelésük javítása mellett meglévő kapcsolatukat akarják javítani, új barátokat vagy jobb munkát akarnak szerezni. A COVID-19 pandémia után ezen tényezők szerepe még hangsúlyosabbá vált. A megkérdezett amerikai plasztikai sebészek szerint pácienseik legfontosabb műtéti motivációja, az, hogy a pandémia okozta stressz után frissnek és fiatalnak érezzék magukat. Ezt követi a fizikai elváltozások kezelése, majd az elhalasztott műtétek pótlása. Végül az önértékelés, önbizalom javítását és a zoomhatást jelölték meg a betegek műtéti motivációiként (ASPS, 2022).

Alapvetően minden szerző egyetért abban, hogy a páciensek motivációinak feltárása és megismerése alkalmas a műtéttel kapcsolatos elégedettség fokozására, mert javítja a páciensekkel való kommunikációt és segíti a „problémás” páciensek szűrését (Macgregor, 1971; Solvi és mtsai, 2010; Mulkens, Bos, Uleman, Muris, Mayer és Velthuis, 2012; Szászi és Szabó, 2014^{a,b}; Sarcu és Adamson, 2017; Rabaioli, Oppermann, Pilati, Klein, Bernardi, Migliavacca és mtsai, 2022).

2.6. Mentálhigiénés szűrés a plasztikai sebészeten

A beteg állapotának ellenőrzése a műtét előtt és után ugyanolyan fontos, mint maga a beavatkozás (Sykes, 2008). A növekvő páciensforgalom nagy terhet ró az egészségügyi szolgáltatókra (Clarke és mtsai, 2005; Terino, 2008; Breuning, Oikonomou, Singh, Rai és Mendonca, 2010), melynek hatékonyabb szervezése elsődlegesen a preoperatív szűrővizsgálatokkal (szomatikus és mentális) lehetséges (Macgregor, 1971; Beynet, Greco és Soriano, 2009). Ez a folyamat akkor lehet sikeres, ha az orvos-beteg kapcsolat alapja terápiás szövetség, amit partnerség és bizalom jellemez (Sykes, 2008; Ricci és mtsai, 2010; Sun és Rieder, 2022). A plasztikai sebészek a páciens érdekében az eljárás halasztását vagy visszautasítását is mérlegelnie kell.

Az plasztikai sebészeti páciensek szelekciója elősegíti a fizikai (hematóma, fertőzés, gyulladás) és pszichológiai szövődmények (szorongás, depresszió, alvászavar, csalódás) csökkenését. A pszichés problémával érkezőknél nagyobb valószínűséggel jelentkeznek posztoperatív szövődmények (Borah, Rankin és Wey, 1999, Lyne, Ephros és Bolding, 2010) és nagyobb mértékű az operációval kapcsolatos elégedetlenségük is. Ezért a műtét előtti pszichológiai szűrés rutinszerű beépítését (Hayashi és mtsai, 2007; Rehman és mtsai, 2023) és a páciensek klinikai profiljának felállítását hangsúlyozzák (Bellino, Zizza, Paradiso, Rivarossa, Fulcheri és Bogetto, 2006; Sykes, 2008; Lyne és mtsai, 2010; Abraham és Zucker, 2011; Callaghan és mtsai 2011; Mulkens és mtsai, 2012; Dakanalís és mtsai, 2013; Wei és mtsai,

2018). Nincsen egységesen elfogadott protokoll a mentális zavarok szűrésére (Lyne és mtsai, 2010), az irányelvektől való eltérés azonban a szövődmények magasabb gyakoriságával jár (Breuning és mtsai, 2009). Az irányelvek és jó gyakorlatok mentén kidolgozott saját protokoll alkalmazása csökkentheti a várólistákat és a szövődményes esetek számát is (Breuning és mtsai, 2009). A protokollnak magába kell foglalnia a preoperatív és posztoperatív teendőket, a páciensek hosszú távú utánkövetését és a szükséges dokumentációkat (tájékoztatók és beleegyező nyilatkozatok). A mentális szűrővizsgálati protokoll vázlatát a 4. ábra részletezi.

A plasztikai sebészetben alkalmazott pszichológiai szűrőprotokoll tartalmát befolyásolja a szakorvos gyakorlata, specializációja, működési rendje és a személyisége is. Fontos, hogy hitelesen képviselje a mentális alkalmasság vizsgálatát, és gyakorlatában segítségként tekintsen rá, a saját munkája és a páciensek védelme érdekében.



4. ábra: Mentális alkalmasságvizsgálat a plasztikai sebészetben

2.6.1. Preoperatív fázis

Az esztétikai sebészeti páciensek eleve testtel kapcsolatos elégedetlenséggel érkeznek, ezért a kezelőnek a panaszok objektív (fizikai elváltozás mértéke, osztályozása, szempontjai) (Beynet és mtsai, 2009; Montemurro, Cheema, Khoda, Pellegatta és Hedén 2021) és szubjektív (a páciens érzelmi állapota, érzelemszabályozása; szorongása, depresszív tünetei) oldalát is fel kell mérnie (Barsky, 1944; Sucupira és mtsai, 2016; Moulton és mtsai, 2018; Couper és mtsai, 2021). Erre módszertanilag a konzultációba beiktatott nyitott kérdések, strukturált interjúból kiemelt kérdések, szűrőkérdőívek (Clarke és mtsai, 2005; Lai és mtsai, 2010; Couper és mtsai, 2021; Dey és mtsai, 2015; Saade és mtsai, 2018; Sun és Rieder, 2022; Rehman és mtsai, 2023),

illetve az orvos és a nővér megfigyeléséből származó információk alkalmazhatók (Tamás és Szászi, 2020). Hirsch és Stier (2009) szerint az első konzultációnak nyitott kérdéseket kell tartalmaznia, amely a páciens testtel kapcsolatos aggodalmait és beavatkozással kapcsolatos ismereteit, valamint a műtéti terület orvosi előtörténetét és a korábbi gyógyulási folyamatokat (korábbi sebgyógyulás, keloid hajlam, hegesedés, véralvadási rendellenességek) tárja fel. A pszichés státusz felállításához szükséges a testtel kapcsolatos szélsőségeket és mentális zavarokat vizsgálni. Jelenleg három kérdőív is elérhető kifejezetten plasztikai sebészeti páciensek részére a testkép és az életminőség mérésére: Breast-Q (Pusic, Klassen, Scott, Klok, Cordeiro és Cano, 2009), Face-Q (Klassen, Cano, Scott, Snell és Pusic, 2010), Body-Q (Klassen, Cano, Alderman, Soldin, Thoma, Robson, Kaur és mtsai, 2016). Mindhárom önkitöltő kérdőív: speciális kérdéseket tartalmaznak a páciens motivációinak és elégedettségének mérésére; beleértve az életminőség vizsgálatát és az eredményekre vonatkozó elvárásokat is. A Breast-Q 3 modul tartalmaz, attól függően, hogy milyen típusú beavatkozásra készül a páciens: nagyobbítás, rekonstrukció, kisebbítés (Pusic és mtsai, 2009), míg a Face-Q az arc részeire vonatkozik (orr, fül, homlok, orca). A Body-Q magába foglalja az egész megjelenés, illetve az egészséggel kapcsolatos életminőség értékelését és az egészségügyi ellátással kapcsolatos tapasztalatot is (Sarwer és Polonsky, 2016).

A preoperatív pszichológiai szűrés részét képezhetik a pszichoszociális tényezők és a szociokulturális háttér (Moulton és mtsai, 2018; Couper és mtsai 2021), valamint a műtéti motivációk (külső motivációk) és elvárások felmérése is (Macgregor, 1971; Cook, Rosser, Toone, James és Salmon, 2006; Bascarane és mtsai, 2021). A páciens elvárásainak három csoportja van: pszichológiai, fizikai és interperszonális (Pruzinsky, 1993). A pszichológia elvárásokhoz tartozik a hangulat, a testkép, az önértékelés és a teljes pszichológiai jóllét javulása. A fizikai elvárásoknál az észlelt fizikai defektus javítása említhető. Míg az interperszonális elvárások a meglévő társadalmi normákkal és értékekkel összhangban lévő célokat tartalmazzák. A sebészek számára az első csoport kezelése jelenti a nehezebb feladatot. Irreális műtéti elvárásnak tekinthető minden olyan a beteg által megfogalmazott elvárás, aminek kivitelezhetetlen a megoldása: nagymértékű növekedés az önértékelésben, jobb kapcsolatok, jobb munka, az öregedési folyamatok visszafordítása vagy megállítása stb. (Ritvo, Riche és Stillman, 2009). Az interperszonális működésre vonatkozóan a páciens kísérő személy felé is lehet kérdést intézni, pl. hogyan érinti a baráti, családi kapcsolatokat a páciens testtel kapcsolatos problémája (Bascarane és mtsai, 2021).

Mindezek alapján megállapítható a pszichológiai tünet vagy a mentális zavar jelenléte, felmérhető a páciens operációjának rizikója, melynek eredményeként a műtét elutasítható.

(Bascarane és mtsai, 2021; Rehman és mtsai, 2023). Amennyiben felmerül a pszichiátriai tünet vagy zavar gyanúja, akkor érdemes szűrőkérdőíveket használni. Ekkor az orvos feladata a műtét eredményét kockázatos mentális zavarról szóló pszichoedukáció és a páciens megfelelő szakrendelésre való továbbküldése (Marron, Gracia-Cazaña, Miranda-Sivelo, Lamas-Diaz, Tomas-Aragones és mtsai, 2019; Sun és Rieder, 2022). A kozmetikai sebészet területén BDD szűrésének és a BDD-s páciensek kezelésének külön irodalma van, aminek módszertana kiterjeszhető a többi mentális zavarra is. Lai és mtsai (2010) szűrőkérdőívek és strukturált klinikai interjúból vett kérdések mellett a páciens viselkedésének megfigyelését szorgalmazzák a konzultáció során. BDD esetében a figyelem középpontjában az enyhe vagy hiányzó külső testi hiba áll, ami miatt a betegek nagyon feszélyezettek (Szászi, 2009). Gyakran kritizálják a korábbi műtétet végző orvost, az eredménnyel elégedetlenek.

A preoperatív szakasznak a páciens teljes körű, szóbeli és írásbeli tájékoztatásával kell befejeződnie, mely magába foglalja a műtét folyamatának, kockázatainak összefoglalását és a hegesezés folyamatának ismertetését (Tamás és Szászi, 2020). A páciens műtét utáni elégedettsége összefügg a beavatkozással járó kockázatok, valamint az operációt követő változások megértésével és mérlegelésével (Clark és mtsai, 2005; Beynet és mtsai, 2009; Marion, Webel és Torres, 2023).

2.6.1.1. A szűrésben kompetens személyek

A mentálhigiénés szűrésben részt vehet a plasztikai sebész, az egészségügyi szakdolgozók (Borah és mtsai, 1999) és pszichológus is, attól függően, hogy milyen protokollt határoznak meg (Clarke és mtsai, 2005; Moulton és mtsai, 2018; Couper és mtsai, 2021). A plasztikai sebész különböző szinteken működhet együtt pszichológus, pszichiáter szakemberrel, ami a páciensküldéstől, a tanácsadástól a páciensek közös ellátásig terjedhet. Közös ellátás esetén a pszichológus munkatárs részt vehet a páciensek preoperatív és posztoperatív szűrésében, műtéti felkészítésében, hosszú távú utánkövetésében és az elutasított páciensek betegútjának szervezésében is (Clarke és mtsai, 2005; Beynet és mtsai, 2009; Siegfried Ayrolles és Rahioui, 2018). A pszichometriai adatok alapján (Clarke és mtsai, 2005) felállítható a páciens klinikai profilja (Beynet és mtsai, 2009; Lyne és mtsai, 2010; Bascarane és mtsai, 2021), és kiválasztható a mentális szempontból alacsony kockázatú páciens, így a műtét pszichológiai szövődményei csökkenthetők (Breuning és mtsai, 2009). Ritkábbak a „problémás páciensekkel” való konfliktusok (Nakamura és Koo, 2017), kevesebb kontrollvizsgálat szükséges, kevesebb a reoperáció és magasabb a páciensek elégedettsége is (Sarcu és Adamson, 2017; Rehman és mtsai, 2023).

Jó gyakorlatot jelent a Clarke és mtsai (2005) által alkalmazott komplex protokoll, ahol a páciensek számára a műtét előtt két pszichológiai konzultációt tettek kötelezővé. A pszichológus felmérte és hierarchiába rendezte a külsővel kapcsolatos aggodalmakat (egyszerűen értékelhető 11 fokú skála, 0-10). Vizsgálta, hogy az operáció gondolata kitől származik (páciens vagy más személy), hogy releváns-e a testi hiba, és a szorongás közvetlenül kapcsolódik-e hozzá. Felmérte a pszichológiai distressz következményeit: realizálta a külső testi hiba jelenlegi társas, viselkedéses következményeit és a műtéttel járó jövőbeli változásokat. A fizikális szűrővizsgálatok mellett 2 kötelező pszichológiai konzultációt rendeltek el, ahol validált pszichometriai tesztekkel dolgoztak és a műtéttel járó kockázatokat is tisztázták (Clarke és mtsai, 2005). A BDD-gyanús eseteket pszichiátriai szakrendelésre irányították. Rövidültek a várólisták, magasabb lett a páciensek lemorzsolódása, ugyanakkor ez az értékelő folyamat költségmegtakarítással járt a sebész számára.

2.6.1.2. Életminőség

Az esztétikai sebészen az életminőség vizsgálata nemcsak az elégedettség felmérése céljából szükséges a posztoperatív szakaszban, hanem a preoperatív szakaszban is elengedhetetlen a mentális szűrővizsgálatok részeként. A testképpel/testtel kapcsolatos aggodalmak jelentős szorongást okozhatnak, negatív hatást gyakorolva az életminőségre, a pszichoszociális funkciókra (tanulmányok, munka) és olyan pszichés problémák kialakulásához vezethetnek, mint a depressziós, szorongásos tünetek (Cash, Phillips, Santos és Hrabosky, 2004) vagy a BDD megjelenése (Borda és mtsai, 2011; Marques és mtsai, 2011). A BDD szűrését azért szorgalmazzák az esztétikai sebészeti betegek körében, mert alacsony életminőséggel és jelentős pszichoszociális károsodással jár (Borda és mtsai, 2011; Marques és mtsai, 2011), amin a műtét eredménye nem változtat (Tignol, 2007; Mulkens és mtsai, 2012; Saade és mtsai, 2018). Schneider és mtsai (2019) egyetemista diákok (n = 399) csoportjában igazolta a BDD szubklinikai tünetei, az életminőség és a testtel kapcsolatos elégedetlenség közti kapcsolatot. Az életminőséget és lelki egészséget (depresszió, szorongás, kényszerbetegség, evészavarok, alkoholfogyasztás, BDD) mérték fel olyan diákok bevonásával, akik aggódtak a külső megjelenésük miatt. Eredményeik szerint az alacsonyabb életminőség a BDD, a depresszió, a szorongás, a kényszerbetegség és az evészavaros tünetek magasabb előfordulásával járt együtt, mely nagyrészt nőket érintett. A több testterület miatt aggódó személyek életminősége alacsonyabb volt (Schneider, Turner, Storch és Hudson, 2019). A testtel kapcsolatos elégedettség és az életminőség közötti kapcsolat nőknél szorosabb volt a férfiakkal összevetve (Fredericks és mtsai, 2022). Az esztétikai sebészet potenciálisan javíthatja

az egyén életminőségének bizonyos aspektusait (Beynet és mtsai, 2009), a teljes életminőségre hosszú távon azonban nincs hatása. Több testrész esztétikai korrekciója sem képes tartósan javítani az önértékelést (Abraham, Zuckerman, 2011) és a testi elégedettséget (Yazdandoost és mtsai, 2016).

A plasztikai sebészeti eljárások életminőségre gyakorolt hatásáról azért olvashatunk vegyes eredményeket, mert sok esetben az életminőség sokrétű fogalmát egyetlen változóként kezelik vagy hibásan az elégedettséggel azonosítják. Megbízható adatot erről úgy kaphatunk, ha az életminőség komponenseit utánkövetésben vizsgáljuk a posztoperatív fázisban.

2.6.2. Posztoperatív fázis

A posztoperatív szakaszban a páciensek utánkötése során valósul meg a szövödmények kezelése, a pszichés állapot monitorozása, az életminőség és az elégedettség vizsgálata (Sykes, 2008; Collins és mtsai, 2014; Higgins és Wysong, 2018).

Papadopulos és mtsai (2007) utánkötéses vizsgálatukban 228 esztétikai sebészeti pácienszt vizsgáltak a műtét után 3 és 6 hónappal, kontrollcsoporttal összehasonlítva (Papadopulos, Kovacs, Krammer, Herschbach, Henrich és Biemer, 2007). Az operált páciensek életminősége javult, főként a testi elégedettség és az egészség megítélésében. Bár a műtét után 6 hónappal a testi elégedettség pontszámai már nem mutattak szignifikáns mértékben növekedést a preoperatív méréshez viszonyítva. Hosszú távú hatása tehát csak az egészségesség megítélésének volt a műtét után. Szemhájplasztika beavatkozáson átesett páciensek (n = 50) féléves utánkötése alapján az életminőség több aspektusának javulását tapasztalták. Az érzelmi és fizikai jóllét megítélése is javult, mivel szignifikáns növekedést mértek a jövedelem, a családi élet, a párkapcsolat, a pihenési képesség, a hobbi, a külső megjelenés és az érzelmi stabilitás tekintetében (Papadopulos, Meier, Henrich, Herschbach, Kovacs, Machens és mtsai, 2023). Sarcu és Adamson (2017) férfi arcplasztika-páciensek esetében találtak nagyobb javulást az életminőségben, bár esetükben a műtét előtti pszichés diszfunkció mértéke is nagyobb volt, mint a női pácienseknél. Rabaioli és mtsai (2022) orrműtött páciensek (n = 131) életminőségét 3 és 6 hónapos utánkötésben vizsgálták. A betegek életminősége javult, azonban nem tisztázott, hogy esztétikai vagy rekonstrukciós pácienseket vizsgáltak.

A rekonstrukciós sebészeti beavatkozások életminőségre gyakorolt hatása jól ismert (Edmondson és Ross, 2021; Naseri, Gunnarsson és Lilja, 2023). Mellkisebbítő műtétek utánkötéses eredményei szerint az összes egészséggel kapcsolatos életminőség-paraméter javult (Wampler, Powelson, Homa és Freed, 2021). Az esztétikai beavatkozásokat tekintve a mellnagyobbító műtétek, orrplasztikák, arcplasztikai beavatkozások változó eredménnyel

zárulnak a teljes életminőség vizsgálatánál (Bascarane és mtsai, 2021). A mellnagyobbító műtétek többnyire pozitívan hatnak az önértékelésre, életminőségre, testi elégedettségre (Crerand, Infield és Sarwer, 2007). Hosszú távú hatásuk azonban kérdéseket vet fel, mivel egyes vizsgálati eredmények szerint az öngyilkosság prevalenciája a mellműtött nők körében lényegesen magasabb, kontrollcsoporttal összehasonlítva (Jacobsen, Hölmich, McLaughlin, Johansen, Olsen, Kjølner és mtsai, 2004; Sarwer és mtsai, 2007).

2.6.3. Az elégedett páciens

Az esztétikai sebészeti páciensek túlnyomó része (84% felett) elégedett a műtéti eredménnyel (Papadopoulos és mtsai, 2007; 2023; Sarcu és Adamson, 2017; Crépeux és Legendre, 2019). Sarwer és mtsai (2005, 2008) egy és két éves utánkövetéses vizsgálata szerint is a páciensek (n = 100) 87%-a elégedett volt, mivel az operáció javította a műtéti területet, ezáltal a külső megjelenést is. Javult a testkép és csökkentek a testtel kapcsolatos negatív érzések a társas helyzetekben (Sarwer és mtsai, 2005; Sarwer, Infield, Baker, Casas, Glat, Gold és mtsai, 2008). Papadopoulos és mtsai (2007) esztétikai sebészeti páciensek (n = 228, fél éves utánkövetésben n = 82) több mint 84%-a elégedett volt. A páciensek 85%-a újra vállalná a beavatkozást, 94%-uk pedig másoknak is javasolná (Papadopoulos és mtsai, 2007; 2023). Szemhéjplasztika-páciensek (n = 50) körében ennél is magasabb, 94%-os elégedettséget találtak a műtét után fél évvel (Papadopoulos és mtsai, 2023). Francia szerzők hasonlóan magas elégedettséget mértek intimplasztika-páciensek körében (n = 30) fél éves utánkövetésben, a BDD-pozitív pácienseket kizárták a vizsgálatukból (Crépeux és Legendre, 2019). A posztoperatív szakaszban a páciensek 84%-a teljes mértékben elégedett volt, és javulást tapasztalt az esztétikai diszkomfort tekintetében, 94%-uk pedig a funkcionális diszkomfort csökkenését emelte ki. A páciensek 100%-a javasolná a beavatkozást másoknak. Sarcu és Adamson (2017) arcplasztika-páciensek felmérésénél 95%-os elégedettséget talált, melynek előrejelzője a testkép javításának szándéka volt, nem pedig az élethelyzetek változtatása.

Az elégedett páciensre jellemző, hogy együttműködik az orvossal a kezelési terv felállításában, megérti azt a folyamatot, amin keresztül fog menni, ismeri a kockázatokat, a hegesedést, a lehetséges szövődményeket (Beynet és mtsai, 2009) és a műtét eredményével kapcsolatos elvárásai reálisak (von Soest, Kvaalem, Skolleborg és Roald, 2006; Higgins és Wysong, 2018). Szóbeli és írásbeli tájékoztatás és ennek közös megbeszélése, fotódokumentáció készítése mindkét fél számára jogilag is biztonsági tényező (Clarke és mtsai, 2005; Tamás és Szászi, 2020). Orrplasztika beavatkozások kapcsán a legtöbb esetben a műtét

után azért perelték be a szakorvost, mert a páciens nem kapott teljeskörű tájékoztatást. Csak a második leggyakoribb ok volt a posztoperatív kozmetikai deformitás (Veer és mtsai, 2014).

Areplasztika-páciensek vizsgálata során az elégedetlenség előrejelzői közé tartoztak: férfi nem, fiatalabb életkor, irreális elvárások a műtéttel kapcsolatban, kapcsolati zavarok és már meglévő pszichiátriai betegség (Sarcu és Adamson, 2017). A műtét eredményével kapcsolatban a patológiás személyiségvonások, a testtel kapcsolatos zavar súlyossága és a testrészekkel kapcsolatos aggodalmak mind előrejelző erővel bírnak és rontják a beavatkozás sikerét (Dakanalis és mtsai, 2013). A páciens elégedetlenségére utaló figyelmeztető jelek inkább a páciensek viselkedésére és előtörténetére vonatkoznak (Wever és mtsai, 2020): a korábbi beavatkozásait sikertelennek tartja, dühös, panaszkodik a kezelőkre (Lai és mtsai, 2010), önsértő viselkedést mutat, pszichoszociális funkciói károsodtak (Wever és mtsai, 2020).

Áttekintésem alapján az esztétikai sebészeti beteganyagban magasabb gyakorisággal vannak jelen a műtét szempontjából kontraindikált és a beavatkozás eredményességére rizikót jelentő mentális zavarok. A plasztikai sebész számára ezeknek a pácienseknek az azonosítása és kezelése problémát jelent: növeli a preoperatív fázis nem sebészeti feladatait (páciens felkészítése a műtétre) és a posztoperatív teendők számát (több kontrollvizsgálat, reoperáció). A plasztikai sebészeten ezért sürgető feladat a mentális alkalmasságvizsgálati protokollok kidolgozása (Szászi és Szabó, 2014^a; Tamás és Szászi, 2020), melyhez segítséget nyújtanak a disszertációban összefoglalt áttekintés és kvantitatív eredmények. Egy nem klinikai nagymintás vizsgálat a kozmetikai sebészet elfogadottságáról és a test megítéléséről a közösségi médiafelhasználó felnőttek körében, valamint egy utánkövetéses vizsgálat, melyben esztétikai és rekonstrukciós sebészeti páciensek egészségi állapotát, testképét, testi attitűdjeit, evészavaros és testdiszmorfiás zavaros tüneteit, valamint önértékelését vizsgáltam, kontrollcsoporttal összehasonlítva. A kapott eredmények az esztétikai kezelést folytató szakorvosok (plasztikai sebész, bőrgyógyász, esztétikai fogorvos) számára hasznosak, és kiindulást jelentenek a saját mentális alkalmasságvizsgálati protokolljuk összeállításában.

3. Vizsgálat

3.1. A lépcsőzetes vizsgálat felépítése

A vizsgálatokat a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte 2017 szeptemberében, a protokoll azonosítója: 48932017. A doktori értekezésben tárgyalt vizsgálat 3 részből állt. Az első vizsgálat célja a kozmetikai sebészet megítélése, a válaszadók múltbeli tapasztalatainak és jövőbeli terveinek felmérése; emellett a testi elégedettség és a testdiszmorfiás zavar prevalenciájának vizsgálata a közösségi médiát használók körében. Az eredmények kiindulást adtak a plasztikai sebészeti páciensek kétlépcsős vizsgálatának megtervezéséhez.

A plasztikai sebészeti páciensek felmérésére és utánkövetésére a következő intézményekben került sor: Honvédkórház Plasztikai és Égés Sebészeti Osztálya, Dr Derm Bőrgyógyászati Anti-Aging Központ, Esztétikai Lézer és Plasztikai Sebészet, valamint a MedCity Egészségközpont. A doktori disszertáció második vizsgálatában a plasztikai sebészeti ellátásba jelentkező nők mentális alkalmasságát vizsgáltam, korban, nemben, iskolai végzettségben illesztett kontrollcsoporttal összehasonlítva. Önbevallásos kérdőívben mértem fel az egészségi állapotot, a testtel kapcsolatos attitűdöket, a testképet, a testdiszmorfiás és az evészavaros tüneteket, az önértékelést és a szubjektív jóllétet, amit strukturált interjúval egészítettem ki.

A doktori vizsgálat harmadik lépéseként az operált páciensek féléves utánkövetése valósult meg. Az elégedettség felmérése mellett a műtét előtt alkalmazott kérdőív ismételt felvételére került sor. Ennek eredményeképpen megállapíthatóvá vált, hogy a műtét hogyan befolyásolta a páciensek testi és lelki egészségét, pszichiátriai tüneteit, testi elégedettségét és attitűdjeit, testképét és evészavaros tüneteit, valamint az önértékelést és szubjektív jóllétet.

Célkitűzések:

1. A plasztikai sebészethez való viszonyulás (elfogadottság, múltbeli tapasztalatok, beavatkozások tervezése), a testtel való elégedettség vizsgálata, valamint a testdiszmorfiás zavar prevalenciájának felmérése nem klinikai mintán, a közösségi médiafelhasználók körében, kiemelt figyelemmel a felnőtt nők csoportjában.
2. A plasztikai sebészeti konzultáción megjelenő nők műtéti motivációinak és mentális állapotának felmérése, különös tekintettel az általános testi és lelki egészségre, a testdiszmorfiás zavarra, evészavarokra, testhez való viszonyra (elégedettség, testi attitűdök, testkép), az önértékelésre és a szubjektív jóllétre.

3. Az operált és nem operált esztétikai páciensek, valamint az esztétikai sebészeti és rekonstrukciós sebészeti betegek pszichológiai paramétereinek összevetése.
4. A plasztikai sebészeti beavatkozásokat követő pszichológiai változások vizsgálata féléves utánkövetés alapján, figyelembe véve a műtéti területet és az ellátás típusát.
5. Az elégedettséget befolyásoló szociokulturális és pszichológiai tényezők vizsgálata.
6. A mentális alkalmasság mérésére szolgáló protokoll kidolgozása az esztétikai ellátást végző szakorvosok számára.

3.2. A médiafelhasználók testhez való viszonyának vizsgálata

3.2.1. Vizsgálati személyek és módszer

Kényelmi mintavétel alapján a BDD prevalenciáját vizsgáltam, valamint a plasztikai sebészettel kapcsolatos attitűdöket és tapasztalatokat mértem fel nem klinikai csoportban, magyar, közösségi médiát használók körében. A kérdőívcsomagot online, a Facebook felületén töltötte ki 603 személy, 567 nő (94%) és 36 férfi (6%). A válaszadók átlagéletkora 40,16 év (SD = 13,32 év, 18-78 évesek). A kérdőív 3 hónapig volt elérhető (januárjától március végéig), targetált hirdetés formájában. A kiskorú válaszadókat (n = 17) kizártam. A válaszadók 36,9%-a (n = 209) alacsonyabb iskolai végzettségű (legfeljebb középfokú), 63,1%-a felsőfokú vagy posztgraduális végzettségű (n = 358). A férfiak alacsony elemszáma miatt az elemzések nagy részét a női válaszadók csoportjában végeztem (n = 567, $M_{kor} = 39,98 \pm 13,36$ év, terjedelem: 18-78).

A kérdőív 4 részből állt: a demográfiával (nem, kor, iskolai végzettség), a testtel (antropometriai adatok, testi elégedettség, egészségi állapot felmérése), a testdiszmorfiás zavarral és a plasztikai sebészettel (múltbeli tapasztalatok, jövőbeli tervek, elfogadás) kapcsolatban tartalmaztak kérdéseket.

Az antropometriai adatok alapján (testsúly, testmagasság) adódik a BMI (kg/m^2 , Fiegler, 2015). A testi elégedettség felméréséhez 5-fokú Likert-skálát használtam („Mennyire elégedett Ön a testével?”, ahol 1 = Teljes mértékben elégedetlen, 5 = Teljes mértékben elégedett). Az egészségi állapot értékelése hasonlóan 5 fokú Likert-skálán történt, az Egészségprofil Kérdőív (Health Survey, a továbbiakban és röviden: SF-36, Ware és Sherbourne, 1992; magyarul: Czibalmos, Nagy, Varga és Husztik, 1999) első tételét használtam.

A BDD szűrésére a Testdiszmorfiás Zavar Kérdőívet (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, röviden és a továbbiakban: BDDQ; Phillips, 2005; adaptálta: Szabó, 2010; lektorálta George Seel) alkalmaztam. A kérdőív 4 részből áll, eldöntendő kérdéseket és nyitott kérdéseket is tartalmaz. Az első rész 2 kérdést foglal magába, a testtel kapcsolatos

aggodalmakra vonatkozik (pl.: „Nagyon aggasztja azon testrészének/testrészeinek a megjelenése, amelyet/amelyeket visszataszítónak tart?”). Amennyiben mindkét kérdésre nemmel válaszol a kitöltő, a további három részt már nem kell kitöltenie. A második részben egy kérdés van, mely a testsúllyal kapcsolatos aggodalmakat méri fel („A fő problémája a megjelenésével az, hogy nem elég sovány, illetve elhízhat?”). A harmadik rész (5 kérdés) a vélt testi hiba mentális egészségre és társas működésre gyakorolt hatását vizsgálja (pl.: „Vannak olyan dolgok, amiket elkerül a rendellenessége(i) miatt?”). Az utolsó rész, egy kérdéssel a defektusra szánt idő meghatározására vonatkozik („Mennyi időt tölt átlagosan egy nap azzal, hogy a rendellenességére (rendellenességeire) gondol?”). A kérdőívet a BDD szűrésére széles körben alkalmazzák (Brohede, Wingren, Wijma, és Wijma, 2015; Dey és mtsai, 2015; Higgins és Wysong, 2018; Alomari és Makhdoom, 2019; Marron és mtsai, 2019; Crépeux és Legendre, 2019). A válaszadó valószínűleg BDD-s, ha az 1. rész mindkét kérdésére igennel és a 3. rész bármelyikére igennel felel, emellett pedig az utolsó kérdésekre b vagy c válaszokat ad (Napi 13 órát vagy annál többet gondol a defektusra) (Phillips, 2005; Szabó, 2010). Ebben az esetben a válaszadót BDD-gyanús kitöltőnek neveztem és a BDD-pozitív csoportba soroltam. A kérdőív 94%-os szenzitivitással, 90%-os specificitással határozta meg svéd nők körében a BDD valószínűségét (Brohede és mtsai, 2015).

A plasztikai sebészettel kapcsolatban az igénybe vett invazív és minimálisan invazív beavatkozások típusát és számát mértem fel, illetve a jövőbeli beavatkozások igényét vizsgáltam. A Kozmetikai Sebészet Elfogadásának Skáláját használtam (Acceptance of Cosmetic Surgery Scale, röviden és a továbbiakban: ACSS, Henderson-King és Henderson-King, 2005; adaptálta: Szászi és Szabó, 2024, lektorálta: Adel Malcolm), Donna Henderson-King szíves engedélyével. A 15 tételes kérdőív magyar nyelvű adaptálását többlépcsős folyamatban, három független pszichológus szakfordító oda-vissza fordításával végeztem. A végleges magyar szöveget kétnyelvű lektor hagyta jóvá. Az ACSS a kozmetikai sebészettel kapcsolatos attitűdöt vizsgálja, 3 alskálán, a válaszadó 7-fokú Likert-skálán pontozhat (1 = Egyáltalán nem értek egyet, 7 = Teljes mértékben egyetértek). Az Intrapersonális alskála tételei a belső változások előnyeivel kapcsolatosak (pl.: „A kozmetikai műtétnek nagy hatása lehet az emberek énképére.”). A Szociális alskála a kozmetikai sebészet választása mögött lévő társas motivációk felmérésére alkalmas („Komolyan fontolóra venném a kozmetikai műtétet, ha így a párom vonzóbbnak tartana.”). A Megfontolás alskála pedig a beavatkozások választásának jövőbeli valószínűségét mérlegeli (pl.: „Néha eljátszom a kozmetikai műtét gondolatával.”). Az ACSS összpontszámokat az alskála értékek összeadásával kapjuk. A magasabb pontszámok a kozmetikai sebészet nagyobb elfogadását

jelölik. A Cronbach-alfaértékek alapján a kérdőív és az alsókálák belső megbízhatósága is megfelelő (ACSS összpontszám: 0,928, Intrapersonális alsókála: 0.892, Szociális alsókála: 0.859, Megfontolás alsókála: 0.928).

3.2.2. Statisztikai módszer

A kapott adatokat az SPSS 25.0 program segítségével elemeztem. A legtöbb változó esetében a Shapiro-Wilk teszt alapján sérült a normalitás ($p < 0,05$), ezért nemparametrikus tesztek alkalmazását alkalmaztam.

Alcsoportokat képeztem a kor, az iskolai végzettség, a BMI, a BDD-pozitivitás és az elvégzett operációk típusa alapján. Az életkor szerint 5 (18–25, 26–35, 36–45, 46–55 és az 55 év feletti), a BMI szerint 4 (sovány, normál, túlsúlyos, elhízott), az iskolai végzettség szerint 2 (alacsonyabb és magasabb iskolai végzettség) alcsoportot hoztam létre. A beavatkozások típusainál a sebészeti és minimálisan invazív beavatkozások csoportjait, illetve a testterület szerint képzett csoportok (mell, has, szemhéj, testkontúr) különbségeit vizsgáltam. Két alcsoportok összehasonlításánál a Mann-Whitney-próbát (alkalmazott hatásnagyság a rank biszeriális korreláció: r), több alcsoport esetében a Kruskal-Wallis-próbát (alkalmazott hatásnagyság: η^2) használtam. A χ^2 -próbák esetében az alkalmazott hatásnagyság a Cramér V volt, pl. a nemi különbségek vizsgálatánál. Egyes BDDQ tételek és a kozmetikai sebészet tervezésének csoportonkénti összehasonlításánál az eredményességéhez szükséges előfeltétek nem teljesültek minden esetben. Ennek ellenére használtam a χ^2 -próbákat, a tendenciák követése érdekében.

A BDD-pozitivitással összefüggő változók vizsgálatánál többszörös bináris logisztikus regressziót alkalmaztam, enter módszerrel. A BDD jellemzői miatt került sor a kor (Marques, és mtsai, 2011), az iskolai végzettség (akadályozott továbbtanulás a tünetek miatt, Lambrou, Veale és Wilson, 2012), az egészségi állapot (jelentős szenvedés hatása WHO, 2022) testi elégedetlenség (központi tünet, APA, 2022) és a BMI (a has és a testsúly gyakran kerülnek az aggodalmak központjába, Malcom és mtsai; 2021) bevonására. A múltban történt invazív és minimálisan invazív beavatkozások, a plasztikai sebészet tervezése és elfogadása változókat azért emeltem be, mert a BDD-s páciensek nagy része (64-68,7%) vett már igénybe kozmetikai beavatkozást a külső hiba orvoslása érdekében (Crandall, Phillips és Menard, 2005; Saade és mtsai, 2018). A kozmetikai sebészet elfogadásával és a testi elégedettséggel összefüggő változók vizsgálatánál pedig többszörös lineáris regresszióanalízist használtam, ugyancsak enter módszerrel. A kozmetikai sebészet elfogadásával kapcsolatban a kor (Henderson-King és Henderson-King, 2005; Swami, Chamorro-Premuzic, Bridges és Furnham, 2009; Meskó és

Láng, 2019), a plasztikai sebészettel kapcsolatos múltbeli tapasztalatok és jövőbeli tervek tesztelését végeztem el. A mellműtétek és a szemhéjműtétek beemelését azért tartottam fontosnak, mert ez a kettő a legnépszerűbb esztétikai sebészeti beavatkozás a vizsgált praxisban. A BDD magyarázó változóként való használata egyik fő kérdésem volt a jelen vizsgálatban, az iskolai végzettség, és a BMI alkalmazása pedig a BDD-hez kapcsolódtak. A nők testtel kapcsolatos elégedettségének vizsgálatánál két többszörös lineáris regresszióanalízist végeztem. Az első regresszióanalízisben a kor (Moulton és mtsai, 2018), a BMI (Fredericks és mtsai, 2022), valamint a jelen vizsgálatok központjában álló BDD (ehhez kapcsolódó változó volt az iskolai végzettség) és az elvégzett invazív kozmetikai sebészeti műtétek száma álltak. Ez utóbbi változó bővebb tesztelésére került sor a második regresszióanalízisben, ahol a testterületekre vonatkozó elvégzett műtétek magyarázó erejét vizsgáltam a testi elégedettségre.

3.2.3. Hipotézisek

A vizsgálat célja a BDD prevalenciájának és a kozmetikai sebészettel kapcsolatos attitűdnek a felmérése, valamint a két változó közötti kapcsolat igazolása volt a közösségi médiahasználó felnőttek körében. Hipotéziseim a következők voltak:

H1: A vizsgált csoportban a BDD prevalenciája az általános népességben mért értékektől (kb. 2%) nem különbözik, a nemek között nincs eltérés. A BDDQ tételeire adott válaszokban nincs eltérés a férfiak és nők között.

H2: A válaszadó nők körében a BDD-pozitivitás negatív kapcsolatban van a testtel kapcsolatos elégedettséggel és pozitív kapcsolatban van a kozmetikai sebészeti műtétek számával (invazív és minimálisan invazív), a kozmetikai sebészet elfogadásával, valamint a beavatkozások tervezésével.

H3: Az operált nők körében a BDD-pozitivitás gyakorisága nagyobb, több műtétet terveznek (invazív és minimálisan invazív) és a kozmetikai sebészet elfogadottsága is magasabb.

H4: A kozmetikai sebészet elfogadásának magyarázó változói az elvégzett műtétek száma (invazív és minimálisan invazív) és a BDD-pozitivitás.

3.2.4. Eredmények

3.2.4.1. Leíró statisztika

A nők 36,7%-a (n = 208) kiváló vagy nagyon jó egészségi állapotúnak tartja magát, 45,5% (n = 258) jó egészségi állapotot, 17,8% (n = 101) tűrhető vagy rossz egészségi állapotot jelölt meg. Testi elégedettség tekintetében 3,5%-uk (n = 20) teljes mértékben elégedett, 39,7%-uk (n = 225) elégedett a külső megjelenésével, 40,4%-uk ezt közepesre értékelte (n = 229),

9,5%-uk (n = 54) elégedetlen, 6,9%-uk pedig (n = 39) pedig teljes mértékben elégedetlen a kinézetével.

A testtömegindexet tekintve a válaszadó nők igen széles skálán helyezkednek el: 14,6958,64 (átlag = 24,7, szórás = 5,7). A nők 5,4%-a (n = 30) sovány (BMI < 18,5), 55,3%-a (n = 309) normális (BMI = 18,5-24,99), 24,5%-a (n = 137) túlsúlyos (BMI = 25-29,99), 14,8%-a (n = 83) pedig az elhízott (BMI > 30) kategóriába sorolható.

66 nőnek (11,6%) volt már invazív és/vagy minimálisan invazív plasztikai sebészeti beavatkozása. A válaszadó nők 26,3%-a (n = 149) tervez a jövőben plasztikai sebészeti beavatkozást, 10,4% bizonytalan (n = 59). A mellműtét volt a leggyakoribb sebészeti beavatkozás (44 operáció, 27 nőnél, 4,8%). A beavatkozások típusának gyakoriságát az 3. táblázat foglalja össze. A beavatkozások számát összeadtam és két új változót képeztem: az invazív beavatkozások számát (átlag = 0,28, szórás = 1,46, terjedeleme = 0-24) és a minimálisan invazív beavatkozások számát (átlag = 0,52, szórás = 2,08, terjedeleme = 0-25).

3. táblázat: Az elvégzett beavatkozások gyakorisága

Beavatkozás típusa	%	n
Mellműtét	4,8	27
Hasplasztika	1,9	10
Szemhéjplasztika	2,6	15
Arcplasztika	2,6	15
Fülplasztika	0,5	3
Combplasztika	0,5	3
Orrplasztika	2,5	14
Nyakplasztika	0,4	2
Karplasztika	0,7	4
Fenekplasztika	0,2	1
Feltöltés	3,7	21
Hámlesztás	4,6	26
Lézeres szőrtelenítés	1,2	7
Szálbefűzés	1,2	7

3.2.4.2. BDD-vel kapcsolatos elemzések

A BDDQ alapján a testdiszmorfiás zavar prevalenciája 8,1%, nőknél 8,1% (n = 46), férfiaknál 8,3% (n = 3). A BDDQ tételeire adott válaszgyakoriságokat nemenkénti bontásban a 4. táblázat foglalja össze. A nemek között szignifikáns különbség az elkerülő viselkedésben (p

= 0,033, $\chi^2(1) = 4,539$) és a defektus okozta feszültség, valamint a lelki szenvedés ($p = 0,041$, $\chi^2(1) = 4,178$) tekintetében van. A nők 32,1%-a ($n = 182$) aggodalmaskodik a külseje miatt, 48,4%-ukat ($n = 274$) elsődlegesen a testsúlya zavarja. A testi hiba miatt a nők 33,9%-a ($n = 192$) elkerülő viselkedést mutat, 29,8%-uk ($n = 169$) számára pedig jelentős distresszt jelent a külsejükön lévő „defektus”. A többi tételre adott válaszban a nemek között nincs különbség: a testi hiba miatti aggodalom, a testsúly miatti aggodalom, a defektus társas kapcsolatokra gyakorolt negatív hatása, a defektusra szánt napi idő mennyisége. A továbbiakban a nők BDD-vel kapcsolatos elemzését részletezem.

4. táblázat: A BDDQ tételeinek leíró statisztikája, nemenkénti összehasonlításban

BDDQ tételek	Válaszok	Válaszadók n (%)		$\chi^2(1)$ P
		Nők (n = 567)	Férfiak (n = 36)	
1. Nagyon aggasztja azon testrészének/testrészeinek a megjelenése, amelyet/amelyeket visszataszítónak tart?	Igen	32,1% (182)	19,4% (7)	2,519 0,112
Ha „igen”-nel válaszolt: Ezek az aggodalmak erősen foglalkoztatják, azaz túl sokat gondol rájuk, és azt szeretné, ha kevesebbet gondolna rájuk?	Igen	24,9% (141)	19,4% (7)	0,104 0,747
2. A fő problémája a megjelenésével az, hogy nem elég sovány, illetve elhízhat?	Igen	48,4% (274)	36,1% (13)	2,052 0,152
3. A külső megjelenésével kapcsolatos aggodalmaskodás milyen hatással volt az életére?				
A rendellenesség(ek) sok feszültséget és lelki szenvedést okozott (okoztak)?	Igen	29,8% (169)	13,9% (5)	4,178 0,041
A rendellenesség(ek) jelentősen akadályozta (akadályozták) a társas kapcsolatait?	Igen	15,2% (86)	13,9% (5)	0,043 0,835
A rendellenesség(ek) jelentősen akadályozta (akadályozták) tanulmányai végzésében, a munkájában vagy abban, hogy bizonyos feladatait teljesítse (pl. a háztartás vezetése)?	Igen	3,7% (21)	5,6% (2)	0,316 0,574
Vannak olyan dolgok, amiket elkerül a rendellenessége(i) miatt?	Igen	33,9% (192)	16,7% (6)	4,539 0,033
Befolyásolta-e a családja vagy barátai életét, esetleg megszokott tevékenységét az Ön külső megjelenése miatt aggodalmaskodása?	Igen	6,7% (38)	8,3% (3)	0,142 0,706
4. Mennyi időt tölt átlagosan egy nap azzal, hogy a rendellenességre (rendellenességeire) gondol? ^a	Naponta kevesebb, mint 1 óra	89,6% (508)	91,7% (33)	2,701 0,259
	1–3 óra naponta	8,1% (46)	2,8% (1)	
	Több mint 3 óra naponta	2,3% (13)	5,6% (2)	

Megjegyzés: BDD = Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, a = a független gyakoriságok értéke 5-nél alacsonyabb, így a teszt alkalmazásához szükséges előfeltételek nem teljesülnek.

A BDD-s nők BMI-je magasabb ($p = 0,028$, $U = 9641,5$), több plasztikai sebészeti beavatkozásuk volt ($p = 0,012$, $\chi^2(1) = 19,682$) és nagyobb mértékben fogadják el a kozmetikai sebészetet ($p < 0,001$, $U = 6664$), mivel az ACSS alskálák és az összpontszám tekintetében is szignifikáns különbség (ACSS Intrapersonális alskála: $p < 0,001$, $U = 7627$; ACSS Szociális alskála: $p = 0,001$, $U = 8451,5$; ACSS Megfontolás alskála: $p < 0,001$, $U = 5910,5$) van a nem BDD-s női csoporttal összevetve. Bár a hatásnagyságok kicsik voltak ($r < 0,3$) (5. táblázat).

5. táblázat: A BDD-s és a nem BDD-s nők összehasonlítása

Változók	BDD-s csoport (n = 46)	Nem BDD-s csoport (n = 521)	Mann-Whitney-U χ^2	p	r / Cramér-V
Kozmetikai műtét % (n)	21,7 (10)	10,9 (57)	$\chi^2(1) = 19,682$	0,012	V = 0,186
BMI M (SD)	27,49 (8,97)	24,49 (5,27)	U = 9641,5	0,028	r = 0,09
ACSS alskálák					
Intrapersonális M (SD)	28,15 (6,01)	24,59 (6,50)	U = 7627	< 0,001	r = 0,16
Szociális M (SD)	18,58 (8,85)	14,21 (7,35)	U = 8451,5	< 0,001	r = 0,14
Megfontolás M (SD)	28,26 (7,31)	20,54 (9,22)	U = 5910,5	< 0,001	r = 0,24
ACSS összpontszám M (SD)	74,67 (18,97)	59,29 (20,26)	U = 6664	< 0,001	r = 0,20

Megjegyzés: BDD = Body Dysmorphic Disorder, BMI = Body Mass Index, ACSS = Acceptance of Cosmetic Surgery Scale.

A többszörös bináris logisztikus regresszió analízis alapján (6. táblázat) a BDD rizikója az iskolai végzettséggel ($OR = 0,424$, $p = 0,031$), az ACSS összpontszámmal ($OR = 1,081$, $p = 0,025$), a plasztikai sebészeti beavatkozás tervezésével ($OR = 0,351$, $p = 0,027$) és a testi elégedettséggel ($OR = 0,397$, $p < 0,001$) mutat szignifikáns összefüggést. A BDD pozitív esetek jellemzőbbek az alacsonyabb iskolai végzettségűek, a kozmetikai sebészetet nagyobb mértékben elfogadják, a plasztikai sebészeti beavatkozásokat tervezők és a testükkel elégedetlenebbek körében. A BDD kockázata nem mutatott összefüggést a korrallal, BMI-vel, az egészségi állapottal és a kozmetikai beavatkozások számával sem.

6. táblázat: A testdiszmorfiás zavarral összefüggő változók (többszörös bináris logisztikus regresszió alapján)

Változók	B	Wald	p	OR
Kor	-0,026	2,549	0,110	0,975
BMI	-0,004	0,011	0,915	0,996
Egészségi állapot	0,264	1,488	0,223	1,302
Iskolai végzettség	-0,859	4,642	0,031	0,424
Kozmetikai műtétek száma	-0,011	0,025	0,875	0,989
Minimálisan invazív beavatkozások száma	0,078	1,076	0,299	1,081
ACSS összpontszám	0,031	5,058	0,025	1,081
Plasztikai sebészeti beavatkozások tervezése	-1,046	4,869	0,027	0,351
Testi elégedettség	-0,954	19,159	< 0,001	0,397

Megjegyzés: n = 505, függő változó: BDDQ (kategorialis változó), BMI = Body Mass Index, ACSS = Acceptance of Cosmetic Surgery Scale.

3.2.4.3. Az alcsoportok összehasonlítása

A nem, az életkor, a BMI és az iskolai végzettség alapján képzett csoportokat, valamint az operált és nem operált válaszadókat hasonlítottam össze.

A férfiak és a nők között szignifikáns különbség van a BMI ($p < 0,001$, $U = 6505$), az ACSS Megfontolás alszkálája ($p = 0,006$, $U = 7433$) és a műtétek tervezése ($p = 0,019$, $\chi^2(1) = 7,943$) tekintetében (7. táblázat). A férfiak BMI-je magasabb, kevésbé tervezik plasztikai sebészeti szolgáltatások igénybevételét a nőkkel összehasonlítva. Az iskolai végzettség, a testi elégedettség, az egészségi állapot, a BDD-pozitivitás, a kozmetikai operációk és az ACSS összpontszám tekintetében nincs nemi különbség. A vizsgált változók tekintetében a hatásnagyságok kicsik voltak ($r < 0,3$, Cramér $V < 0,2$).

7. táblázat: Nemi különbségek.

Változók		Nők (n = 67)	Férfiak (n = 36)	Mann-Whitney-U p / χ^2 p	r / Cramér-V
Kor M (SD)		39,98 (13,36)	42,89 (12,51)	U = 8577 p = 0,108	r = 0,06
Iskolai végzettség % (n)	alacsonyabb ^b	36,9 (209)	47,2 (17)	$\chi^2(1) = 1,551$ p = 0,213	V = 0,051
	magasabb	63,1 (358)	52,8 (19)		
Testi elégedettség M (SD)		3,23 (0,92)	3,5 (1,08)	U = 8609 p = 0,092	r = 0,158
Egészségi állapot M (SD)		2,77 (0,89)	2,86 (1,04)	U = 9594 p = 0,520	r = 0,063
BMI M (SD)		24,74 (5,71)	26,97 (3,9)	U = 6505 p < 0,001	r = 0,157
BDD-pozitivitás ^a % (n)		8,1% (46)	8,3% (3)	$\chi^2(1) = 0,002$ p = 0,963	V = 0,002
ACSS összpontszám M (SD)		60,53 (20,57)	55,45 (23,74)	U = 8353 p = 0,138	r = 0,06
ACSS alskálák					
Intrapersonális M (SD)		24,88 (6,53)	24,8 (8,14)	U = 9485,5 p = 0,686	r = 0,01
Szociális M (SD)		14,57 (7,57)	13,61 (8,16)	U = 9138 p = 0,330	r = 0,03
Megfontolás M (SD)		21,16 (9,31)	16,63 (9,88)	U = 7433 p = 0,006	r = 0,11
Kozmetikai műtét ^a % (n)		11,2% (67)	11,1% (4)	$\chi^2(1) = 7,104$ p = 0,525	V = 0,109
Kozmetikai műtétek tervezése ^a % (n)	igen	26,4% (149)	8,3% (3)	$\chi^2(1) = 7,943$ p = 0,019	V = 0,115
	nem	63,1% (356)	86,1% (31)		
	talán	10,5% (59)	5,6% (2)		

Megjegyzés: BDD = body dysmorphic disorder, BMI = Body Mass Index, ACSS = Acceptance of Cosmetic Surgery Scale. ^a = a független gyakoriságok értéke 5-nél alacsonyabb, így a teszt alkalmazásához szükséges előfeltételek nem teljesülnek.

A BMI alapján (8. táblázat) képzett csoportok között a testi elégedettség tekintetében szignifikáns különbség van ($H = 105.918$, $p < 0,001$), a hatásnagyság magas ($\eta^2 = 0.18$). A

páronkénti összehasonlítás eredményei alapján szignifikáns különbség van a sovány és a túlsúlyos ($p < 0,001$), a normál testsúlyú és a túlsúlyos ($p < 0,001$), a sovány és az elhízott ($p < 0,001$), a normál testsúlyú és az elhízott ($p < 0,001$), valamint a túlsúlyos és az elhízott ($p = 0,001$) csoportok között. A testi elégedettség tekintetében a sovány és normál testsúlyú csoportok között nincs szignifikáns különbség. Nem szignifikáns a különbség, azonban kiemelendő, hogy a műtétek tervezése, a múltban végzett invazív (16,7%, $n = 5$) és minimálisan invazív kozmetikai sebészeti beavatkozások száma is (20%, $n = 6$) a sovány csoportban a legmagasabb. A BMI csoportok között nincs szignifikáns különbség az alábbi következő változók tekintetében: BDD-pozitivitás, ACSS pontszámok, kozmetikai sebészeti beavatkozások tervezése, elvégzett invazív és minimálisan invazív beavatkozások száma.

8. táblázat: A testi elégedettség, BDD és esztétikai beavatkozások összehasonlítása a nők BMI csoportjai alapján

BMI (kg/m ²)	<18,5 (n = 30)	18,5– 24,99 (n = 309)	25– 29,99 (n = 137)	≥30 (n = 83)	Kruskal– Wallis-H / χ^2 p	η^2 Cramér -V	
Testi elégedettség M (SD)	3,67 (0,80)	3,51 (0,76)	2,99 (0,90)	2,43 (0,94)	H = 105,918 p < 0,001	$\eta^2 =$ 0,18	
BDD-pozitivitás % (n)	6,7% (2)	6,5% (20)	10,2% (14)	10,8% (9)	$\chi^2(3) =$ 2,862 p = 0,413	V = 0,72	
ACSS összpontszám M (SD)	62,06 (20,91)	60,27 (19,03)	62,48 (22,03)	58,75 (23,15)	H = 2,231 p = 0,808	$\eta^2 =$ 0,00	
Kozmetikai sebészeti operáció tervezése ^a	igen	40% (12)	28,1% (86)	25,5% (35)	16,9% (14)	$\chi^2(3) =$ 8,445 p = 0,207	V = 0,123
	talán	13,3% (4)	9,8% (30)	9,5% (13)	13,3% (11)		
	nem	46,7% (14)	62,1% (190)	65% (89)	69,9% (58)		
Kozmetikai sebészeti operáció % (n)	16,7% (5)	12,9% (39)	10,2% (14)	8,4% (7)	$\chi^2(3) =$ 17,789 p = 0,813	V = 0,178	
Minimálisan invazív kozmetikai sebészeti beavatkozás % (n)	20% (6)	14,9% (46)	10,2% (14)	12% (10)	$\chi^2(3) =$ 32,718 p = 0,847	V = 0,140	

Megjegyzés: BDD = body dysmorphic disorder, BMI = Body Mass Index, ACSS = Acceptance of Cosmetic Surgery Scale. ^a = a független gyakoriságok értéke 5-nél alacsonyabb, így a teszt alkalmazásához szükséges előfeltételek nem teljesülnek.

A korcsoportok összehasonlítását a 9. táblázat foglalja össze. A BMI ($p < 0,001$, $H = 96,131$) és az ACSS Megfontolás alszkáláján ($p = 0,016$, $H = 12,137$) szignifikáns eltérés van a korcsoportok között, emellett a BDD-pozitivitás tekintetében is majdnem szignifikáns a különbség ($p = 0,063$, $\chi^2(4) = 8,929$) a korcsoportok között. A páronkénti összehasonlítás eredményei alapján minden korcsoport szignifikáns különbséget mutat a BMI és az ACSS Megfontolás alszkála tekintetében. A legfiatalabbak (18-25 évesek) között van a legtöbb BDD-pozitív eset (16,5%, $n = 13$) és a kozmetikai sebészet megfontolása is náluk a legmagasabb.

9. táblázat: A BMI, a BDD és az esztétikai sebészet megfontolásának összehasonlítása a nők korcsoportjai alapján

Változók	18–25 (n = 79)	26–35 (n = 173)	36–45 (n = 143)	46–55 (n = 84)	> 55 (n = 88)	Kruskal–Wallis-H / χ^2 p	η^2 / Cramér-V
BMI M (SD)	22,13 (4,04)	23,02 (4,46)	24,94 (6,40)	27,10 (6,51)	27,85 (4,82)	H = 96,131 p < 0,001	$\eta^2 =$ 0,160
BDD- pozitivitás % (n)	16,5% (13)	6,4% (11)	6,3% (9)	8,3% (7)	6,8% (6)	$\chi^2(4) =$ 8,929 p = 0,063	V = 0,125
ACSS Megfontolás alszkála M (SD)	22,93 9,86	21,67 8,73	21,8 8,70	20,27 10,14	18,42 9,60	H = 12,137 p = 0,016	$\eta^2 =$ 0,014

Megjegyzés: BDD = Body Dysmorphic Disorder, BMI = Body Mass Index, ACSS = Acceptance of Cosmetic Surgery Scale.

Az operált és nem operált nőket összehasonlítva (10. táblázat) szignifikáns különbséget kaptam a kor ($p = 0,007$, $U = 13132,5$), a BDD-pozitivitás ($p = 0,026$, $\chi^2(1) = 4,964$), valamint a kozmetikai sebészet elfogadásának összpontszáma ($p < 0,001$, $U = 9158$) és alszkálái (mindhárom alszkála: $p < 0,001$) esetében is. Az operált nők idősebbek ($M = 43,88 \pm 13,14$ év) és több BDD-pozitív eset van köztük (15,2%, $n = 10$) a nem operált csoporttal összehasonlítva ($M = 39,47 \pm 13,32$ év, BDD: 7,2%, $n = 36$). A BMI tekintetében az operált és nem operált nők nem különböznek. A vizsgált változóknál számolt hatásnagyságok kicsik ($r < 0,3$; Cramér V < 0,2).

10. táblázat: Az operált és nem operált nők összehasonlítása

Változók	operált nők (n = 66)	nem operált nők (n = 501)	Mann-Whitney-U p / χ^2 p	r / Cramér-V
Kor (év) M (SD)	43,88 (13,14)	39,47 (13,32)	U = 13132,5 p = 0,007	r = 0,11
BMI M (SD)	24,14 (5,79)	24,81 (5,69)	U = 15241,5 p = 0,302	r = 0,23
BDD-pozitivitás % (n)	15,2% (10)	7,2% (36)	$\chi^2(1) = 4,964$ p = 0,026	V = 0,09
ACSS skálák				
Intrapersonális M (SD)	28,46 (4,84)	24,41 (6,58)	U = 9752,5 p < 0,001	r = 0,22
Szociális M (SD)	18,71 (8,18)	14,02 (7,32)	U = 10902 p < 0,001	r = 0,18
Megfontolás M (SD)	27,27 (6,40)	20,36 (9,34)	U = 9387,5 p < 0,001	r = 0,23
ACSS összpontszám M (SD)	74,20 (16,52)	58,73 (20,39)	U = 9158 p < 0,001	r = 0,23

Megjegyzés: BDD = body dysmorphic disorder, BMI = Body Mass Index, ACSS = Acceptance of Cosmetic Surgery Scale.

Az iskolai végzettségek összehasonlításánál (11. táblázat) az alacsonyabb és magasabb iskolai végzettségű csoportok szignifikánsan különböznek a BMI ($p = 0,002$, $U = 31474,5$), az egészségi állapot ($p < 0,001$, $U = 31129,5$), a testi elégedettség ($p < 0,001$, $U = 30554$) és a BDD-pozitivitás ($p < 0,001$, $\chi^2(1) = 12,399$) tekintetében. Az alacsonyabb iskolai végzettségű csoport BMI-je magasabb ($M = 25,85 \pm 6,59$), egészségi állapotuk rosszabb, elégedetlenebbek a testükkel és több a BDD pozitív eset is (13,4%, $n = 28$) a magasabb iskolai végzettségűekkel ($M = 24,09 \pm 5,02$; BDD: 5%, $n = 18$) való összehasonlításban. A hatásnagyságok értéke azonban alacsony ($r < 0,3$; Cramér V < 0,2).

11. táblázat: Az alacsonyabb és magasabb iskolai végzettségűek összehasonlítása

Változók	Alacsonyabb iskolai végzettség (n = 209)	Magasabb iskolai végzettség (n = 358)	Mann-Whitney-U p / χ^2 p	r / Cramér V
BMI M (SD)	25,85 (6,59)	24,09 (5,02)	U = 31474,5 p = 0,002	r = 0,13
Egészségi állapot M (SD)	2,95 (0,96)	2,66 (0,84)	U = 31129,5 p < 0,001	r = 0,14
Testi elégedettség M (SD)	3,03 (0,98)	3,35 (0,86)	U = 30554 p < 0,001	r = 0,16
BDD-pozitivitás % (n)	13,4% (28)	5,0% (18)	$\chi^2(1) = 12,399$ p < 0,001	V = 0,138

Megjegyzés: BDD = Body Dysmorphic Disorder, BMI = Body Mass Index.

3.2.4.4. Többváltozós regresszióanalízisek

Többváltozós regresszió analízisek segítségével a testi elégedettséggel, a műtétek tervezésével és a kozmetikai sebészet elfogadottságával összefüggő változókat vizsgáltam. A nők testi elégedettsége a korrallal ($p = 0,023$, $\beta = 0,086$), az iskolai végzettséggel ($p = 0,048$, $\beta = 0,071$), a BMI-vel ($p < 0,001$, $\beta = -0,468$) és a BDD-pozitivitással ($p < 0,001$, $\beta = -0,238$) mutat szignifikáns összefüggést. Magasabb a testi elégedettsége azoknak a nőknek, akik idősebbek, magasabb az iskolai végzettségük, alacsonyabb a BMI-jük és kevesebb a BDD-tünetük. Az elvégzett operációk száma és a műtétek típusa nincs összefüggésben a válaszadók testi elégedettségével. A kapott eredményeket az alábbi, 12. táblázat összegzi.

12. táblázat: A nők testi elégedettsége – két lineáris regresszió analízis

Változók	β	t	p	R ²
Kor	0,077	1,889	0,059	0,291
Iskolai végzettség	0,055	1,432	0,153	
BMI	-0,456	-11,038	< 0,001	
BDD-pozitivitás	-0,230	-5,950	< 0,001	
Kozmetikai sebészeti műtét	-0,066	-1,742	0,082	
Mellplasztika	0,123	0,461	0,645	0,040
Hasplasztika	0,220	0,077	0,938	
Szemhéjplasztika	0,293	-1,083	0,279	
Arcplasztika	0,148	0,261	0,794	
Orrplasztika	0,261	0,071	0,943	
Fülplasztika	0,550	0,594	0,553	
Intimplasztika	0,514	0,220	0,826	

Megjegyzés: Független változó: a testi elégedettség, BDD = body dysmorphic disorder, BMI = Body Mass Index.

A kozmetikai sebészet elfogadottságának attitűdje szignifikáns pozitív együttjárást mutat a BDD-pozitivitással ($p = 0,011$, $\beta = 0,1$) és a szemhéjműtétek számával ($p = 0,005$, $\beta = 0,111$). Szignifikáns negatív kapcsolatban van a plasztikai beavatkozások tervezésével ($p < 0,001$, $\beta = 0,491$) és a BMI-vel ($p = 0,044$, $\beta = 0,091$) (13. táblázat). Azok a válaszadók nagyobb mértékben fogadják el a kozmetikai sebészetet, akik elégedetlenebbek a testükkel, plasztikai sebészeti beavatkozást terveznek, a BMI-jük alacsonyabb, vagy volt már szemhéjplasztika beavatkozásuk.

13. táblázat: A kozmetikai sebészet elfogadottságával összefüggő változók - lineáris regresszióanalízis

Változók	β (Stand.)	t	p	R ²
Kor	0,016	0,379	0,705	0,319
Iskolai végzettség	0,030	0,800	0,424	
BDD-pozitivitás	0,1	2,558	0,011	
Tervezés	0,491	12,315	< 0,001	
BMI	0,019	0,478	0,633	
Kozmetikai műtétek	0,009	0,153	0,878	
Minimálisan invazív beavatkozások	0,013	0,329	0,743	
Mellplasztika	0,040	0,701	0,484	
Szemhéjplasztika	0,111	2,839	0,005	

Megjegyzés: n = 501, Fügő változó: a kozmetikai sebészet elfogadottsága, BDD = Body Dysmorphic Disorder, BMI = Body Mass Index. A Tervezés értékei: 1-igen, 2-nem, a bizonytalan válaszadókat kizártam (n = 66).

3.2.5. Megbeszélés

Az eredmények szerint a BDD prevalencia-értéke 8,1% (8,1% nőknél, 8,3% férfiaknál), ami lényegesen magasabb, mint amit a felnőtt általános népességben találtak. A COVID-éra előtt a BDD előfordulási gyakorisága 2% körüli volt (Koran, Abujaoude, Large és Serpe, 2008; Cerea és mtsai, 2018; Enander, Ivanov, Mataix-Cols, Kuja-Halkola, Ljótsson, Lundström és mtsai, 2018; Grant, Lust és Chamberlain, 2019). Bár Trott és mtsai (2021) a lezárások előtti és utáni időszakot összehasonlítva (n = 319, M = 36,77 ± 11,75 év, 84% nő) arra jutott, hogy a BDD előfordulási gyakorisága szignifikánsan nem emelkedett, több vizsgálat 2%-nál lényegesen magasabb prevalenciáról számol be (Trott, Johnstone, Firth, Grabovac, McDermott és Smith, 2021). Egy szaúd-arábiai vizsgálat alapján a felnőttek körében (n = 520) a BDD prevalenciája 8,8%, a férfiak és a nők közötti jelentős különbséggel (5,8% vs. 11,7%) (Alghamdi és mtsai, 2022). Kiképzésük elején lévő fiatal (18-24 évesek) férfi katonák körében (n = 126) hasonlóan magas (9,5%) prevalenciát találtak Svájcban (Drüge és mtsai, 2021). Ugyancsak hivatásos katonák (n = 42 952) vizsgálati eredményeinek metaanalízise alapján, a BDD prevalencia nőknél 20%, férfiaknál 10% (Applewhite és mtsai, 2022). A kapott 8,1%-os prevalencia Lai és mtsainak (2010) eredményeihez hasonló, akik a kozmetikai sebészetre jelentkezők körében 7,7%-os prevalenciát találtak. Esztétikai sebészeti ellátásban a BDD prevalenciája általában magasabb 13,1-15% (Dey és mtsai, 2015; Ribeiro, 2017). A kapott előfordulási gyakoriságot magyarázhatja az a tény, hogy a kutatás címe a közösségi médiafelületen „Plasztikai sebészet” volt. Lehetséges, hogy a téma iránt érdeklődők töltötték ki

a kérdőívet, ami a kozmetikai sebészeti mintához hasonló, magasabb prevalencia-értéket eredményezett. A másik magyarázat lehet, hogy a közösségi médiafelhasználók körében intenzívebben érvényesül az amerikai plasztikai sebészek által leírt zoomhatás.

Az első hipotézis első része nem igazolódott, mivel a prevalencia jóval magasabb a feltételezett 2%-nál. A hipotézis második része igazolást nyert, mely szerint nincsen különbség férfiak és nők között a BDD tekintetében; harmadik része azonban nem igazolódott, mivel két BDD-tünet (elkerülő viselkedés, lelki szenvedés) kapcsán szignifikáns különbséget találtam a nők és férfiak között. Malcolm és mtsai (2021) szerint a BDD-s nők a férfiakkal összehasonlítva rosszabb állapotúak: szignifikánsan több súlyos distressz kapcsolódik a BDD-s viselkedésükhöz és a betegségbelátásuk is rosszabb.

Bináris logisztikus regresszióanalízis alapján a BDD-pozitivitás a testi elégedetlenséggel, az alacsonyabb iskolai végzettséggel, valamint a kozmetikai sebészet magasabb elfogadottságával és tervezésével van kapcsolatban. Allen és mtsai (2020) szerint gyakoribbak a BDD-s tünetek azoknál, akik negatívabban értékelik a saját testüket. A BDD központi tünete a testtel kapcsolatos elégedetlenség, ami zavart okoz az élet számos területén, így a továbbtanulást is akadályozhatja (Lambrou, Veale és Wilson, 2012; Toh, Castle és Rossell, 2017). A páciens általában furcsának, különcnek érzi magát, a testi hiba kijavítására pedig gyakran esztétikai szakembert keres, nem tud az állapota pszichiátriai hátteréről (Marques és mtsai, 2011). A BDD-s tünetek miatt jelentkező elkerülő viselkedések szociális izolációhoz vezethetnek (Morita, Merlotto, Dantas, Olivetti és Miot, 2021), mely magyarázhatja az alacsony iskolai végzettséget és a releváns segítségkérés elmaradását is. Bár Alghamdi és mtsai (2022) eredményei szerint az iskolai végzettség nem állt kapcsolatban a BDD-pozitivitással, jelen vizsgálatban a BDD-státusz alacsonyabb iskolai végzettséggel járt együtt.

Eredményeim szerint a BDD-s nők körében szignifikánsan több kozmetikai sebészeti műtétet végeztek. Bowyer és mtsai (2016) azt közölték, hogy a BDD-s páciensek nagyobb arányban mennek keresztül esztétikai (invazív és minimálisan invazív) sebészeti kezeléseken (Bowyer, Krebs, Mataix-Cols, Veale, Monzani, 2016). A Sarwer és Spitzer (2012) által megkérdezett amerikai plasztikai sebészek 80%-a operált már olyan páciens, akiről utólagosan BDD-t feltételezett (Sarwer és Spitzer, 2012). A jövőbeli kozmetikai sebészeti beavatkozások tervezése és a kozmetikai sebészet nagyobb elfogadottsága együtt jár a BDD-pozitivitással. A BDD-s nők intenzíven érdeklődnek a kozmetikai sebészeti beavatkozások iránt (Callaghan és mtsai, 2011; Higgins és Wysong, 2018), a kozmetikai sebészeti beavatkozásokat pedig azok a nők fogadják el nagyobb mértékben, akik elégedetlenek a külsejükkel (Henderson-King és Henderson-King, 2005; Stefaline és mtsai, 2014).

A második hipotézis testi elégedettségére, kozmetikai műtétek tervezésére és elfogadottságára vonatkozó feltételezése igazolódott, a kozmetikai műtétek számára vonatkozó feltételezésem nem igazolódott.

A harmadik hipotézis az operált nők jellemzőire vonatkozott. Az eredmények szerint az operált nők idősebbek, csoportjukban magasabb a BDD gyakoriság (15,2%, $n = 10$), több a BDD-s tünetük, és nagyobb mértékben fogadják el a kozmetikai sebészeti beavatkozásokat, a nem operált nőkkel összehasonlítva. Az operált nők magasabb életkorát (43,88 év \pm 13,14 vs. 39,47 \pm 13,32 év) az magyarázhatja, hogy egyrészt ezeket a költséges esztétikai beavatkozásokat inkább az idősebb válaszadók tudják megfizetni, másrészt a kozmetikai beavatkozások stigmája a korrallal csökkenő tendenciát mutat (Swami és mtsai, 2008). Az Amerikai Egyesült Államokban a legtöbb páciens (41%) 36-50 év közötti (ASPS, 2022), akik a társadalom megítélése alapján inkább igényesek és egészségtudatosak, mint hiúk. Azok a nők jobban elfogadják a kozmetikai sebészetet, akik már keresztülmentek esztétikai sebészeti beavatkozáson, jelen eredmények szerint főként szemhéjplasztika beavatkozásokon. Az esztétikai sebészeti betegek nagy része (94-100%) ajánlaná másoknak a beavatkozásokat (Papadopulos és mtsai; 2007; Sarcu és Adamson, 2017; Crépaux és Legendre, 2019; Sarwer, 2019). Az operált és nem operált nők körében azonban nincs különbség a jövőben tervezett műtétek tekintetében. A harmadik hipotézisben foglaltak a BDD-s tünetek és a kozmetikai sebészet elfogadottsága tekintetében igazolást nyertek, azonban a műtétek tervezésével kapcsolatos feltételezésemet nem tudtam igazolni.

A kozmetikai sebészet magasabb elfogadottsága együtt jár a magasabb BDD-pozitivitással, a plasztikai beavatkozások tervezésével és az elvégzett szemhéjműtétek számával. A BDD-s betegek nagyobb valószínűséggel terveznek kozmetikai sebészeti beavatkozásokat (Callaghan és mtsai, 2011). Hatékony gyógykezelésnek tekintik a plasztikai sebészetet a külső testi hiba javítására, ezt alátámasztja az a tény, hogy a BDD prevalenciája magasabb (15-20%) a kozmetikai sebészetben (Sarwer, 2019; Rehman és mtsai, 2023). A sebészeti beavatkozások azonban a tüneteket nem javítják (Tignol, 2007; Montemurro és mtsai, 2020), általában állapotromlást eredményeznek (Saade és mtsai, 2018; Rehman és mtsai, 2023). Az ACSS-kutatások eredményei hangsúlyozzák, hogy a nők kozmetikai sebészetrel kapcsolatos elfogadása magasabb, azonban a jelenlegi eredmények szerint a férfiak és a nők nem különböznek az ACSS pontszámokban, kivéve az ACSS Megfontolás alsókálát, ahol a nők szignifikánsan magasabb pontszámokat produkáltak a férfiakkal összevetve.

A szemhéjműtött nők nagyobb mértékben fogadják el a kozmetikai sebészeti beavatkozásokat. Ez az operáció rövid felépülési idővel, kevesebb komplikációval és látványos eredménnyel jár

együtt. Feltételezhető, hogy a szemhéjműtött nők nagyobb mértékben internalizálják a beavatkozás eredményét. A negyedik hipotézist a vizsgálat eredményeivel részben igazoltam, mivel a kozmetikai sebészet elfogadottsága magyarázható a BDD-pozitivitással, az elvégzett invazív beavatkozások számával azonban nem.

Az első vizsgálat legfontosabb célkitűzése a BDD prevalenciájának megállapítása volt, melyet nagymintás vizsgálatomban a BDDQ alkalmazásával végeztem. A vizsgálat kényelmi mintavétel alapján történt közösségi médiahasználó felnőttek körében, ami nem reprezentatív az általános népességre nézve. A kérdőív kitöltésének egyetlen kritériuma a válaszadó életkora (18 éven felüli) volt. A vizsgálat címe „Plasztikai sebészet”, ezért lehetséges, hogy a téma iránt érdeklődők figyelmét kelthette fel, ez magyarázhatja a női túlsúlyt a válaszadók körében.

A BDDQ-t gyakran alkalmazzák a prevalencia megállapítására (Brohede és mtsai, 2015; Dey és mtsai, 2015; Weingarden és mtsai, 2017; Higgins és Wysong, 2018; Alghamdi és mtsai, 2022). A tényleges diagnózishoz a „defektus” fizikai vizsgálatára, valamint a DSM alapján összeállított strukturált interjú kérdéseinek alkalmazására van szükség.

3.3. A plasztikai sebészeti páciensek preoperatív pszichológiai vizsgálata

A plasztikai sebészeti konzultációra jelentkező nők utánkövetéses vizsgálatát két adatfelvételi ponttal végeztem el: a preoperatív fázisban, majd a műtét után fél évvel később. A műtét előtti válaszadók adatait korban, nemben, iskolai végzettségben illesztett kontrollcsoporttal hasonlítottam össze. A kontrollcsoport válaszadóinak összegyűjtésében a Magyar Táncművészeti Egyetem táncpedagógus hallgatói voltak a segítségemre, akik az illesztett kontrollszemélyek keresését és a kérdőívek online kiküldését végezték el. A kontrollcsoport tagjainak soha nem volt plasztikai sebészeti beavatkozása.

Az adatfelvételi pontokon ugyanaz az önkitöltő kérdőívcsomag és eltérő strukturált interjú felvételére került sor. A második vizsgálat tárgya a preoperatív fázisban a műtétre jelentkező, egymást követő páciensek (n = 193) vizsgálata, szelekció nélkül. A harmadik vizsgálatban foglalom össze az operált és utánkövetett páciensek (n = 74) eredményeit. A vizsgálati időszak mintegy három évig (2017-2020) tartott, egy plasztikai sebész részvételével. A műtétre jelentkező nők 28%-a (n = 54) lemorzsolódott vagy kizárásra került. Komorbid pszichiátriai zavar vagy közeli traumás életesemény miatt a páciensek 1,7%-a (n = 5) került elutasításra. A preoperatív fázisban felmért és megoperált nők (n = 139) 77%-a esztétikai beavatkozáson (n = 107), 23%-a (n = 32) rekonstrukciós műtéten esett át. A továbbiakban az ellátásba jelentkező és a műtött nők eredményeinek bemutatására kerül sor.

3.3.1. Vizsgálati személyek

A műtetre jelentkező nők 18-74 év közöttiek voltak ($M_{kor} = 42,95 \pm 11,96$ év). Nagyrészt középfokú vagy magasabb iskolai végzettségűek (általános iskolai végzettség $n = 3$, 2,3%; középiskolai végzettség, $n = 46$, 34,8%; felsőfokú végzettség, $n = 77$, 58,3%, posztgraduális végzettség, $n = 6$, 4,5%, hiányzó adat: $n = 61$, 31,6%). BMI-jüket tekintve 115 nő adta meg a számításhoz szükséges adatokat (kg/m^2 , Fiegler, 2015), mely alapján a testtömegindex terjedelme = 17,37-34,6 ($M = 24,16 \pm 3,88$). A kívánatos és a jelenlegi testsúly közti különbséget -25kg -tól $+3 \text{ kg}$ -ig határozták meg, a fogyás átlaga $5,2 \pm 4,99 \text{ kg}$. A BMI csoportokat az első vizsgálatnak megfelelően határoztam meg, melyet a 14. táblázat részletez. Normál testsúlyú a nők 59,1%-a volt ($n = 68$).

14. táblázat: A BMI csoportok gyakorisága a műtetre jelentkező nők körében

BMI csoport	kg/m^2	n	%
Kórosan sovány	$< 18,5$	5	4,3%
Normális testsúly	18,5 – 24,99	68	59,1%
Túlsúlyos	25 – 29,99	31	27%
Elhízott	30 -	11	9,6%

Az elutasított és operált betegek beavatkozásainak számát, testterületenkénti bontásban a 15. táblázat foglalja össze. A mellműtétekhez a mellynagyobbítást, mellfelvarrást, kombinált mellplasztikát (mellynagyobbítás és mellfelvarrás), implantátumcserét, melkkisebbítést és a mellrekonstrukciót soroltam. A hasműtétek csoport része az esztétikai és a rekonstrukciós hasplasztika, míg a szemhéjműtétekhez az alsó és felső szemhéjplasztika tartozik. Az arcplasztika beavatkozások csoportba az orrplasztika, fülplasztika, ajakplasztika és teljes arcplasztika (facelifting) beavatkozások kerültek. A testkontúr-beavatkozások csoport a lipomák eltávolítását, zsírleszívásokat, comb- és karplasztika beavatkozásokat foglalja magába. A műtéttípusok tekintetében nincs szignifikáns különbség a két csoport között ($p = 0,806$, Cramér $V = 0,091$). A plasztikai sebészeti páciensek 57,5%-a ($n = 111$) mellműtetre, 11,4%-a ($n = 22$) hasplasztikára, 19,7%-a ($n = 38$) szemhéjműtetre, 6,7%-a ($n = 13$) arcműtetre, 4,7% ($n = 9$) pedig testkontúr beavatkozásra jelentkezett.

15. táblázat: A műtéti terület és a műtét megvalósulásának gyakorisága

Műtéti terület	Műtött (n)	Nem műtött (n)
Mell	79	32
Has	18	4
Szemhéj	26	12
Arc	10	3
Testkontúr	6	3
Összesen	139	54

3.3.2. Vizsgálati módszerek

3.3.2.1. Kérdőívcsomag

Az önkitöltő kérdőív 8 nagyobb részből állt, melyet papír alapon, 30-40 perc alatt töltöttek ki a válaszadók. A demográfiai (kor, nem, iskolai végzettség) és antropometriai kérdéseket (jelenlegi és kívánatosnak tartott testméretek – testsúly, testmagasság, mellbőség, derékbőség, csípőméret, testsúlykülönbség) követően az általános egészségi állapotot mértem fel. A „testsúlykülönbség” a kívánatos és a jelenlegi testsúlyok különbségeiből adódott, mely a tervezett fogyás vagy hízás mértékét mutatta meg.

Az egészségi állapot megítélésére az első vizsgálatban is alkalmazott Egészségprofil Kérdőív (SF-36) első tételét használtam, mely 5 fokú Likert-skálán (1 = Kiváló, 5 = Rossz) értékkel. Ezt követte a Goldberg-féle Általános Egészségi Kérdőív (General Health Questionnaire, a továbbiakban GHQ-28, Goldberg, 1978; magyarul: Karczag, 1988) 28 tétele, mely 4 alskálán méri fel a válaszadó szomatikus tüneteit és lelki egészségét. A tesztet széles körben használják, több mint 38 nyelvre fordították le és validálták (Sterling, 2011), többek között 12, 28, és 30 tételes változata is ismert. Az érzelmi distressz, a pszichiátriai morbiditás és a rövid távú szorongás felmérésére alkalmazzák, valamint a pszichés állapot utánkövetésére (Sterling, 2011). A teszt szerzői alskálánként 7 kérdést fogalmaztak meg: a szomatikus tünetek (példa tétel: „Betegnek érezte-e magát?”), a szorongás/alvászavar (példa tétel: „Állandó feszültséget érzett?”), a szociális diszfunkció (példa tétel: „Úgy érezte, hogy hasznosan vesz részt a dolgokban?”) és a depresszió (példa tétel: „Volt olyan érzése, hogy az élet teljesen reménytelen?”) témakörében. Az instrukció szerint a kérdőív az elmúlt néhány hétben tapasztalt tüneteket méri fel. Minden tünet esetében négy, egyre súlyosbodó válaszlehetőség áll a rendelkezésre. Az értékelésnél a negatív válaszok 0 pontot (első két válaszlehetőség), a pozitív válaszok 1 pontot érnek (harmadik és negyedik válaszlehetőség). Az értékpontok összeadásával kapjuk meg az alskálák összegét, ezek összeadásával pedig a GHQ összpontszámot. A mentális és/vagy szomatikus tünetek súlyosságát a magasabb pontszámok jelzik. A kérdőív teszt-reteszt

megbízhatósága magas (0,78-0,90) (Robinson és Price, 1982), emellett belső validitása (Cronbach-alfa: 0,9-0,95) és belső konzisztenciája is magas (Failde és Ramos, 2000). Jelen vizsgálatban a kérdőív belső megbízhatósága magas (Cronbach-alfa: 0,923).

Az életminőség és a pszichológiai jóllét felmérésére az öttételes WHO Általános Jóllét Skálát (Bech és mtsai, 1996, magyarra fordította és validálta: Susánszky, Konkoly-Thege, Stauder és Kopp, 2006) alkalmaztam. Eredetileg a hosszabb verzióit (28 és 22 tétel) cukorbetegség körében használták a terápiás hatékonyság felmérésére, a pozitív életminőség szubjektív megítélésére (Susánszky és mtsai, 2006). A kérdőív az elmúlt két hétben a közérzettel kapcsolatos tapasztalatokat méri fel (példa tétel: „Az elmúlt két hét során érezte-e magát aktívnak és élénknek?”). A válaszlehetőségeket 4 fokú Likert-skálán kell megadni (0 – egyáltalán nem jellemző, 3 – teljesen jellemző), a pontszámot a tételek összeadásával kapjuk (összpontszám terjedelme: 0-15). A nagyobb pontérték kedvezőbb, pozitívabb pszichológiai állapotot jelölnek (Susánszky és mtsai, 2006). A szubjektív jóllét a pozitív testképpel van összefüggésben (Csabai, 2019). A teszt belső megbízhatósága magas (Cronbach-alfa: 0,815).

Végül a pszichiátriai tünetek felmérése céljával használtam a Derogatis-féle Rövid Tünetlistát (Brief Symptom Inventory, röviden és a továbbiakban: BSI, Derogatis és Melisaratos, 1983). Ez a 90 tételes kérdőív (Derogatis és Cleary 1977; SCL-90-R) rövidebb, jó pszichometriai mutatókkal rendelkező változata. A BSI magas korrelációt mutat az SCL-90-R-rel, a teszt-reteszt vizsgálat és a belső konzisztencia megbízhatósága megfelelő. Az alsókálák magas konvergenciát mutatnak az MMPI hasonló dimenzióival, ezért konvergens validitása megfelelő (Derogatis és Melisaratos, 1983). A BSI 53 egyenes és fordított tételt tartalmaz, 9 alsókálából áll (szomatizálás, kényszeres-rögeszmés, interperszonális érzékenység, depresszió, szorongás, ellenségesség, fóbiás szorongás, paranoiditás, pszichotizmus), valamint alsókálába nem sorolható tételeket (11, 25, 39, 52) is tartalmaz. A kérdőív válaszai alapján 3 globális index számítható: Globális Súlyossági Index (GSI), Pozitív Tünet Distressz Index (PSDI) és Összes Pozitív Tünet Index (PST). Jelen vizsgálatban a globális mutatók közül csak a GSI-t használtam (összpontszám/a megválaszolt kérdések száma), mely a válaszadó szenvedésszintjét mutatja meg, az állapotváltozás felmérésére és utánkövetésre is alkalmas. A kérdésekre az egyenes és fordított tételekre egyaránt 5-fokú Likert-skálán tudnak választ adni (0 = Egyáltalán nem, 4 = Nagyon). Az alsókálák pontértékeit az egyenes és fordított tételek összeadásával kapjuk meg, az összpontszám terjedelme: 0-212. Jelen vizsgálatban a Cronbach-alfa 0,933, mely alapján a kérdőív belső validitása magas.

A testdiszmorfiás zavar szűrése megegyezik az első vizsgálat 3.2.1. pontjában leírtakkal: a BDDQ alkalmazásában, pontozásában, a BDD-pozitivitás megállapításában ugyanazt az eljárást követtem (Phillips, 2005; Szabó, 2010).

A testi elégedettség felméréséhez a Testtel Kapcsolatos Elégedettség Skáláját (Body Satisfaction Questionnaire, röviden és a továbbiakban BSQ, Folk, Pedersen és Cullary, 1993, magyarra fordította: Szabó, 2003) és az Emberalakrajzok Tesztjét (Human Figure Drawing Test, röviden és a továbbiakban: HFDT, Fallon és Rozin, 1987, magyarra fordította: Szabó, 2000) használtam. A BSQ 10 tételes kérdőív, mely 9 testterülettel és az edzettségi állapottal kapcsolatos elégedettségről nyújt információt. A válaszokat 5 fokú Likert-skálán kell jelölnie a válaszadónak (1 = Nagyon elégedetlen, 5 = Nagyon elégedett).

Az Emberalakrajzok Tesztje a testképzavar felméréséhez nyújt segítséget. Kilenc eltérő tápláltsági állapotú női és férfialakot vonultat fel a kórosan soványtól a súlyosan elhízottig. A válaszadónak 9 fokú skálán kell kiválasztani a jelenlegi, az ideális, az általánosságban ideális férfi és női testalakot, a legvisszataszítóbb férfi és női alakot, valamint a másik nem számára a legvonzóbb alakot. A teszt nem határoz meg kóros küszöbértékeket, eredményei alapján nem állapítható meg a testképzavar. Ebben a vizsgálatban a testalakok különbségeit használtam a statisztikai elemzés során (a jelenlegi és az ideális testalakok közti különbséget, valamint a jelenlegi és a vonzó testalakok közti különbséget). A nagyobb különbség a jelenlegi és az ideális, illetve vonzó testalakok között a nagyobb testtel kapcsolatos elégedetlenséget jelzi.

A testtel kapcsolatos attitűdök felméréséhez a Testtel Kapcsolatos Befektetések Skáláját (Body Investment Scale, röviden és a továbbiakban BIS, Orbach és Mikulincer, 1998, magyarra fordította: Lukács-Márton és Szabó, 2013) használtam. Alkalmazható a testtel kapcsolatos öndestruktív tendenciák feltárására, segíthet az evészavarok, abúzusok (fizikai és szexuális) valamint egyes szenvedélybetegségek (drogfüggőség) vizsgálatában (Orbach és Mikulincer, 1998). A BIS a testképet és a testi attitűdöket vizsgálja, 24 tétele és 4 alskálája van: 1) Testtel kapcsolatos érzelmek és attitűdök (példa tétel: „Dühös vagyok a testemre.”), 2) Testi kontaktus (példa tétel: „Nem szeretem, ha hozzám érnek.”), 3) Testápolás (példa tétel: „Szeretem kényeztetni a testem.”) 4) Testvédelem (példa tétel: „Mindkét irányba szétnézek, amikor átmegyek az utcán.”). Az egyenes és fordított tételek összeadásával kapjuk meg az alskálák pontértékét, ezek összeadásával pedig a BIS összpontszámot. A magasabb pontszámok pozitívabb testtel kapcsolatos attitűdöket, intenzívebb testápolást, testvédelmet és pozitívabb testtel kapcsolatos érzelmeket jelentenek. A teszt magyar változatának Cronbach-alfa értéke 0,73 (Lukács-Márton, Vásárhelyi és Szabó, 2008). Jelen vizsgálatban a Cronbach-alfa értéke 0,795, mely elfogadható belső megbízhatóságot jelez.

Az evéshez való viszonyulást az Evési Attitűdök Tesztjének 12 tételű változatával (Eating Attitudes Test, röviden, a továbbiakban EAT-12, Garner és Garfinkel, 1979, magyarra fordította: Túry, Szabó és Szendrey, 1990) vizsgáltam. Gyakrabban használják az EAT 40 és 26 tételű változatait. Az EAT kérdőívek az evészavarok viselkedéses és attitűdinális fennállását mérik (Túry és Szabó, 2000). Az EAT-12 segítségével meghatározható, hogy a válaszadó szabályozza-e a táplálékbevitelt, elutasítja-e az evést és milyen mértékű a korlátozó táplálkozási magatartása (Mackey és La Greca, 2007). Az EAT-12 3 alskálát használ: 1) Diétázás alskála (példa tétel: „Diétázom.”), 2) Bulimia alskála (példa tétel: „Evés után hányok”), 3) Orális kontroll alskála (példa tétel: „Ételemet apró darabokra vágom.”). A válaszokat 6 fokú Likert-skálán jelölheti a válaszadó (0 = Soha, 5 = Mindig), melynek nyerspontjait értékpontokká kell alakítani. A 0, 1, 2 nyerspontokat 0 értékponttá alakítjuk, míg a 3 (gyakran) 1 pontot, a 4 (nagyon gyakran) 2 pontot, az 5 (mindig) választ pedig 3 értékponttá alakítjuk, és ennek megfelelően számoljuk ki az alskálák és az összpontszám értékét. A magasabb pontszámok súlyosabb állapotot jeleznek. A kérdőív belső megbízhatósága a Cronbach-alfa alapján elfogadható (0,673).

Végül a Rosenberg Önértékelés Skálát (Rosenberg Self-esteem Scale, röviden és a továbbiakban: R-SES, Rosenberg, 1965; magyarra fordította és validálta: Sallay, Martos, Földvári, Szabó és Ittész, 2014) használtam, mely 10 tétellel, megbízható visszajelzést ad a kitöltő általános önértékeléséről. Az önértékelés mérésére ezt a kérdőívet használják a leggyakrabban (Sallay és mtsai, 2014). A 10 tétel kapcsán négyfokú Likert-skálán kell választ adni (1 – egyáltalán nem értek egyet, 4 – teljesen egyetértek). Az egyenes és fordított tételek pontszámainak összeadása során kapjuk meg az RSES összpontszámot, ahol a magasabb pontszámok a pozitívabb önértékelést jelzik. Kultúraközi vizsgálatokban a R-SES prediktív validitása, belső konzisztenciája és teszt-reteszt megbízhatósága megfelelő (Schmitt és Allik, 2005). A kérdőív magyar változatának validálása alapján a skála belső konzisztenciája megfelelő (Cronbach-alfa $\geq 0,857$), megbízható és érvényes mérőeszköz az általános önértékelés mérésére (Sallay és mtsai, 2014). Jelen vizsgálatban is magas Cronbach-alfa értéket kaptam (0,892).

3.3.2.2. Strukturált interjú

A műtéti motiváció felméréséhez gyakran javasolják a strukturált interjút alkalmazását (Solti és mtsai, 2010; Mulken és mtsai, 2012; Maisel és mtsai, 2018; Waldman és mtsai, 2019; Rabaioli és mtsai, 2022), azonban konkrét kérdéseket nem közölnek. A páciensmotivációk általában a fizikai változásokra és a pszichoszociális jólétre vonatkoznak (Macgregor, 1971;

Morselli, Micai és Boriani, 2016; Waldman és mtsai, 2019), ezért fontos feladat a kinézettel kapcsolatos probléma, valamint az ahhoz kapcsolódó pszichoszociális problémák feltérképezése. Az interjúkérdések megfogalmazásánál a Solvi és mtsai (2010) által közölt kiváltó, fenntartó és hajlamosító tényezők, valamint a Breast-Q (Pusic és mtsai, 2009) a FaceQ (Klassen és mtsai, 2010) és a Body-Q (Klassen és mtsai, 2016) kérdőívek tételei is kiindulást jelentettek. A külső motiváció, az irreális elvárások (Bascarane és mtsai, 2021) és a vágyott külső körülírására vonatkozó nehézségek rizikót jelentenek a műtét eredményére vonatkozóan, ezért szükséges ezek felmérése is. A motivációs adatok segítik a plasztikai sebészt a páciens megértésében, kiindulást nyújtanak a vele való kommunikációban és a páciens további betegútjának tervezésében is.

Jelen vizsgálatban a kérdőív kitöltése után a páciensek 20-30 perces motivációs interjún vettek részt, mely 20 kérdést tartalmazott. A műtéti terület megjelölése és az azzal kapcsolatos probléma (pl.: fizikai, viselkedéses, öltözködésbeli, lelki) összefoglalása után a műtéti motivációkról, a motivációt jelentő személyekről (Bascarane és mtsai, 2021), valamint a műtét utáni állapot leírásáról („Le tudja írni, hogy fog kinézni a műtét után?”) kérdeztem a pácienseket. Fontos részét képezte az interjúnak a korábbi esztétikai sebészeti beavatkozások és azok eredményességének (pl.: elutasítás, gyulladás) felmérése, valamint a jövőben tervezett, további beavatkozások áttekintése. Ezután a műtét időbeli elhelyezését („Miért most akarja az operációt?”, „Mióta tervezi az operációt?”) és a műtéttel kapcsolatos elvárásokat is tisztáztuk. Végül felmértem a testi elégedettséget, a mentális zavarokat (Bascarane és mtsai, 2021), valamint a szépészeti és mentálhigiénés kezelések számát is. Ez utóbbi a sérülékenység (szubklinikai tünetek azonosítása) felmérése érdekében hasznos (Bascarane és mtsai, 2021).

3.3.3. Statisztikai módszerek és hipotézisek

Az adatokat az első vizsgálatához hasonlóan az SPSS 25.0 programban, nemparaméteres tesztek (a Shapiro-Wilk teszt alapján a legtöbb változó esetében sérült a normalitás, $p < 0,05$) alkalmazásával elemeztem. Alcsoportokat képeztem a műtetre jelentkező páciensek csoportjából: operált és nem operált páciensekre, valamint esztétikai és rekonstrukciós páciensek csoportjába soroltam a vizsgálati személyeket, ezen kívül az operált testterületek szerint (mell, has, szemhéj, arc, testkontúr) is alcsoportokat képeztem. Két csoport összehasonlításánál (műtetre jelentkezők és kontrollcsoport, operált és nem operált páciensek, rekonstrukciós és esztétikai sebészeti páciensek) a Mann-Whitney próbát (alkalmazott hatásnagyság: rank biszeriális korreláció: r), három csoport összevetésénél (rekonstrukciós, esztétikai és kontrollcsoport) a Kruskal-Wallis-próbát (alkalmazott hatásnagyság: η^2)

használtam. A BDDQ itemek és testrészekkel kapcsolatos elégedettség csoportonkénti összehasonlítását χ^2 -próbával végeztem, az eredményességéhez szükséges előfeltétek azonban nem teljesültek minden esetben. Ennek ellenére a próbákat a tendenciák követése érdekében lefuttattam, az alkalmazott hatásnagyság a Cramér V volt.

A strukturált interjúk adatait kategorizáltam és kódoltam, melyek gyakoriságát MS Excel ábrákkal szemléltettem.

A vizsgálat célja az operációra jelentkező páciensek műtéti motivációinak, általános egészségi állapotának, önértékelésének, testhez való viszonyának, testképének, evési attitűdjeinek, valamint azok szélsőségének a felmérése. Elsődleges célom volt, hogy a képzett al csoportok közötti különbségeket vizsgáljam, ezért a megfogalmazott hipotézisek a következők:

H1: A kontrollcsoporttal összehasonlítva a műtetre jelentkezők jobb egészségi állapotúnak vallják magukat, magasabb a szubjektív jóllétük, azonban negatívabb a testük megítélése és a testi attitűdjeik is. Gyakoribbak az evészavar tünetek, a BDD-tünetek és a BDD is, valamint az önértékelésük is alacsonyabb.

H2: Az operált páciensekkel összehasonlítva a nem operált páciensek testi, lelki egészsége és szubjektív jólléte rosszabb, testi elégedettségük és testi attitűdjeik negatívabbak; magasabb az evészavaros tünetek, a BDD-tünetek és a BDD gyakorisága, továbbá több a múltban végzett esztétikai beavatkozás és ezek szövődménye, több a tervezett esztétikai beavatkozás, és a mentális zavarok száma is magasabb.

H3: Az esztétikai okból műtött betegek kedvezőbb antropometriai értékekkel, jobb testi és rosszabb lelki egészséggel, több pszichiátriai tünettől, pozitívabb testi elégedettséggel és attitűdökkel, több evészavaros és BDD-tünettől, magasabb BDD-pozitivitással rendelkeznek, és magasabb az önértékelésük, a rekonstrukciós céllal műtött betegekhez viszonyítva.

H4: A kontrollcsoporthoz viszonyítva az esztétikai okból műtött pácienseknél pozitívabb a testi egészség és negatívabb a lelki egészség megítélése, negatívabb a testi elégedettség és a testtel kapcsolatos attitűdök, nagyobb az evészavaros tünetek, a BDD-tünetek és a BDD gyakorisága, alacsonyabb az önértékelés.

H5: Feltételezem, hogy a vizsgált páciensek műtéti motivációi között azonosíthatók a Solvi és mtsai (2010) által közölt hajlamosító (külsővel kapcsolatos elégedettség, ideális alak, önértékelés, megjegyzések, ruházat, szexualitás) és kiváltó (médiá, korábbi páciens, orvos, anyagi háttér, partner) tényezők, valamint a Maisel és mtsai (2018) által összegyűjtött páciensmotivációk (mentális és érzelmi egészség; esztétikus megjelenés, társas jóllét, fizikális egészség, sikerek az munkában/iskolában, költségek és kényelem).

3.3.4. Eredmények

3.3.4.1. A plasztikai sebészeti páciensek kontrollcsoportos összehasonlítása

A műtétre jelentkező nők és a kontrollcsoport összehasonlítását az 1. melléklet foglalja össze. Az egészségi állapot megítélésében a plasztikai sebészeti páciensek és a kontroll nők között nem volt különbség ($p = 0,778$, $U = 898,5$). A GHQ kérdőív Szomatikus tünetek alszkálája ($p = 0,016$, $U = 5912,5$) és a GHQ Összpontszám ($p = 0,037$, $U = 5553,5$) tekintetében azonban a plasztikai sebészeti pácienseknek szignifikánsan kevesebb testi tünetük van, a testi és lelki egészség terén és jobb állapotúnak vallják magukat. A pszichiátriai tünetek esetében is hasonló eredményeket kaptam, a kontrollcsoport szignifikánsan több tünettől rendelkezik, a BSI Szomatizálás ($p = 0,002$, $U = 5440$) és a Kényszeres rögeszmés alszkálák ($p = 0,019$, $U = 5077$) tekintetében. A BSI egyéb alszkáláján nincs szignifikáns különbség a két csoport között.

A testtel kapcsolatos befektetések tekintetében a BIS Testápolás ($p = 0,01$, $U = 5662$) és Testvédelem ($p = 0,019$, $U = 5791$) alszkálák pontszámai a műtétre jelentkezők pozitívabb testhez való viszonyát mutatja a kontrollcsoportéhoz viszonyítva. A műtétre jelentkezők EAT összpontszáma ($p = 0,006$, $U = 5395$) és a Diétázás alszkálán ($p < 0,001$, $U = 5205,5$) elért eredményei is szignifikánsan magasabbak a kontrollcsoportéhoz viszonyítva. A plasztikai sebészeti csoport tehát intenzívebb diétát folytat és több evészavaros tünete van, mint a kontrollcsoportnak. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy a Mann-Whitney-próbához tartozó hatásnagyságok minden vizsgált változó esetében kicsi voltak ($r < 0,3$).

A kereszt táblák alapján (2. melléklet) a BDD-pozitivitás és a BDD-tünetek tekintetében szignifikáns az eltérés, a műtétre jelentkezők körében több a BDD-tünet és magasabb a BDD-pozitívok gyakorisága is. A plasztikai sebészeti páciensek között 9,4% ($n = 12$) a BDD prevalenciája, a kontrollcsoportban lényegesen alacsonyabb, 0,9% ($n = 1$). A BDD-tünetek kapcsán a testtel kapcsolatos aggodalmak ($p = 0,005$, $\chi^2(1) = 7,790$; $p < 0,001$, $\chi^2(1) = 19,597$), az elkerülő viselkedés ($p = 0,028$, $\chi^2(1) = 4,849$) és a testi hibára szánt napi időmennyiségben ($p = 0,005$, $\chi^2(1) = 8,066$) van szignifikáns eltérés a két csoport között.

A teljes testtel való elégedettség tekintetében a két csoport között nincs szignifikáns különbség ($p = 0,291$, $\chi^2(4) = 4,964$, Cramér $V = 0,144$). A testrészekkel kapcsolatos elégedettség (arc, kar, csípő, derék, láb, bőr, magasság, testsúly) sem különbözik szignifikánsan a két csoportban. Kizárólag az edzettségi állapot megítélése jobb a műtétre jelentkező nőknél ($p = 0,011$, $\chi^2(2) = 9,007$, Cramér $V = 0,193$). Az Emberalakrajzok Tesztje eredményei alapján a jelenlegi és ideális testalakok közötti különbség szignifikánsan nem tér el a két csoportnál ($p = 0,665$, $U = 6596,5$).

Összefoglalva: a plasztikai sebészeti páciensek kevesebb szomatikus és pszichiátriai tünetről számoltak be, egészségi állapotuk jobb, mint a kontrollcsoporté. Pozitívabb a testhez való viszonyulásuk (testvédelem, testápolás intenzívebb), ugyanakkor az evészavaros tünetek gyakorisága magasabb. A testük megítélésében nincs különbség a kontroll nőkkel összevetve, az edzettségi állapotukat fittebbnek tartják, mint a kontroll nők. A műtetre jelentkezők körében a BDD prevalenciája, a testtel kapcsolatos aggodalmak és az elkerülő viselkedések gyakoribbak, a kontroll nőkkel összehasonlítva. Az önértékelés és a szubjektív jóllét tekintetében nincs különbség a két csoport között.

3.3.4.2. Az operált és nem operált páciensek összehasonlítása

A második hipotézis az operált és nem operált nők összehasonlítására vonatkozott (3. melléklet). Kizárólag egy változó, a szubjektív jóllét tekintetében van szignifikáns különbség ($p = 0,023$, $U = 566$), a hatásnagyság azonban itt is kicsi ($r < 0,3$). A nem műtött nők szubjektív jólléte alacsonyabb ($M = 12,43 \pm 3,09$) a műtött nők csoportjához képest ($M = 14,39 \pm 2,72$). A BDDQ tételeiben a két csoport között nincs szignifikáns különbség.

3.3.4.3. Az esztétikai sebészeti és rekonstrukciós páciensek kontrollcsoportos összehasonlítása

Összehasonlítottam az esztétikai sebészeti pácienseket a rekonstrukciós céllal operált nőkkel és a kontrollcsoporttal, melynek eredményeit a 4. melléklet és 16. táblázat részletezi. Az antropometriai változók tekintetében (4. melléklet) a testsúlyban ($p < 0,001$, $H = 18,603$), a kívánatos testsúlyban ($p = 0,017$, $H = 8,168$), valamint ezek különbségében ($p = 0,001$, $H = 13,164$) volt szignifikáns eltérés a csoportok között, kis hatásnagysággal ($\eta^2 < 0,06$). A páronkénti összehasonlítás eredménye szerint a rekonstrukciós betegek jelenlegi testsúlya ($M = 74,25 \text{ kg} \pm 10,68$) és kívánatos testsúlya ($M = 65,25 \text{ kg} \pm 7,38$) a legmagasabb a három csoportból, szignifikáns a különbség az esztétikai ($p < 0,001$) és a kontrollcsoporttal ($p = 0,003$) összehasonlítva is. Az esztétikai okból műtött nők jelenlegi testsúlya nem különbözik a kontroll nőkéttől.

A kívánatos testsúly szignifikánsan különbözik az esztétikai és a rekonstrukciós csoport ($p = 0,033$), valamint a rekonstrukciós és a kontrollcsoport ($p = 0,017$) összehasonlításaiban, azonban nem különbözik az esztétikai csoport a kontrollcsoport összevetésében. A jelenlegi és kívánatos testsúly közötti különbség az esztétikai csoportban szignifikánsan kisebb, mint a rekonstrukciós csoportban ($p = 0,033$) és a kontrollcsoportban ($p = 0,017$). A kozmetikai sebészeti csoportnál a legalacsonyabb a kívánatosnak tartott fogyás mértéke ($M = 3,98 \text{ kg} \pm 4,03$), a rekonstrukciós csoportnál a legmagasabb ($M = 8,28 \text{ kg} \pm 5,86$).

A jelenlegi derékbőség ($p = 0,001$, $H = 13,230$) és kívánatos derékbőség ($p = 0,002$, $H = 12,634$), valamint a BMI ($H = 19,756$, $p < 0,001$) tekintetében szignifikáns különbség van a három csoport között, közepes hatásnagysággal ($\eta^2 = 0,07$). A rekonstrukciós csoport jelenlegi derékbősége az esztétikai csoporttól ($p = 0,001$) és a kontrollcsoporttól ($p = 0,016$) is különbözik. Esetükben a legmagasabb a jelenlegi derékbőség ($M = 78,42 \text{ cm} \pm 11,03$). A kívánatosnak tartott derékbőséget illetően csak az esztétikai és a rekonstrukciós csoportok között van szignifikáns különbség ($p = 0,001$), a kontrollcsoport nem különbözik szignifikánsan egyik plasztikai sebészeti csoporttól sem.

A jelenlegi BMI is szignifikánsan különbözik az esztétikai és a rekonstrukciós csoportok között ($p < 0,001$), és a rekonstrukciós és kontrollcsoportokban ($p = 0,002$), de nincs eltérés a kontroll és az esztétikai csoportok összevetésénél. A BMI a rekonstrukciós csoportban a legmagasabb, ahol már az átlag is a túlsúlyos kategóriában van ($M = 26,78 \pm 3,47$).

A további változókat a 16. táblázat részletezi. Az egészségi állapot ($p = 0,019$, $H = 7,962$) tekintetében szignifikáns eltérés van az esztétikai okból műtött nők és a kontrollcsoport között ($p = 0,015$), bár a hatásnagyság kicsi ($\eta^2 = 0,02$). A GHQ alskálák és összpontszám, valamint a szubjektív jóllét összehasonlításában a három csoport között nincs szignifikáns különbség. A Derogatis Rövid Tünetlistát vizsgálva a BSI Szomatizálás alskála ($p = 0,009$, $H = 9,419$) értékeiben az esztétikai és a kontrollcsoport különböznek ($p = 0,011$), a kontrollcsoportnak van a legmagasabb átlaga ($9,6 \pm 3,35$). A pszichiátriai tünetek gyakorisága nem különbözik szignifikánsan az esztétikai és a rekonstrukciós csoportok összevetésében.

A testkép vizsgálatához az Emberalakrajzok Tesztje változóit és az ebből számított különbségeket használtam fel. A három csoport a jelenlegi testalak megítélésében ($p < 0,001$, $H = 24,790$, $\eta^2 = 0,09$), az ideális testalak megítélésében ($p = 0,012$, $H = 8,783$, $\eta^2 = 0,02$), az ideális női testalak megítélésében ($p = 0,005$, $H = 10,796$, $\eta^2 = 0,03$), valamint a jelenlegi és ideális testalak különbségében ($p < 0,001$, $H = 19,381$, $\eta^2 = 0,07$) és a jelenlegi és vonzó testalak különbségében ($p < 0,001$, $H = 15,618$, $\eta^2 = 0,05$) tér el szignifikánsan. A jelenlegi testalak megítélése szignifikáns különbséget mutat az esztétikai és a rekonstrukciós csoportok között ($p < 0,001$), a rekonstrukciós és a kontrollcsoport között ($p = 0,002$), de nem különbözik az esztétika és a kontrollcsoportban. A jelenlegi testalak megítélésének átlaga a rekonstrukciós csoportban a legmagasabb ($6,3 \pm 1,48$), ők a teltebb testalakot választották a másik két csoporttal összehasonlítva, testtömegindexük is a legmagasabb a három csoportból. Az ideális testalak megítélése csak az esztétikai és a rekonstrukciós csoportok között mutat szignifikáns különbséget ($p = 0,009$), hasonlóan az előzőkhöz a rekonstrukciós csoport átlaga a legmagasabb ($M = 4,13 \pm 1$). A női ideális testalak megítélése szignifikáns különbséget mutat az esztétikai

és a rekonstrukciós csoportokban ($p = 0,003$), valamint a rekonstrukciós és a kontrollcsoportok is különböznek egymástól ebben a változóban ($p = 0,033$). Az esztétika csoport és a kontrollcsoport viszont hasonlóan ítélte meg az ideális női testalakot. A jelenlegi és ideális testalak különbségében a rekonstrukciós csoport szignifikánsan eltér az esztétikai okból műtöttektől ($p < 0,001$) és a kontrollcsoporttól ($p = 0,006$). Azonban ez a változó nem különbözik szignifikánsan az esztétikai és a kontrollcsoport összehasonlításában. Az esztétikai sebészeti csoport szignifikáns eltérést mutat a vonzó és a jelenlegi testalak különbségében a rekonstrukciós betegektől ($p < 0,001$) és a kontrollcsoporttól ($p = 0,037$) is. Az kozmetikai sebészeti csoport esetében a legkisebb a különbség ($M = 1,15 \pm 1,81$), ők állnak a legközelebb a vonzó testhez a saját megítélésük szerint.

A testhez való viszony vizsgálata alapján a BIS Testtel kapcsolatos érzelmek és attitűdök alskála ($H = 16,334$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,06$), a BIS Testápolás alskála ($p = 0,007$, $H = 9,851$, $\eta^2 = 0,03$) és a BIS összpontszám ($p = 0,003$, $H = 11,874$, $\eta^2 = 0,03$) átlagaiban különböznek a csoportok. A BIS Testtel kapcsolatos érzelmek és attitűdök alskála pontértékeiben szignifikánsan különbözik egymástól az esztétikai és a rekonstrukciós csoport ($p < 0,001$), valamint a rekonstrukciós és a kontrollcsoport is ($p = 0,005$). A rekonstrukciós csoport átlaga a legalacsonyabb ($23,96 \pm 5,49$), ami negatívabb testhez való viszonyulást jelez. A BIS Testápolás alskála tekintetében az esztétikai és a kontrollcsoport különböznek szignifikánsan ($p = 0,007$), ahol a kontrollcsoportnak alacsonyabbak a skála pontszámai ($M = 21,2 \pm 2,45$). A BIS Összpontszám tekintetében az esztétika és a rekonstrukciós csoportok térnek el szignifikánsan ($p = 0,002$), a rekonstrukciós csoportnak a legalacsonyabb az átlaga ($91,25 \pm 10,05$), ami a negatívabb testtel kapcsolatos attitűdöket jelzi.

A három csoport az evészavar tüneteit vizsgálva az EAT Diétázás alskála ($p < 0,001$, $H = 22,096$, $\eta^2 = 0,08$) és az EAT összpontszám ($p < 0,001$, $H = 19,381$, $\eta^2 = 0,04$) értékeiben tér el. A páronkénti összehasonlítás eredménye szerint az EAT Diétázás alskálán a rekonstrukciós csoport szignifikánsan különbözik az esztétikai betegektől ($p = 0,006$) és a kontrollcsoporttól is ($p < 0,001$). A rekonstrukciós páciensek pontszámai a legmagasabbak ($M = 4,67 \pm 3,31$). Hasonlóan alakul az EAT összpontszám is: a rekonstrukciós csoport szignifikánsan különbözik az esztétikai okból műtöttektől ($p = 0,05$) és a kontrollcsoporttól ($p = 0,001$), ahol a rekonstrukciós csoport evészavaros pontszámai a legmagasabbak ($M = 5,1 \pm 3,97$).

Az Önértékelés összpontszámait összehasonlítva nincs szignifikáns különbség a 3 csoport között.

16. táblázat: Egyéb változók - Az esztétikai és rekonstrukciós sebészeti páciensek, valamint a kontrollcsoport összehasonlítása

Változók	Esztétikai páciensek M (SD) n = 70-95	Rekonstrukciós páciensek M (SD) n = 24-32	Kontroll személyek M (SD) n = 83-114	Kruskal-Wallis-H p	η^2
Egészségi állapot SF-36	2,44 (0,68)	2,57 (0,79)	2,74 (0,8)	7,962 0,019	0,02
GHQ Összpontszám	2,21 (3,65)	2,64 (4,86)	3,94 (5,45)	4,379 0,112	0,01
BSI Szomatizálás	8,77 (3,12)	8,75 (2,94)	9,6 (3,35)	9,419 0,009	0,03
GSI	1,28 (0,38)	1,25 (0,3)	1,34 (0,43)	1,763 0,414	-
BIS Testtel kapcsolatos érzelmi attitűdök	28,41 (4,04)	23,96 (5,49)	27,58 (4,4)	16,334 < 0,001	0,06
BIS Testápolás	22,16 (2,28)	21,21 (2,64)	21,2 (2,45)	9,851 0,007	0,03
BIS Összpontszám	98,46 (8,42)	91,25 (10,05)	95,75 (9,81)	11,874 0,003	0,04
EAT Diétázás	2,7 (3,16)	4,67 (3,31)	1,67 (2,18)	22,096 < 0,001	0,08
EAT Összpontszám	3,35 (3,8)	5,1 (3,97)	2,35 (2,87)	13,288 0,001	0,04
Jelenlegi és ideális alak különbsége	1,12 (1,04)	2,17 (1,08)	1,46 (1,23)	19,381 < 0,001	0,07
Jelenlegi és vonzó alak különbsége	1,15 (1,81)	2,58 (1,81)	1,8 (1,87)	15,618 < 0,001	0,05
Önértékelés	32,88 (4,88)	33,14 (5,71)	32,47 (5,34)	0,526 0,769	-

Megjegyzés: GHQ = General Health Questionnaire, BSI = Brief Symptom Inventory, BIS = Body Investment Scale, EAT = Eating Attitudes Test, BDD = Body Dysmorphic Disorder, SF = Short Form.

3.3.4.3.1. Az esztétikai sebészeti és rekonstrukciós páciensek összehasonlítása

Az esztétikai és a rekonstrukciós sebészeti páciensek a korábbi plasztikai sebészeti beavatkozások számában ($p = 0,003$, $U = 1162,5$, $r = 0,25$) és a testrészekkel kapcsolatos elégedetlenség ($p = 0,002$, $U = 1213$, $r = 0,2$) megítélésében is különböznek, habár a hatásmeghatározás mindkét változó esetében kicsi (17. táblázat). Az esztétikai csoport tagjai több korábbi plasztikai sebészeti beavatkozáson estek át ($M = 0,84 \pm 1,08$ vs. $M = 0,25 \pm 0,62$), a rekonstrukciós csoport pedig több testrészével elégedetlen ($M = 1,67 \pm 1,13$ vs. $M = 1,18 \pm 0,87$).

17. táblázat: áblázat: Elvégzett beavatkozások és a testrészekkel kapcsolatos elégedettség összefoglalása

Változók	Esztétikai páciens	Rekonstrukciós páciens	Mann-Whitney-U	p	r
Elvégzett beavatkozás száma M (SD)	0,84 (1,08) n = 105	0,25 (0,62) n = 32	1162,5	0,003	0,25
Hány testrészrel elégedetlen? M (SD)	1,18 (0,87) n = 104	1,67 (1,13) n = 31	1213	0,02	0,20

A műtéti területek esetében csak a leíró statisztikát ismertetem, mivel a khi²-próba előfeltétele nem teljesül. A rekonstrukciós csoportban lényegesen több hasplasztika (37,5% vs. 5,6%) történt, szemhéjplasztika és arcplasztika pedig egyáltalán nem volt. Mellműtéteket a két csoportban hasonló arányban végeztek (57% vs. 56,3%).

A testi elégedettség vizsgálatánál a teljes testtel és bizonyos testrészekkel is elégedetlenebb a rekonstrukciós csoport, az esztétikai okból műtött betegekkel összehasonlítva ($p = 0,001$, $\chi^2(2) = 13,113$). A rekonstrukciós betegek a derekukkal ($p = 0,006$, $\chi^2(2) = 10,289$), a karjukkal ($p = 0,017$, $\chi^2(2) = 12,101$), a bőrükkel ($p = 0,035$, $\chi^2(2) = 6,693$), a testsúlyukkal ($p = 0,006$, $\chi^2(2) = 14,272$) és az edzettségi állapotukkal ($p = 0,038$, $\chi^2(2) = 6,527$) elégedetlenebbek, az esztétikai sebészeti páciensekhez viszonyítva (5. melléklet).

A BDD-pozitivitás ($p < 0,001$, $\chi^2(1) = 16,281$) és bizonyos BDD-tünetek gyakorisága szignifikánsan nagyobb a rekonstrukciós sebészeti csoportban, az esztétikai csoporthoz képest (4. sz. melléklet). A rekonstrukciós csoportban jóval több BDD-pozitivitást találtam (21,9%, $n = 7$ vs. 1,9%, $n = 2$). A rendellenesség leginkább a társas kapcsolatok alakulását zavarja ($p = 0,034$, $\chi^2(1) = 4,515$), illetve elkerülő viselkedéshez vezet ($p = 0,002$, $\chi^2(1) = 9,973$). A rekonstrukciós páciensek naponta több időt töltenek a rendellenességgel ($p = 0,004$, $\chi^2(2) = 8,269$), mint az esztétikai okokból műtött páciensek.

3.3.4.3.2. Az esztétikai sebészeti és a kontrollcsoport összehasonlítása

Az esztétikai páciensek és kontrollcsoport összehasonlításánál a testi elégedettséget és a BDD-pozitivitást, valamint a BDD-tünetek gyakoriságát vizsgáltam (6. melléklet). A testtel kapcsolatos elégedettség ($p = 0,025$, $\chi^2(2) = 7,402$) szignifikáns különbséget mutat (7. melléklet): a kontroll nők általános testi elégedettsége gyakrabban közepes (29,6%), míg az esztétikai sebészeti csoport gyakrabban jelölte az elégedett választ (58,5%) a kontroll nőkkel

összehasonlítva (41,7%). A testrészekkel való elégedettségben különbözött a két csoport: a derék ($p = 0,006$, $\chi^2(2) = 10,144$) és az edzettségi állapot megítélésében ($p < 0,001$, $\chi^2(2) = 17,515$). Mindkét változó esetében az esztétikai sebészeti páciensek az elégedettebbek a műtét előtti, testre vonatkozó megítélések esetében.

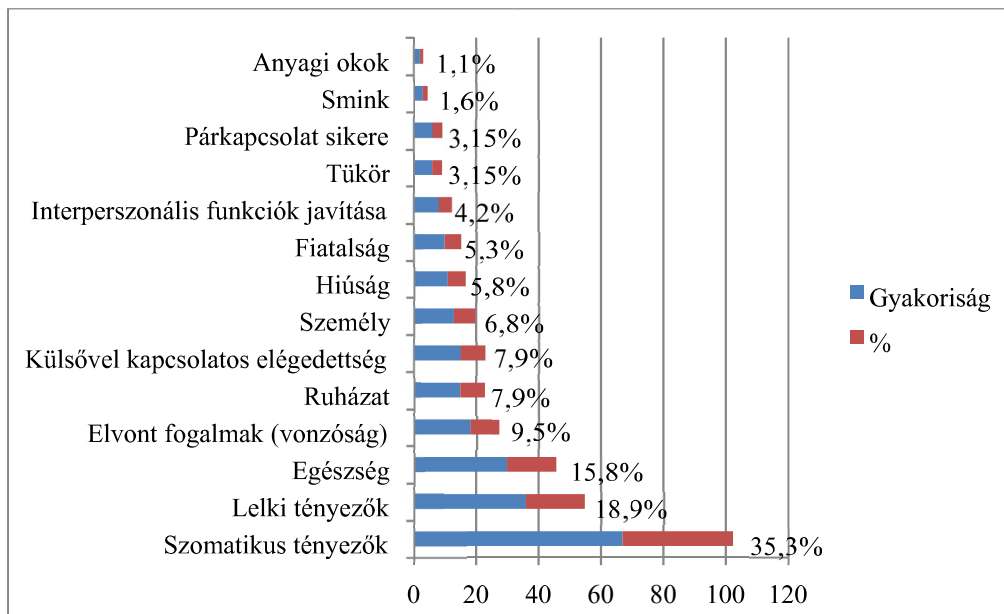
A BDD-pozitivitás gyakoriságában nincs különbség az esztétikai betegek (1,9%) és a kontrollcsoport (0,9%) között, az esztétikai sebészeti páciensek BDD-tünetei azonban szignifikánsan gyakoribbak. Az esztétikai okból műtött nők elégedettebbek az általam megkérdezett testrészeikkel, azonban 54,8%-kat ($n = 17$) – valószínűleg a műtét okaként megnevezett – fizikai elváltozás jelentősen foglalkoztatja ($p < 0,001$, $\chi^2(1) = 13,946$) a kontrollcsoportéhoz viszonyítva (15,7%, $n = 8$). A testi elváltozás okozta lelki szenvedés mértékében ($p = 0,018$, $\chi^2(1) = 5,563$) is eltérnek, mely az esztétikai betegek esetében magasabb (26,6%, $n = 21$ vs. 13%, $n = 14$). A defektus a társas kapcsolatokban ($p = 0,026$, $\chi^2(1) = 4,947$) és a feladatok teljesítésében ($p = 0,045$, $\chi^2(1) = 4,016$) is több problémát okoz az esztétikai sebészeti betegek csoportjában.

3.3.4.4. A strukturált interjúk elemzése

A plasztikai sebészeti rendelésre jelentkező nők többsége (98,4%, $n = 190$) részt vett az interjúban. A műtét okaként a páciensek legtöbbször a szomatikus tényezők javítását (72,1%, $n = 137$) jelölték meg, ezt követte az egészség javítása (20%, $n = 38$) és az esztétikai ok (10,5%, $n = 20$). Kevés válaszgyakoriság mellett funkcióval összefüggő tényezőket jelöltek meg: sminkelhetőség javítása (2,6%, $n = 5$), a társas jóllét javítása és a fiatalság visszanyerése (1,6%, $n = 3$), illetve optimálisabb sportolási lehetőségek. A lelki tényezők javítása alacsony gyakorisággal (1,05%, $n = 2$) jelent meg a probléma leírásaként. Két műtetre jelentkező nő azt a választ adta, hogy nincs problémája (1,05%). A páciensek ($n = 122$) átlagosan 6,4 éve tervezik az operációt (SD = 8,06, terjedelemben: 0-60 év).

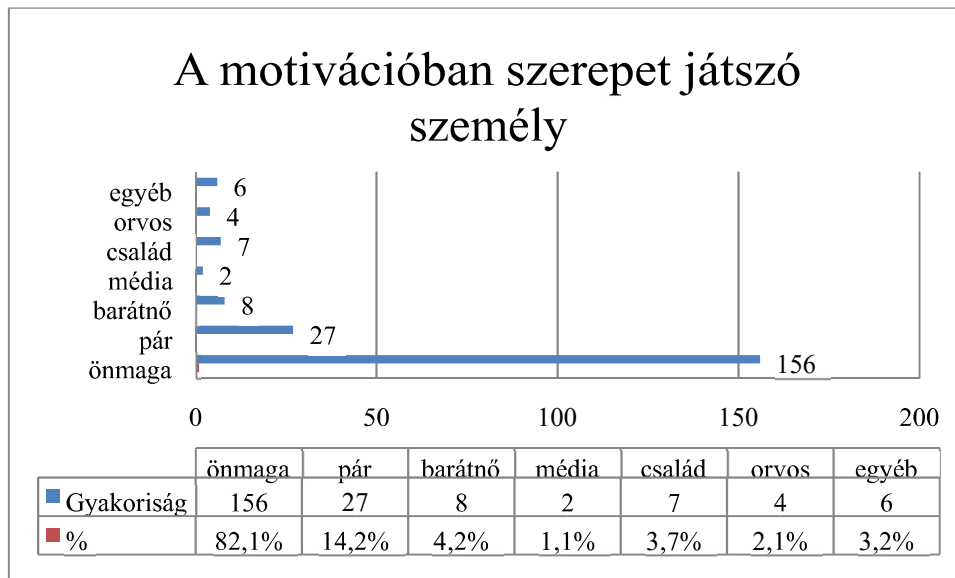
A műtét motivációjaként a páciensek több mint harmada a szomatikus tényezőket (pl.: szimmetria vagy méretproblémák kezelése) (35,3%, $n = 67$), 18,9%-uk lelki tényezőket (pl.: testkép, önbizalom javítása) ($n = 36$), 15,8%-uk pedig az egészségi állapot javítását (pl.: implantátumcsere, diszkomfort érzés) ($n = 30$) határozta meg (5. ábra). Külön kategóriaként szerepelnek a külsővel kapcsolatos elégedettség (7,9%, $n = 15$) (pl.: „tetszeni akarok magamnak”), a vonzóság (9,5%, $n = 18$) („Vonzó és egészséges szeretnék lenni.”) és a fiatalság elérése (5,3%, $n = 10$) (pl.: “A régi formámat akarom helyreállítani.”) is. A páciensek 7,9%-a jelölte meg műtét okként a ruházatot vagy az öltözködést ($n = 15$). A páciensek nagy részének célja a saját szükségleteinek, igényeinek javítása. A műtét motivációjaként egy másik személyt

vagy annak műtétre vonatkozó kérését a páciensek 6,8%-a jelölte meg (n = 13). Az interperszonális funkciók (4,2%, n = 8) (pl.: munka, iskolai sikerek) és a párkapcsolat javítása (3,15%, n = 6) (pl.: új párkapcsolat létesítése, a meglévő minőségének javítása) azonban mind alacsony gyakoriságú válaszok voltak.



5. ábra: Műtéti motivációk előfordulása

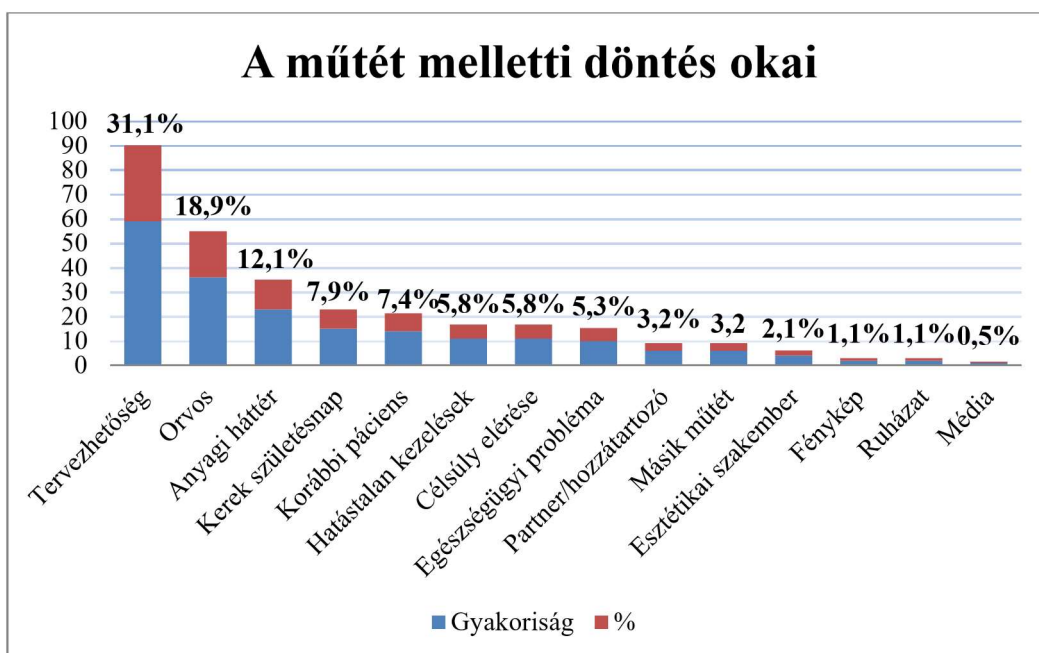
A külső motiváció kérdéskörét „A motivációban szerepet játszó személy” kategória alkalmazásával vizsgáltam (6. ábra). A páciensek 82,1%-nak (n = 156) önmaga jelenti a motivációt, a műtét választása belső tényezőkből ered. A külső személyek közül a partner volt a legnagyobb hatással a betegekre, 14,2%-uk (n = 27) arról számolt be, hogy párjuk (férj, barát, élettárs) motiválta őket az operáció választásában. Egyéb családtagokat (gyermek, testvér, szülő) a páciensek 3,7%-a (n = 7) nevezett meg, a barátnők motivációs hatását pedig 4,2%-uk (n = 8) említette. A média motivációs hatása ebben a kategóriában is alacsony (1,05%, n = 2).



6. ábra: A motivációban szerepet játszó személyek

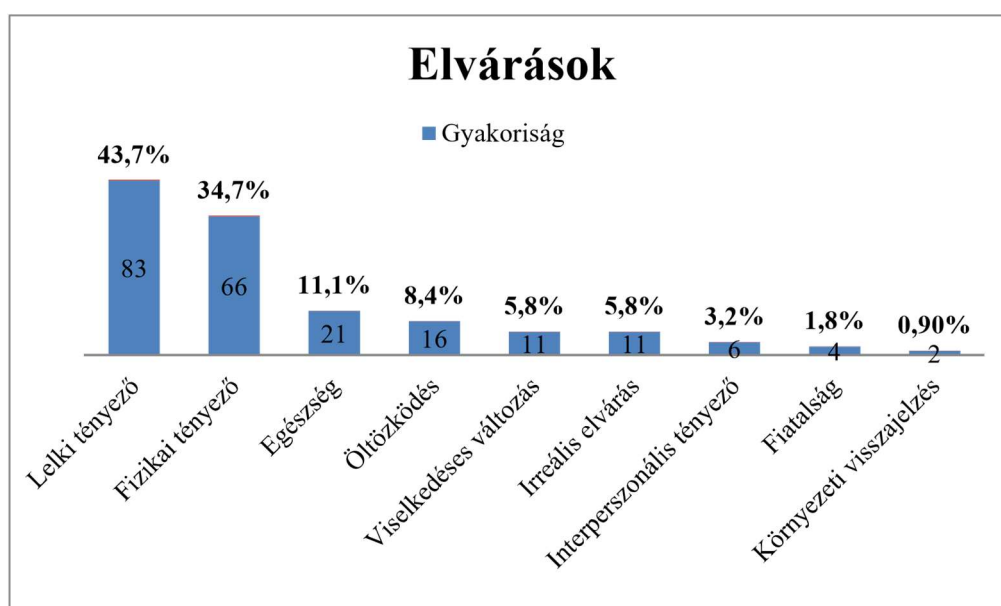
A műtéti terület állapotát az operáció előtt leggyakrabban ruhaneművel (32,1%, n = 61), sporttal (22,6%, n = 43), kozmetikummal (20,5%, n = 39) próbálták javítani. A házi kozmetikai megoldások (4,2%, n = 8) között tévhitek (hideg-meleg váltott zuhany mellelő hatása), szélsőségek (pl.: kétoldalú ragasztó alkalmazása szemhéjmelésre) is előfordultak.

A műtét melletti döntés kiváltó okaként leggyakrabban az életvitelbe való beilleszthetőséget, tervezhetőséget jelölték meg (pl.: gyermekvállalás előtt, után, megfelelő évszak, megfelelő életkor, munkahelyváltás miatt tervezhető a műtét) (31,1%, n = 59). Ezt követte a megfelelő orvos megtalálása (18,9%, n = 36) és az operáció fedezetének összegyűjtése (12,1%, n = 23). A nagykorúság elérése és a kerek születésnapok (20, 30, 40 stb.) (7,9%, n = 15), valamint a célsúly elérése (5,8%, n = 11) is szerepeltek a műtétek katalizátorai között. A média közvetlen hatása nagyon alacsony volt (0,5%, n = 1). A műtét melletti döntés kiváltó okainak összefoglalását a 7. ábra szemlélteti.



7. ábra: A műtét melletti döntés kiváltó okai

A műtéti elvárások (8. ábra) között első helyen a lelki paraméterek javítása szerepelt (pl.: önbizalom, önértékelés, testkép, “jobban érzem magam a bőrömben”) (43,7%, n = 83). Ezt követte a fizikai elváltozás javítása (34,7%, n = 66), az egészség javítása (11,05%, n = 21) és az előnyösebb öltözködés igénye (8,4%, n = 16). Az elvárások között sem volt kiugró válasz az interperszonális tényezők javítása (3,15%, n = 6). Ugyanakkor azonosítottam 11 irreális elvárást (5,8%) is (“Semmilyen negatív hatása nem lesz a műtétnek. Minden olyan lesz, ahogy a doktor úr megmutatta.” “A műtét visszahozza majd azt az érzést, amit a fiatal tekintetem.”).



8. ábra: A műtéttel kapcsolatos elvárások

A műtét által elvárt változások esetében a legtöbben lelki változást (33,2%, n = 63), a szexuális élet/párkapcsolat javulását (6,8%, n = 13), a ruhatár változtatását (6,8%, n = 13) várták, míg a külső megjelenésbeli változást csak a válaszadók 2,1%-a (n = 4) jelölte meg. A túl nagy változások igényét (4,7%, n = 9) a következőképpen fogalmazták meg: “Minden élethelyzetben felszabadultan tudok majd viselkedni, sosem kell zavarban éreznem magam a méreteim miatt.”, “Megváltoztatja a személyiségemet.”.

3.3.5. Megbeszélés

3.3.5.1. Az első hipotézis megbeszélése

Eredményeim szerint a plasztikai beavatkozásra jelentkezők kevesebb testi (GHQ Szomatikus alszála, GHQ összpontszám, BSI Szomatizálás) és pszichiátriai tünettől (BSI Szomatizálás, Kényszeres rögeszmés) rendelkeznek. Piromchai, Suetrong és Arunpongpaisal (2011) orrplasztika-páciensek vizsgálatánál épp ellenkező eredményre jutottak. A GHQ-28 kérdőív eredményei szerint a plasztikai sebészeti csoportnál (n = 98) 5,5-ször nagyobb kockázata volt a rosszabb pszichológiai státusznak (95% CI = 1,25-24,17, p = 0,01) a kontrollcsoportéhoz viszonyítva. A GHQ-28 minden alszálaán szignifikáns volt a különbség, az orrplasztika-páciensek rosszabb egészségi állapotban voltak. Belli és mtsai (2013) is orrplasztika-páciensek esetében talált szignifikáns különbséget a Derogatis-féle tünetlista (SCL-90-R) alszálaán kontrollcsoportos összehasonlításban. A plasztikai sebészeti csoport átlagai magasabbak voltak, ami a pszichiátriai tünetek magasabb gyakoriságát jelentette.

Invazív beavatkozásra jelentkező betegek esetében megfelelő fizikai egészségi állapot szükséges, ami a műtét előfeltétele. Az elektív, altatásos műtét előtt teljes vérkép, képalkotó eljárások (ultrahang és/vagy mammográfia), EKG-vizsgálat, vérnyomás ellenőrzése szükséges, alapbetegség esetén pedig egyéb szakorvosi vizsgálat. A fizikális tényezőknek normális tartományba kell esniük, ez is magyarázhatja a plasztikai sebészeti csoport jobb egészségi állapotát a kontrollcsoportéhoz viszonyítva.

Önbevallás alapján a felmért betegek 11,2%-a rendelkezik mentális zavar tünetével vagy diagnózisával. A kapott eredmény jóval alacsonyabb a plasztikai sebészeti páciensek preoperatív felmérése során kapott adatokhoz viszonyítva (26-32%) (Hayashi és mtsai, 2007; Belli és mtsai, 2013). Moroco és mtsai (2023) fül-orr-gégészeti járóbeteg rendelésen a páciensek 34,3%-nál találtak meglévő mentális zavart (leggyakrabban hangulatzavarok, szorongásos zavarok, kényszerbetegség, bipoláris zavar és evészavarok) (Moroco, Daher, O'Connell Ferster és Lighthall, 2023). Megállapítható, hogy jelen plasztikai sebészeti beteganyag egészségi

állapota jó, a pszichológiai tünetek és megbetegedések gyakorisága náluk alacsonyabb, mint a kontrollcsoportban.

A szomatikus és mentális egészség alakulásában a negatív testi attitűdök is szerepet játszanak (Gillen, 2015; Ridolfi és Crowther, 2013). Az eredmények alapján a kontrollcsoporthoz képest a műtétre jelentkezőknek jobb a testhez való viszonya: pozitívabbak a testi attitűdök, a testtel kapcsolatos érzelmek, több a testvédelem és a testápolás, emellett a fizikális és mentális egészségüket is jobbnak ítélték. A két csoport a testkép megítélésében nem különbözik – a jelenlegi és az ideális testalakok távolságában nincs szignifikáns különbség. Ehhez hasonlóan Ozgür és mtsai (1998) sem találtak különbséget abban, ahogy a plasztikai sebészeti páciensek (n = 200) és a kontrollcsoport (n = 100) megítélték a testüket (Ozgür, Tuncali és Güler Gürsu, 1998).

Cash (1990) a testtel kapcsolatos elégedetlenséget az egyén negatív testtel kapcsolatos attitűdjeivel hozza kapcsolatba. Felnőtt ausztrál nők körében végzett vizsgálat alapján a testükkel elégedetlenebb nők mentális egészsége és pszichoszociális funkciói is rosszabbak voltak (Mond, Mitchison, Latner, Hay, Owen és Rodgers, 2013). A testi elégedettség kapcsán azonban sincs különbség a műtétre jelentkezők és a kontrollcsoport között, csak az edzettségi állapot megítélésében. A plasztikai sebészeti páciensek nem általában elégedetlenek az egész testükkel, csak azzal a testrészükkel, amivel kapcsolatban az operációt kéri (Sarwer, és mtsai; 2007; Sobanko és mtsai; 2015). Valószínűleg a jó edzettségi állapot is inkább az egészségi állapottal lehet összefüggésben, és a műtétre való felkészültséget jelezheti. A kevesebb fizikai és pszichológiai tünet a posztoperatív szövődmények alacsonyabb valószínűségével áll kapcsolatban (Borah és mtsai, 1999; Lyne és mtsai, 2010).

Jelen eredmények szerint a BDDQ alapján a BDD prevalenciája magasabb a műtétre jelentkezők körében (9,4%, n = 12). Dey és mtsai (2015) esztétikai sebészeti páciensek körében 13,1%-os (n = 16), rekonstrukciós plasztikai sebészeti páciensek körében 1,8%-os (n = 2) prevalenciát talált. Esztétikai és rekonstrukciós fül-orr-gégészeti páciensek körében (n = 242) a BDDQ kérdőívvel 6,2% (n = 15) BDD-pozitív pácienset találtak (Moroco és mtsai, 2023). A plasztikai sebészeti csoport BDD-tünetei gyakoribbak (intenzívebb szorongás, több napi időmennyiséget töltenek azzal, hogy a testi hibára gondolnak). A kapott eredmények összhangban vannak Longley és mtsainak (2019) nagymintás (n = 1385) vizsgálatából származó eredményeivel, ahol a nem-BDD-s csoportot az elkerülő és fokozottan elkerülő BDD-s csoportokhoz hasonlították. A szociális szorongás és a depresszió tünetei az elkerülő csoportokban gyakoribbak voltak.

Az evészavaros tünetek gyakoribbak a plasztikai sebészeti csoportban az EAT Diétázás alskála és az összpontszám alapján. A páciensek intenzívebb diétát folytatnak a műtét előtti célsúly eléréseért és megtartásáért, a kontroll nőkhöz viszonyítva. Egy korábbi vizsgálatunkban is intenzívebb diétázást találtuk a plasztikai sebészeti csoportban (Szászi és Szabó, 2014^b). Egy, az általános népesség körében végzett ausztrál vizsgálat (n = 2 977) szerint azok, akik igénybe vettek vagy terveznek valamilyen bariátriai vagy kozmetikai sebészeti műtétet, azok nagyobb valószínűséggel nők, magasabb a BMI-jük, rosszabb az életminőségük, van evészavar tünetük vagy jelenleg is evészavarban, BN-ben vagy falászavarban szenvednek (D'Souza, Hay, Touyz és Piya, 2020). Esztétikai sebészeti páciensek körében Coughlin és mtsai (2012) is több evészavar-tünetet találtak, mintájukban azonban nem a diétázás, hanem a purgáló tünetek gyakorisága volt magasabb. Zimmer és mtsai (2022) is több evészavar-tünetet és evészavart (AN és BN) találtak a kozmetikai sebészeti páciensek körében, függetlenül a műtéti területtől (has, mell, orr, zsírleszívás). A plasztikai sebészeti páciensek a célsúlyt valószínűleg gyorsabban, drasztikusabb eszközökkel érik el, ami veszélyeztetheti a műtét hosszú távú eredményét, valamint csökkenti a páciensek elégedettségét. A plasztikai sebészeten az evészavartünetek jelenléte nem ritka, szűrésük indokolt és javasolt.

A plasztikai sebészeti páciensek önértékelése és szubjektív jólléte nem tér el a kontrollcsoportétól. Ozgür és mtsai (1998) szignifikáns eltérést találtak a plasztikai sebészeti páciensek és a kontrollcsoport között az önértékelésben, nem volt azonban különbség az étellel való elégedettség (Life-Satisfaction Index) tekintetében a csoportok között. Az esztétikai okból műtött csoport önértékelése magasabb volt, mint a rekonstrukciós csoporté. Păduraru és Rășcanu (2013) megállapítása szerint a plasztikai sebészeti páciensek és az alacsony önértékelés között egyértelmű kapcsolat van: hiszen, ha a páciensek elégedettek a testükkel és a testrészeikkel, akkor nem jelentkeznek plasztikai sebészeti beavatkozásra. Különösen az esztétikai beteganyagra jellemző, hogy a műtét után a fizikai mellett a lelki tényezők változását is elvárják (Grossbart és Sarwer, 2003). Egyelőre azonban vegyes eredmények állnak rendelkezésre a plasztikai sebészeti műtétek önértékelésre és pszichológiai egészségre gyakorolt hatásáról, mivel a következmények eltérnek az ellátás típusa és a műtéti terület szerint is (Bascarane és mtsai, 2021; Kam, Na, La Sala, Tejada és Koola, 2022). Ennek oka lehet a páciensek mentális alkalmasság-vizsgálatának és szelekciójának elmaradása is.

Összességében a plasztikai sebészeti csoport több időt, energiát fordít a teste karbantartására és egészségesebbnek érzi magát. A testi elégedettség, önértékelés, testkép, és a szubjektív jóllét tekintetében viszont nincs eltérés a plasztikai sebészeti és a kontrollcsoport között. Az eredmények alapján az első hipotézist részben igazoltam: a műtetre jelentkezők

fizikális és mentális egészségi állapota jobb, mint a kontroll nőké. Ennek ellenére az önértékelés és szubjektív jóllét tekintetében nem különbözik a két csoport. A BDD prevalenciájával, az evészavaros és testdiszmorfiás zavaros tünetek gyakoriságával kapcsolatos feltételezéseimet igazoltam.

3.3.5.2. A második hipotézis megbeszélése

A lemorzsolódó és műtött betegek összehasonlításának eredménye, hogy a két csoport kizárólag a szubjektív jóllét tekintetében különbözik: a nem operált páciensek életminősége rosszabb. A lemorzsolódás oka legtöbbször (31,5%, $n = 17$) az anyagi fedezet hiánya volt, 2 páciens az OEP-finanszírozás elbírálására várt a rekonstrukciós beavatkozás miatt (0,7%), 2,4%-ukat ($n = 5$) pedig kontraindikációt jelentő mentális zavar vagy friss lelki trauma (válás, haláleset a családban) miatt utasították el a beavatkozás előtt. Feltételezhető, hogy a nem operált betegek csoportja nem homogén, mivel a lemorzsolódó betegek nagy részét más plasztikai sebészeti praxisban megoperálhatták, így vélhetően 55,6 % ($n = 30$) az operált csoporthoz tartozik.

3.3.5.3. A harmadik hipotézis megbeszélése

A műtött csoportok az egészségi állapot megítélésében (általános egészségi állapot, szomatikus és pszichiátriai tünetek) nem különböznek. A korábban leírtak alapján a műtéti alkalmasság miatt megfelelő fizikális állapot szükséges az invazív beavatkozások előtt. A rekonstrukciós páciensek azonban általában mozgásszervi panaszokról, pszichológiai nehézségekről számolnak be, melyek rontják az egészségi állapotukat (Emami és Sobhani, 2016). Ennek ellenére az egészségi állapot, a szomatikus és pszichiátriai tünetek megítélése hasonló az esztétikai okból műtött és a rekonstrukciós csoportban.

A rekonstrukciós sebészeti páciensek tényleges testi hiba miatt fordulnak plasztikai sebészhez, melynek helyreállítását a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) finanszírozza. Az antropometriai adatok alapján a rekonstrukciós csoport testalakja (testsúly, testmagasság, derékbőség, fogyás, BMI) kevésbé kedvező. Az Emberalakrajzok Tesztje alapján nagyobbak ítélik meg a jelenlegi ($p < 0,001$) és az ideális alakjukat ($p = 0,009$), valamint az ideális női testalakot ($p = 0,003$) az esztétikai okokból műtöttekhez viszonyítva. Testkép tekintetében Ozgür és mtsai (1998) azonban nem találtak különbséget a preoperatív szakaszban a két műtött csoport között.

Riggio és Riggio (2012) szerint a nők külső megjelenésének megítélésében a testalak felmérése fontos szerepet játszik a férfiaknál. A testalak (átlagos BMI és a csípő-derék arány)

megbízható mutatója lehet a nő egészségének, fiatalságának és szexuális érettségének. Mindezek alapján érthető, hogy a nők az átlagos testalak elérésére törekszenek, az ettől való eltérés pedig testi elégedetlenséghez vezethet. A rekonstrukciós csoport elégedetlenebb a teste egészével ($p = 0,001$), több testrészével (derék $p = 0,006$, kar $p = 0,017$, bőr $p = 0,035$, testsúly $p = 0,006$) és az edzettségi állapotával ($p = 0,038$) is. Az eredmények alapján nemcsak az operált területtel kapcsolatos elégedetlenségről, hanem a teljes testre vonatkozó elégedetlenségről és negatívabb testhez való viszonyról is beszélhetünk az esztétikai sebészeti csoporthoz viszonyítva.

Az EAT Diétázás tekintetében a rekonstrukciós csoport átlagai magasabbak ($4,67 \pm 3,31$ vs. $2,7 \pm 3,16$, $p = 0,006$), intenzívebb diétát folytatnak, hiszen a célsúly eléréséhez nagyobb súlytöbblettől kell megszabadulniuk ($8,28 \pm 5,86$ vs. $3,98 \pm 4,03$ kg, $p < 0,001$).

A két műtött csoport önértékelése nem tér el, annak ellenére, hogy a rekonstrukciós csoport negatívabban viszonyul a testéhez és elégedetlenebb is azzal. Az esztétikai csoport foglalkozik többet a testével, elégedettebb vele és több korábbi kozmetikai sebészeti beavatkozása is volt. Ozgür és mtsai (1998) esztétikai ($n = 100$) és rekonstrukciós ($n = 100$) pácienseket hasonlítottak kontrollcsoporthoz ($n = 100$). Eredményeik szerint az önértékelés tekintetében a két műtött csoport szignifikánsan különbözött egymástól, a rekonstrukciós csoport önértékelése alacsonyabb volt, emellett a rekonstrukciós betegek és a kontrollcsoport között is szignifikáns eltérés volt.

A BDD-pozitivitás ($p < 0,001$) és a BDD-tünetek gyakorisága is magasabb a rekonstrukciós csoportban. Az esztétikai csoportban a BDD-prevalenciája 1,9% ($n = 2$), míg a rekonstrukciós csoportban ennél jóval magasabb, 21,9% ($n = 7$). Ezzel ellentétes eredményt kaptak Dey és mtsai (2015), ahol az esztétikai betegeknél 13,1%-os, a rekonstrukciós pácienseknél 1,8% volt a BDD-prevalencia. A rekonstrukciós betegeknél tényleges fizikai elváltozást állít helyre a plasztikai sebész, ezért a BDD fennállása csak a diagnosztikai kritériumok mentén összeállított strukturált interjú után állapítható meg. Feltételezhetően az operált terület elváltozása defektust jelent a rekonstrukciós betegek számára, ami kiválthatja a BDD-tüneteket. Az esztétikai sebészeti páciensekhez viszonyítva a rekonstrukciós sebészeti betegeknél az elkerülő viselkedések gyakoribbak ($p = 0,002$) és a társas kapcsolataikat nagyobb mértékben zavarja a defektus ($p = 0,034$). Jelentős időt töltenek a defektuson való rágódással ($p = 0,004$), mely ronthatja megszokott tevékenységeiket, családjuk/barátaik életét negatívan befolyásolhatja ($p = 0,023$).

A rekonstrukciós és esztétikai sebészeti páciensek összehasonlítása alapján a hipotéziseim igazolódtak az antropometriai értékekre, a testi elégedettségre és a testi attitűdökre

vonatkozóan. Az egészségi állapotra, az evészavar- és BDD-tünetek gyakoriságára, a BDD prevalenciára és az önértékelésre vonatkozó hipotéziseimet a kapott eredmények alapján elvettem.

3.3.5.4. A negyedik hipotézis megbeszélése

A kontroll nők egészségi állapota ($p = 0,015$) és pszichiátriai státusza rosszabb, a BSI Szomatizálás alskála alapján ($p = 0,011$). Az esztétikai sebészeti csoport válaszadói tehát egészségesebbnek érzik magukat és kevesebb szomatizációs tünetük van. A minimálisan invazív beavatkozásokat kérő páciensek ($n = 54$) kontrollcsoportos összehasonlításában Özkur és mtsai (2020) az esztétikai csoportban a BSI kérdőívben magasabb értékeket kaptak a szorongás, a depresszió és az interperszonális érzékenység alskálákon, a kontrollcsoporttal összehasonlítva. Loron és mtsai (2018) a pszichiátriai tünetek (szorongásos zavar, szomatizáció.) magasabb gyakoriságát találta a kozmetikai sebészeti páciensek körében. Jelen eredmények szerint az esztétikai sebészeti páciensek mentális egészség szempontjából jobb állapotban vannak, mint a kontrollcsoport.

Az antropometriai adatok (testsúly, BMI, tervezett fogyás, derékbőség) alapján az esztétikai sebészeti páciensek nem különböznek a kontroll nőktől, az általuk megadott adatok alapján tehát testalakjuk hasonló. Az Emberalakrajzok Tesztje alapján az esztétikai csoport az esztétikai beavatkozásra jelentkező nők már a preoperatív szakaszban is közelebb vannak az általuk vonzónak ítélt testalakhoz, a kontrollcsoportéhoz viszonyítva. Az esztétikai sebészeti csoport elégedettebb a testével (főként derék és edzettségi állapot), testhez való viszonya is pozitívabb, valószínűleg azért, mert többet foglalkoznak a test karbantartásával. Az evészavar tüneteinek gyakoriságában nem különbözik a két vizsgált csoport.

A BDD prevalenciájában nincs szignifikáns különbség, ez mindkét csoportban közel 2%, bizonyos BDD-tünetek gyakorisága (testi hiba miatti aggodalom, lelki szenvedés, társas kapcsolatokban okozott zavar, teljesítménycsökkenés) azonban magasabb az esztétikai sebészeti páciensek csoportjában. A kozmetikai sebészeti páciensek általában testi elégedetlenséggel és külsővel kapcsolatos szorongással érkezik a rendelésre (Clarke és mtsai, 2005; Ricci és mtsai, 2010). Jelen eredmény ellentmond a Cook és mtsai (2006) által leírtak, mely szerint az esztétikai betegek nem mutatják a pszichoszociális diszfunkciók magas szintjét. A funkciójuk szintje inkább az aggodalmaikhoz kapcsolódtak és nem az objektív elváltozás mértékéhez. A testi hiba miatti aggodalmak ellenére az általam vizsgált két csoport önértékelése és szubjektív jólléte tekintetében nem különbözik. Ami érdekes, mert Loron és mtsai (2018)

szerint az esztétikai sebészeti kezeléseket az alacsony önértékelés és a testi elégedetlenség miatt keresik a páciensek.

A negyedik hipotézisem nagy részét a kapott eredmények alapján nem tudom alátámasztani. A testi egészségre és a BDD-tünetek gyakoriságára vonatkozó hipotézisemet eredményeimmel alátámasztottam. A negyedik hipotézis megállapításait nem tudtam igazolni a lelki egészségre, testhez való viszonyra, EAT tünetek gyakoriságára, BDD prevalenciára és az önértékelésre.

3.3.5.5. Az ötödik hipotézis megbeszélése

Korábbi vizsgálatok eredményei szerint a páciensmotivációk legfontosabb kategóriái a testtel kapcsolatos elégedettség növelése (Pruzinsky és Edgerton, 1990), a nőiesség érzésének fokozása (Sarwer és mtsai, 1998; Solvi és mtsai, 2010), az önértékelés javítása (Sarcu és Adamson, 2017; Skwirczyńska, Piotrowiak, Ostrowski, Wróblewski, Tejchman, Kwiatkowski és mtsai, 2022) és a média által sugallt karcsú női test idealizálása (Sarwer és Crerand, 2004) voltak. Az általam megkérdezett páciensek műtéti választásában elsődlegesen a fizikai tényező javítása, helyreállítása, újraalkotása vagy szebbé tétele volt a cél (35,3%). Solvi és mtsai (2010) mellműtetre jelentkező páciensek esetében ezeket a törekvéseket 4 pszichológiai folyamatban foglalták össze, alapul véve a kiinduló mellméretet (kis/normál) és a módosítás típusát (létrehozás/helyreállítás). A műtéti motivációk vizsgálata során a létrehozás(create) (pl.: kis mellek esetén mellnagyobbítás), a tökéletesítés (improve) (pl.: normál méretű mellek nagyobbítása), a javítás (repair) (pl.: szoptatás után a mellek állapotának helyreállítása mellfelvarrás és mellnagyobbítás segítségével) és a helyreállítás (restore) (pl.: diéta, súlyvesztés utáni mellfelvarrás) folyamatait határozták meg. A 18. táblázat mutatja, hogy az általam összegyűjtött fizikai tényezők javítására vonatkozó páciensmotivációk és a választott beavatkozások hogyan illeszkednek a Solvi és mtsai (2010) által megfogalmazott 4 pszichológiai folyamatra.

18. táblázat: A fizikai elváltozásra vonatkozó műtéti motivációk összefoglalása

	Solvi és mtsai (2010)		Jelen vizsgálat eredményei	
Kiindulás	Mellméret		Elváltozás mértéke	
	kicsi	közepes	kicsi	nagy
Módosítás típusa	létrehoz (create) (pl.: mellnagyobbítás)	tökéletesít (improve) (pl.: mellnagyobbítás)	létrehoz (create) (pl.: mellnagyobbítás)	tökéletesít (improve)
	javít (repair) (pl.: szülés utáni mellfelvarrás mellnagyobbítással)	helyreállít (restore) (pl.: diéta utáni emlő helyreállítás)	javít (repair) pl.: szemhéjplasztika ajakplasztika, zsírleszívás, lipoma- eltávolítás	helyreállít (restore) pl.: fogyás utáni hasplasztika, arcplasztika, mellredukció

A műtéti motivációknál a lelki tényezők javítása magasabb válaszgyakorisággal jelent meg, mint a probléma megnevezésénél (18,9% vs. 1,1%). Eredményeim szerint a lelki tényezők javításán belül a páciensek számára a közérzet („jól érzem magam a bőrömben”), az általános jóllét, a testkép, az önbizalom, és az önértékelés növekedése jelentette a motivációt. A megkérdezett amerikai plasztikai sebészek is kiemelték az önértékelés és önbizalom javítását a pácienseik műtéti motivációjában (ASPS, 2022). Az önértékelés kategóriáját Solvi és mtsai (2010) is azonosították, azok a páciensek jelölték, akik önértékelésében a megjelenés hangsúlyos szerepet játszott. A páciensek visszajelezték, hogy önbizalmuk már a műtét választásával is nőtt vagy ugyanezt az eredményt várták el a posztoperatív szakaszban. Maisel és mtsai (2018) a mentális és/vagy érzelmi jóllét kategóriájában foglalták össze a lelki tényezőket, ahol az önértékelés, az önbizalom növelése és a teljes életminőség javulása is szerepelt.

A megkérdezett páciensek 15,8%-át a fizikai egészség megőrzése (implantátumcsere, látászavar, diszkomfort érzés) motiválta a műtét melletti döntésben. A Maisel és mtsai (2018) által vizsgált betegek több mint fele tartotta fontosnak ezt a motivációs szempontot. A fizikai állapot vagy a tünetek romlásának megállítását (53,3%, n = 253) és az egészség jövőbeli megőrzését (38,6%, n = 189) jelölték műtéti motivációként. A szerzők feltételezik, hogy ezeknél a pácienseknél az a meggyőződés alakulhat ki, hogy bizonyos minimálisan invazív esztétikai beavatkozások lassítják az öregedést, ezért egyes eljárások egészségmegőrző hatásúak vagy megakadályozzák a tünetek súlyosbodását (Maisel és mtsai, 2018). Megítélésük szerint az esztétikai beavatkozások az egészségi állapot javítását szolgálhatják, mely az általam vizsgált

nőknél is megfigyelhető, az egészség és fiatalság kategóriákra adott válaszokban. Ez a műtéti motiváció kapcsolatban állhat a jó gén modellel, melynek evolúciós magyarázata ebben az esetben az, hogy az egészségesebb test és a fiatal vonások vonzóak és termékenységet jeleznek előre (Riggio és Riggio, 2012).

Az operáció választását az általam megkérdezett páciensek elvont fogalmakkal is indokolták (vonzóság, a nőiesség, szépség, fiatalság, hiúság, külsővel kapcsolatos elégedettség). Ezeket a kategóriákat Maisel és mtsai (2018) az esztétikus megjelenés (cosmetic appearance) csoportjába sorolták, amit a leggyakoribb motivációként azonosítottak (19. táblázat). A minimálisan invazív beavatkozásra készülő páciensek 83,4%-a (n = 391) frissnek, 88,5%-a (n = 417) fiatalnak akarta magát érezni, csinosabb akart lenni, 32,9%-uk (n = 149) pedig jobban akart mutatni a fotókon (Maisel és mtsai, 2018). Solvi és mtsai (2010) két hajlamosító kategóriát (külsővel kapcsolatos elégedetlenség, ideális alak) azonosítottak ebben a témakörben, ahol a páciensek a mellekkel és egyéb testrészekkel kapcsolatos elégedetlenség miatt döntöttek a műtét mellett (Solvi és mtsai, 2010).

A ruházat kategóriát Solvi és mtsai (2010) a problémás testrész elfedésére szolgáló „felszerelésként” ugyanakkor a nőiesség kifejezésének lehetőségeként is kiemelték. Solvi vizsgálati személyeit a ruhaválasztás azért motiválta, mert az eddig korlátozott öltözködési gyakorlat megváltozását (pl.: dekoltázst mutató ruhadarabok, fürdőruha) remélték az operációtól. A ruhákra a társas megjelenés és a társas értékelés identitásjelzőjeként tekintettek (Solvi és mtsai, 2010). Saját eredményeim szerint a páciensek főként az öltözködésük reformját várták az operációtól (fehérenemű, fürdőruha, a megfelelő kivágású ruhadarabok).

Kevesebb válaszgyakorisággal azonosítottam az interperszonális funkciók javítását (4,2%) és a párkapcsolat sikerét (3,2%), ahol a műtéti motivációt a munkában, iskolában, partnerrel elért sikerek (meztelenség felvállalása, szexuális élet minőségi javulása) jelentették. Maisel és mtsai (2018) hasonló motivációs kategóriát („társas jóllét javítása”) találtak, melyet a megkérdezettek több mint fele (56,6%, n = 269) jelölt meg az operáció okaként. Solvi és mtsai (2010) a műtét választására hajlamosító tényezők között azonosították a szexualitás kategóriát, ahol a vizsgált nők az intim helyzetben való fokozott szorongásról és ellazulási problémákról számoltak be, melyek megszűnését a mellplasztikától várták.

A strukturált interjú elemzése során azonosított motivációs kategóriák nagyrészt megfeleltethetők a Solvi és mtsai (2010), valamint Maisel és mtsai (2018) által találtaknak, kivéve a hiúságra és a tükörrre vonatkozó motivációs válaszokat. A válaszgyakoriságokat és a kategóriákat figyelembe véve, a hiúságnál bonyolultabb műtéti motivációk jelentek meg mindhárom vizsgálatban. A páciensek célja főként az esztétikus külső megjelenés, az érzelmi

és fizikai jóllét, a társas működés sikeressége és a megjelenéssel összefüggő gördülékenység (öltözködés, sminkelés) elérése volt.

19. táblázat: A műtéti motivációk összehasonlítása

Solvi és mtsai (2010) (n = 14, 100% nő)	%	Masiel és mtsai (2018) (n = 511, 86,1% nő)	%	Jelen vizsgálat (n = 190, 100% nő)	%
Ideális alak	92,8%	Esztétikus megjelenés	81,4	Szomatikus tényező	35,3
Önértékelés	85,7%	Önbizalom	69,5%	Lelki tényező	18,9
		Fizikai egészség	53,3	Egészség	15,8
		Egészségmegőrzés	38,6%		
		Esztétikus megjelenés	88,5	Vonzóság, szépség, nőiesség	9,5
Ruhák	78,6%	Speciális ruházat elengedése	25,4%	Ruházat	7,9
Külsővel kapcsolatos elégedetlenség	92,8%			Külsővel kapcsolatos elégedetlenség	7,9
Kommentek?	71,4%			Személy	6,8
				Hiúság	5,8
		Esztétikus megjelenés	83,4	Fiatalság	5,3
		Öntudatosság csökkenése társas helyzetben	56,6%	Interperszonális funkciók javítása	4,2
				Tükör	3,2
Szexualitás	64,3%			Párkapcsolat sikere	3,2
		Álcázó felszerelés elengedése (smink, hajviselet)	39,1	Smink	1,6
				Anyagi okok	1,1

A műtét mellett való döntés okaként (20. táblázat) a páciensek leggyakrabban a tervezhetőséget, az orvos szakértelmét és a műtét költségének összegyűjtését jelölték meg. Solvi és mtsai (2010) leggyakrabban az orvos széleskörű tájékoztatását és biztatását, az előző páciensztől származó tudást, az anyagi fedezet rendelkezésre állását azonosították kiváltó okként. Ennél kevesebb válaszgyakorisággal volt jelen a média hatása és a romantikus partner hatása is. Maisel és mtsai (2018) arra a megállapításra jutottak, hogy a vizsgált páciensek

körében az orvos szakértelme (84,3%) és az intézmény hírneve (67,6%) a leggyakoribb kiváltó tényező a műtét tervezésében. A beavatkozás ötletének forrásaként a megkérdezettek 44%-a hasonló beavatkozáson átesett páciens (44%), idősebb (15,3%) vagy fiatalabb (2,7%) barátot vagy családtagot jelölt meg (Maisel és mtsai, 2018). Eredményeik szerint az új kezelési eljárás megjelenése a páciensek 43,5%-át befolyásolta a beavatkozás melletti döntésben. Ez a kiváltó tényező az én eredményeimben is megjelenik: az eddig hatástalan kezelések után az általam megkérdezett nők 5,8%-a emiatt döntött a műtét mellett.

A partner, mint a műtét kiváltója, Maisel és mtsai (2018), valamint az én eredményeimben sem jelent meg magas válaszgyakorisággal (2,3%, 3,2%), azonban Solvi és mtsai (2010) a páciensek ötödénél tapasztalták, hogy a romantikus partner az operáció elősegítője.

Eredményeim szerint a tervezhetőség, az életvitelbe való beilleszthetőség volt az operáció melletti döntés leggyakoribb oka, azonban ezt a kategóriát sem Solvi és mtsai (2010), sem Maisel és mtsai (2018) nem azonosították. A páciensek kerek évfordulóval összefüggő operációra vonatkozó döntését Maisel és mtsai (2018) a mentális és/vagy érzelmi jóllét motivációs kategóriába sorolták. Pácienseik 61,3%-a azért vállalta a beavatkozást, hogy kényeztesse vagy ünnepelje magát.

Annak ellenére, hogy a páciensek 15,8%-a a nem megfelelő egészségi állapotot nevezte meg problémaként, a kezelés szándéka kisebb gyakorisággal szerepel (5,8%) a kiváltó okok között. Alacsony válaszgyakorisággal azonosítottam a célsúly elérését (5,8%), az egészségügyi probléma kezelését (5,8%), a válaszadó korábbi műtétét (3,15%), és az egyéb esztétikai szakember műtéti javaslatát (2,1%). Nem kizárt, hogy az alacsony válaszgyakoriságokkal azonosított tényezők a kérdések félreértéséből származnak.

A média hatása eltérő hangsúllyal szerepelt a három vizsgálatban. A nyomtatott vagy online médiafelületeket a plasztikai sebészeti páciensek Solvi és mtsai (2010) szerint 35,7%-ban, Maisel és mtsai (2018) eredményei alapján 15,3%-ban, míg a jelen eredmények szerint 0,5%-ban tartották fontosnak a beavatkozás választásában. A magyar válaszadók csoportjában a műtét választásában a média direkt hatása nem érvényesült. Maisel és mtsai (2018) szerint a plasztikai sebészeti beavatkozások ajánlásai sem nyomatékos tényezők a műtéti motivációkban.

20. táblázat: A beavatkozások melletti döntés okainak összefoglalása

Solvi és mtsai (2010) (n = 14, 100% nő)	%	Masiel és mtsai (2018) (n = 511, 86,1% nő)	%	Jelen vizsgálat (n = 190, 100% nő)	%
				Tervezhetőség	31,1
Orvos	64,3	Orvos tanácsa	84,3	Orvos	18,9
		Orvos reputációja	67,6		
Anyagi háttér	42,9			Anyagi háttér	12,1
		Kényeztetés és ünneplés	61,3	Kerek születésnap	7,9
Korábbi páciens páciens	64,3	Korábbi páciens	44	Korábbi páciens	7,4
		Új kezelési eljárás lehetősége	43,5	Hatástalan kezelések	5,8
				Célsúly elérése	5,8
				Egészségügyi probléma	5,3
Romantikus partner	21,4	Barát vagy családtag	15,3	Partner/hozzá tartozó	3,2
		Legalább 10 évvel fiatalabb barát/családtag	2,7		
		Házastárs/partner	2,3		
				Páciens korábbi műtete	3,2
				Esztétikai szakember	2,1
				Fénykép	1,1
				Ruházat	1,1
Média	35,7	Média	15,3	Média	0,5

Az említett két vizsgálattal ellentétben a motiváló személy kérdéskörével külön foglalkoztam az interjúban. A páciensek 28,4%-nál jelent meg külső motiváció, mely során barátnő, családtag, média, orvos, szépművészeti szakember vagy idegenek hívták fel a vizsgált páciensek figyelmét a műtét fontosságára. Bár Maisel és mtsai (2018) hangsúlyozzák, hogy vizsgálatukban a minimálisan invazív beavatkozásra készülőknél a belső motiváció volt a kiindulás. Az eredmények szerint a magyar válaszadók majdnem egyharmada külső motiváció hatására dönt a plasztikai sebészeti beavatkozás mellett.

Összefoglalva, a strukturált interjú adatai alapján a páciensek által megfogalmazott probléma nagyrészt a külső és az egészségi állapot javítására vonatkozott, a társas hatások és a lelki tényezők kevésbé hangsúlyosak. Átlagosan 6 éve tervezik a beavatkozást, a gondolkodási

idő 0-60 év közé esik. A műtéti motivációk nagyrészt a Solvi és mtsai (2010) és Maisel és mtsai (2018) által közölt kategóriákkal egyezést mutattak, a motivációk hangsúlya eltérő volt. Az általam talált műtét melletti döntés okai megfeleltethetők voltak a Solvi és mtsai (2010), valamint a Maisel és mtsai (2018) által közölteknek, a tervezhetőség kategóriáját azonban egyik szerző sem különítette el. Saját eredményeim szerint a média hatása a plasztikai sebészeti beavatkozások választásában elhanyagolható, Solvi és mtsai (2010) azonban a páciensek több mint harmadánál találták a média kiváltó okként való működését. A műtéti elvárások és a változásra vonatkozó tervek egyaránt a lelki paraméterek javítását tűzik ki elsődleges célként. Mindkét kérdésnél azonosítottam irreális elvárásokat és változtatásokat, melyek a külső motivációhoz hasonlóan a páciensek posztoperatív elégedetlenségének a kockázatát emelik meg. Az ötödik hipotézist a kapott eredmények alátámasztják a Solvi és mtsai (2010), valamint Maisel és mtsai (2018) által közölt motivációs tényezők és kiváltó okok tekintetében.

3.4. A plasztikai sebészeti páciensek utánkövetéses vizsgálata

3.4.1. Vizsgálati személyek és módszer

A posztoperatív vizsgálatra a féléves kontrollvizsgálat után, rövid interjúra és a 3.3.2.1. részben leírt kérdőívcsomag [Egészségprofil Kérdőív (SF-36) első tétele, Goldberg-féle Általános Egészségi Kérdőív (GHQ-28), WHO Általános Jólét Skála, Derogatis-féle Rövid Tünetlista (BSI), a Testdiszmorfiás zavar kérdőíve (BDDQ), Testtel Kapcsolatos Elégedettség Skálája (BSQ), Emberalakrajzok Tesztje (HFDT), Testtel Kapcsolatos Befektetések (BIS), Evési Attitűdök Tesztje (EAT-12) és Rosenberg Önértékelés Skála (R-SES)] alkalmazására került sor. A második adatfelvétel 2018 márciusától 2019 decemberéig történt, mely során a pácienseket többször próbáltam bevonni az utótesztelésbe: telefonon és e-mailben is kaptak emlékeztetőt a posztoperatív vizsgálatról, maximum 5 alkalommal, a féléves kontroll időpont után maximum 2 hétig. Mindezek ellenére az operált páciensek ($n = 139$) 53,23%-át ($n = 74$) tudtam utánkövetésben is vizsgálni ($M_{kor} = 43,16 \pm 12,42$ év), ők az interjún és a második kérdőíves vizsgálatban is részt vettek. A válaszadók 75,7%-nak ($n = 56$) esztétikai sebészeti, 24,3%-nak ($n = 18$) rekonstrukciós sebészeti beavatkozása volt. A páciensek nagy része a 15 oldalas kérdőív második kitöltését visszautasította, ezért nem vett részt az utánkövetésben.

A rövid strukturált interjú keretében a páciensek beszámoltak a beavatkozást követő napokban tapasztalt fájdalom mértékéről és a pszichológiai tünetekről, valamint a műtéttel kapcsolatos elégedettségükről. Az operációval és az orvossal kapcsolatos elégedettséget (2 kérdés), valamint a beavatkozás műtéti területre és életminőségre gyakorolt hatását (2 kérdés) 7-fokú Likert-skálán (1 = Egyáltalán nem elégedett, 7 = Teljes mértékben elégedett) és

szövegesen is megválaszolhatták. Az operáció utáni fájdalom intenzitásának felmérésére 11-fokú Likert-skálát használtam (0 = Egyáltalán nincs fájdalom, 10 = A legnagyobb fájdalom), a McGill Fájdalom Kérdőív Rövid Változatának (Short-form McGill Pain Questionnaire 2, röviden SF-MPQ-2, Dworkin, Turk, Revicki, Harding, Coyne, Peirce-Sandner és mtsai, 2009) pontozása alapján („Milyen mértékű fájdalmat érzett a műtét utáni napokban?”). A műtét utáni lelki panaszok (alvász problémák, szorongás, depresszió és levertség, kiábrándultság) jelenlétét és mértékét is 7-fokú Likert-skálával (1 = Egyáltalán nincs, 7 = Legnagyobb intenzitás) vizsgáltam. Nyitott kérdések vonatkoztak a külsővel kapcsolatos aggodalom megjelenésére, a műtét ismétlésére, az operált testrész állapotának romlására és a következő beavatkozás tervezésére (4 kérdés).

A kérdőív második adatfelvételi pontjára papíralapon vagy – idő hiányában – online került sor, a beteg preferenciájának megfelelően.

3.4.2. Hipotézisek és statisztikai módszerek

A kapott adatok statisztikai elemzését ebben az esetben is az SPSS 25.0 program segítségével végeztem el, nemparaméteres tesztek alkalmazásával, mivel a változók többségénél sérült a normalitás (Shapiro-Wilk teszt, $p < 0,05$). Alcsoportokat hoztam létre a rekonstrukciós sebészeti és esztétikai sebészeti páciensek összevetésére, valamint az operált területek szerinti összehasonításra (mell, has, szemhéj, arc, testkontúr). A jó és rossz mentális állapotú páciensek csoportba sorolásánál a következő szempontokat vettem figyelembe. A rossz állapotú betegek csoportjába kerültek azok a páciensek, akikre a felsorolt tételek bármelyike igaz:

- ✓ egészségi állapota tűrhető vagy rossz (SF-36 1. tétele > 3),
- ✓ a Goldberg Általános Egészségi Kérdőív összpontszáma alapján vélhetően fizikai vagy mentális panasz/ tünete (GHQ összpontszáma > 5),
- ✓ pszichológiai vagy pszichiátriai tünettől vagy diagnózissal rendelkezik (interjúból nyert adat),
- ✓ pszichológiai vagy pszichiátriai szolgáltatást vesz igénybe (interjúból nyert adat).

A vizsgálati eszközök belső konzisztenciájának meghatározására a Cronbach-alfa mutatót használtam.

Az összetartozó minták – vagyis a műtét előtti és utáni értékek személyenkénti – összehasonlítását Wilcoxon-próbával végeztem (alkalmazott hatásnagyság: η^2). Két alcsoport összehasonlításánál (jó és rossz mentális állapotú betegek) a Mann-Whitney-próbát (alkalmazott hatásnagyság a rank biszeriális korreláció: r) alkalmaztam. A műtét

elégedettséggel összefüggő változók vizsgálatánál többszörös lineáris regressziót alkalmaztam, enter módszerrel.

A posztoperatív vizsgálat során a célkitűzéseim a fizikai és lelki állapot utánkövetéses vizsgálatára, a pszichológiai következmények, az aggodalmak és az elégedettség felmérésére vonatkoztak a plasztikai sebészeti csoportban és a csoportbontások (ellátási forma, műtéti terület) során képzett alcsoportokban. A posztoperatív vizsgálat fő fókusza a műtéti elégedettség vizsgálata és a jobb/rosszabb pszichológiai állapotú páciensek utánkövetése. Mindezek alapján a következő hipotéziseket fogalmaztam meg:

H1: A műtét pozitív összefüggést mutat a plasztikai sebészeti páciensek mentális és fizikális egészségi állapotával, önértékelésével, szubjektív jóllétével, testképével és testi elégedettségével.

- a. A rekonstrukciós csoportban nagyobb mértékű javulásokat tapasztalunk a felsorolt változók tekintetében az esztétikai sebészeti csoporttal összehasonlítva.
- b. Bizonyos műtéti területek esetében (pl.: hasplasztika, szemhéjplasztika) nagyobb mértékű a javulás a felsorolt változók tekintetében.
- c. Az általános testtel kapcsolatos elégedettség minden műtéti csoportban növekedni fog.

H2: A rosszabb mentális állapotú plasztikai sebészeti betegek műtét utáni állapota romlik, melyet a pszichológiai állapottal kapcsolatos változók (lelki egészség, szorongás, depresszió, pszichiátriai tünetek, evészavartünetek, BDD-tünetek, műtéti területtel kapcsolatos aggodalmak) negatív változása mutat.

H3: A beavatkozásra vonatkozó elégedetlenség együtt jár a következő változókkal: fiatalabb életkor, magasabb szorongásos és depressziós pontszámok, BDD-pozitivitás, korábbi beavatkozás, mellyel elégedetlen volt a páciens, magasabb fájdalompontszámok, több szövődmény.

3.4.3. Eredmények

3.4.3.1. Leíró statisztika

Az utánkövetett csoport iskolai végzettségét tekintve 33,8%-uk ($n = 25$) maximum középfokú, 66,2%-uk ($n = 49$) felsőfokú vagy posztgraduális végzettséggel rendelkezik. BMI-jük átlaga 23,95 ($SD = 3,49$, terjedelem: 18,67-33,34). A kívánatosnak tartott testsúly és a jelenlegi testsúly különbsége átlagosan $-5,23$ kg ($SD = 5,11$ kg, terjedelem: $-25 - 2$ kg). A BDD prevalenciája 8,1% ($n = 6$). Az elvégzett beavatkozásokat a 21. táblázat részletezi, feltüntetve az ellátás típusát. Az utánkövetésbe bevonható csoportokat zöld színnel kiemeltem: mellműtétek (esztétika és rekonstrukciós sebészeti csoportok), hasplasztika (összevont csoport),

szemhéjplasztika (esztétikai sebészeti csoport) és arcplasztika (esztétikai sebészeti csoport). A testkontúr-beavatkozások utánkövetéses felmérésére az alacsony elemszám (n = 4) miatt nem került sor.

Az utánkövetett operált páciensek 24,3%-a (n = 18) rossz mentális állapotú csoportba soroltam, míg a többi páciens a jó állapotú csoportba került (75,7%, n = 56).

21. táblázat: Az ellátás típusa és a műtéti területek keresztábrája az utánkövetésben

Műtéti terület	Estztétikai (n)	Rekonstrukciós (n)	Összesen (n)
Mell	33	12	45
Has	3	5	8
Szemhéj	10	0	10
Arc	7	0	7
Testkontúr	3	1	4
Összesen	56	18	74

3.4.4.2. Összetartozó csoportok összehasonlítása

A plasztikai sebészeti páciensek féléves utánkövetésének eredményeit a 22. és a 23. táblázat foglalja össze, külön részletezve az ellátás típusa alapján megkülönböztetett csoportokat is. A műtét után az egészségi állapot megítélése, a testtel kapcsolatos elégedettség a pszichiátriai tünetek súlyossága, az önértékelés, a szubjektív jóllét és a testtel kapcsolatos befektetések sem változtak az operált nők körében.

A GHQ Szorongás és alvászavar alskála alapján a szorongásos és alvászavarral kapcsolatos pontszámok csökkennek a műtét után a plasztikai sebészeti csoportban (1,02 vs. 0,40; p = 0,008) és ezen belül az esztétika sebészeti alcsoportban is (1,14 vs. 0,44; p = 0,011). Ehhez hasonlóan a GHQ Szociális diszfunkciók alskálájának pontszámai is csökkennek a plasztikai sebészeti csoportban (0,86 vs. 0,40; p = 0,024) és az esztétikai sebészeti alcsoportban (0,89 vs. 0,42; p = 0,018), a GHQ összpontszám is csökken a plasztikai sebészeti csoportban (2,49 vs. 1,18; p = 0,004) és az esztétikai sebészeti alcsoportban (2,56 vs. 1,29; p = 0,011). A rekonstrukciós sebészeti alcsoportban nem volt szignifikáns különbség a GHQ egyik alskáláján és összpontszámában sem a preoperatív és posztoperatív mérések összehasonlításakor. A GHQ Depresszió alskála műtét előtti és utáni pontszámai egyik vizsgált csoportban sem tértek el szignifikánsan.

A Derogatis Rövid Tünetlista (BSI) Szorongás alskálájának a pontszámai is szignifikánsan alacsonyabbak voltak a műtét után a plasztikai sebészeti csoportban (8,08 vs.

7,34; $p = 0,024$) és az esztétikai sebészeti alcsoportban (8,32 vs. 7,35; $p = 0,014$), a rekonstrukciós céllal operált nők körében azonban nem változott. A BSI Ellenségesség alskálája csak az esztétikai sebészeti páciensek körében csökkent szignifikánsan a műtét után (6,61 vs. 6,16; $p = 0,024$). A BSI Depresszió alskálájának értéke egyik vizsgált csoportban sem nem mutatott szignifikáns különbséget a műtét után a preoperatív eredményekhez viszonyítva.

22. táblázat: Egészséggel kapcsolatos változók - a plasztikai sebészeti páciensek preoperatív és posztoperatív vizsgálatának összehasonlítása

Változók	Csoportok	Műtét előtt	Műtét után	p	η^2
Egészségi állapot (SF-36)	Esztétika	2,45 (0,71)	2,30 (0,83)	0,183	
	Rekonstrukció	2,33 (0,76)	2,17 (0,85)	0,257	
	Összes	2,42 (0,72)	2,26 (0,83)	0,094	
Szubjektív jóllét	Esztétika	14,35 (2,74)	14,75 (2,76)	0,561	
	Rekonstrukció	13,77 (2,80)	14,67 (2,08)	0,230	
	Összes	14,20 (2,74)	14,73 (2,60)	0,266	
GSI	Esztétika	1,34 (0,44)	1,27 (0,36)	0,405	
	Rekonstrukció	1,16 (0,11)	1,16 (0,16)	0,489	
	Összes	1,29 (0,40)	1,25 (0,33)	0,324	
GHQ Szorongás- és alvászavar	Esztétika	1,14 (1,87)	0,44 (1,14)	0,011	0,11
	Rekonstrukció	0,67 (1,57)	0,27 (0,95)	0,343	
	Összes	1,02 (1,80)	0,40 (1,09)	0,008	0,09
GHQ Szociális diszfunkciók	Esztétika	0,89 (1,71)	0,42 (1,05)	0,018	0,10
	Rekonstrukció	0,78 (1,86)	0,35 (0,70)	0,572	
	Összes	0,86 (1,74)	0,40 (0,97)	0,024	0,07
GHQ Depresszió	Esztétika	0,10 (0,45)	0,30 (0,19)	0,257	
	Rekonstrukció	0,34 (1,18)	0 (0)	0,180	
	Összes	0,16 (0,70)	0,02 (0,16)	0,084	
GHQ Összpontszám	Esztétika	2,56 (3,92)	1,29 (2,64)	0,011	0,14
	Rekonstrukció	2,27 (5,06)	0,88 (1,65)	0,325	
	Összes	2,49 (4,20)	1,18 (2,41)	0,004	0,14
BSI Szorongás	Esztétika	8,32 (2,78)	7,35 (2,25)	0,014	0,11
	Rekonstrukció	7,34 (1,41)	7,27 (1,67)	0,897	
	Összes	8,08 (2,54)	7,34 (2,11)	0,024	0,07
BSI Depresszió	Esztétika	8,10 (3,44)	7,70 (2,79)	0,334	
	Rekonstrukció	6,67 (0,84)	6,84 (1,09)	0,564	
	Összes	7,75 (3,08)	7,47 (2,50)	0,488	
BSI Ellenségesség	Esztétika	6,61 (1,86)	6,16 (1,58)	0,024	0,09
	Rekonstrukció	6,00 (0,97)	6,34 (1,53)	0,434	
	Összes	6,46 (1,70)	6,20 (1,56)	0,113	

Megjegyzés: Esztétikai sebészeti csoport n = 74, rekonstrukciós sebészeti csoport n = 18, plasztikai sebészeti csoport n = 74, SF = Short Form, GHQ = General Health Questionnaire, BSI = Brief Symptom Inventory, GSI = Global Severity Index, BIS = Body Investment Scale, EAT = Eating Attitudes Test

Az EAT Diétázás skálájának pontszáma ($p = 0,022$) és az EAT összpontszáma ($p = 0,027$) a műtét után a rekonstrukciós alcsoportban tértek el szignifikánsan a műtét előtti értékekhez viszonyítva. Ebben a csoportban csökkent az evészavar tüneteinek (EAT

összpontszáma: 4,88 vs. 3,47; EAT Diétázás: 4,14, vs. 3,23) gyakorisága, a plasztikai sebészeti csoportban és az esztétikai sebészeti alcsoportban azonban nem változtak. A BIS Testtel kapcsolatos érzelmek és attitűdök alszáma (p = 0,031) kizárólag a plasztikai sebészeti csoportban mutatott szignifikáns eltérést a féléves utánkövetésben, így összességében az operált nők testtel kapcsolatos érzelmei és attitűdjei javultak (27,78 vs. 29,10).

A testkép kapcsán a reális és ideális testalakok közötti távolságban, valamint a reális és vonzó testalakok különbségében találtam szignifikáns eltérést az utánkövetés során. A reális és ideális testalakok távolsága a műtét után a plasztikai sebészeti csoportban (1,36 vs. 1,14; p = 0,024) és a rekonstrukciós sebészeti alcsoportban (2,05 vs. 1,50; p = 0,046) is szignifikáns mértékben csökkent. A reális és vonzó alakok különbsége (1,32 vs. 0,92; p = 0,022) csak a plasztikai sebészeti csoportban tért el szignifikánsan a műtét előtti és utáni értékek összehasonlításakor. Az esztétikai sebészeti és rekonstrukciós sebészeti alcsoportokban nem volt szignifikáns a különbség. A szignifikáns különbségek esetében a hatásnagyság minden esetben közepes vagy nagy volt ($\eta^2 > 0,06$).

23. táblázat: Testképpel és önértékeléssel kapcsolatos változók - A plasztikai sebészeti páciensek preoperatív és posztoperatív vizsgálatának összehasonlítása

Változók	Csoportok	Műtét előtt	Műtét után	p	η^2
Önértékelés	Esztétika	32,67 (5,20)	33,74 (4,62)	0,177	
	Rekonstrukció	34,50 (5,00)	34,76 (3,78)	0,835	
	Összes	33,12 (5,18)	34,00 (4,42)	0,312	
Testtel kapcsolatos elégedettség	Esztétika	3,42 (0,97)	3,39 (0,89)	0,954	
	Rekonstrukció	2,53 (1,00)	2,94 (0,93)	0,084	
	Összes	3,21 (1,04)	3,28 (0,92)	0,441	
BIS Összpontszám	Esztétika	98,70 (8,61)	100,02 (7,96)	0,062	
	Rekonstrukció	94,00 (8,64)	95,68 (6,87)	0,298	
	Összes	97,42 (8,81)	98,9 (7,87)	0,055	
BIS Testtel kapcsolatos érzelmek és attitűdök	Esztétika	28,63 (3,98)	29,58 (3,90)	0,104	
	Rekonstrukció	25,34 (4,76)	27,56 (3,81)	0,132	
	Összes	27,78 (4,4)	29,1 (3,94)	0,031	0,07
Jelenlegi és ideális alak különbsége	Esztétika	1,14 (0,98)	1,01 (0,91)	0,197	
	Rekonstrukció	2,05 (0,96)	1,50 (1,09)	0,046	0,23
	Összes	1,36 (1,05)	1,14 (0,97)	0,024	0,07
Jelenlegi és vonzó alak különbsége	Esztétika	1,02 (1,50)	0,71 (1,38)	0,108	
	Rekonstrukció	2,26 (1,56)	1,56 (1,82)	0,085	
	Összes	1,32 (1,6)	0,92 (1,53)	0,022	0,08
EAT Diétázás	Esztétika	2,98 (3,57)	3,01 (3,50)	0,724	
	Rekonstrukció	4,17 (2,76)	3,23 (2,57)	0,022	0,30
	Összes	3,27 (3,41)	3,06 (3,28)	0,426	
EAT Összpontszám	Esztétika	3,74 (4,39)	3,89 (4,74)	0,197	
	Rekonstrukció	4,88 (3,98)	3,47 (3,37)	0,027	0,30
	Összes	4,02 (4,29)	3,77 (4,40)	0,911	

Megjegyzés: Esztétikai sebészeti csoport n = 74, rekonstrukciós sebészeti csoport n = 18, plasztikai sebészeti csoport n = 74, SF = Short Form, GHQ = General Health Questionnaire, BSI = Brief Symptom Inventory, GSI = Global Severity Index, BIS = Body Investment Scale, EAT = Eating Attitudes Test

3.4.4.2.1. Mellplasztika-páciensek utánkötéses vizsgálata

A plasztikai sebészeti páciensekhez hasonlóan, a mellműtött nők csoportját is két alcsoportra bontottam az ellátás típusának megfelelően (esztétikai és rekonstrukciós). Az utánkötéses vizsgálat eredményei szerint az egészségi állapot, a pszichiátriai tünetek súlyossága (GSI), az önértékelés és a szubjektív jóllét tekintetében sem volt szignifikáns különbség a műtét után a preoperatív mérésekkel összehasonlítva (8. és 9. sz. mellékeltek).

Az általános egészségi állapot vizsgálata során megállapítható, hogy a GHQ összpontszáma szignifikánsan csökkent a mellplasztika csoportban (2,81 vs. 1,25; $p = 0,039$) és ennek esztétikai sebészeti alcsoportjában (2,5 vs. 1,09; $p = 0,043$) a műtét után, összességében tehát kevesebb fizikai és mentális tünetről számoltak be a beavatkozás után. Ebben a két csoportban a GHQ Szorongás és alvászavar alskála (mellplasztika: 1,06 vs. 0,35; $p = 0,018$; esztétikai mellplasztika: 1,18 vs. 0,34; $p = 0,018$) és a BSI Szorongás alskála értékei (mellplasztika: 8,08 vs. 7,20; $p = 0,024$; esztétikai mellplasztika: 7,58 vs. 7,41; $p = 0,016$) is szignifikáns csökkenést mutatnak, a rekonstrukciós okból műtött mellplasztika betegek körében azonban nem változtak az operáció után fél évvel. A GHQ Depresszió és BSI Depresszió alskálákon nincs szignifikáns eltérés a mellműtött csoportokban a beavatkozások után. Az esztétikai okból műtött nők a GHQ Szociális diszfunkciók alskáláján ($p = 0,050$) szignifikáns csökkenést (0,67 vs. 0,36) mutatnak a műtét után, a mellműtött nők és a rekonstrukciós okból operált nők alcsoportjában azonban az alskála műtét előtti és utáni pontszámaiban nincs szignifikáns eltérés.

A mellműtött nők testtel kapcsolatos elégedettsége szignifikáns mértékben ($p = 0,044$) nőtt a műtét után (3,3 vs. 3,52), az esztétikai és a rekonstrukciós alcsoportokban azonban ez a különbség nem volt szignifikáns. A reális és ideális testalakok különbsége szignifikáns mértékben csökkent, tehát kisebb lett a távolság a műtét után a mellműtött nők (1,35 vs. 1,06; $p = 0,012$) és az esztétikai okból operált mellplasztika betegek (1,06 vs. 0,78; $p = 0,016$) körében, a rekonstrukciós alcsoportban azonban ez nem változott. A reális és vonzó testalakok különbsége nem változott a műtét után egyik mellplasztika csoportban sem a műtét előtti pontszámokhoz viszonyítva.

A Testtel Kapcsolatos Befektetések Skálájának (BIS) összpontszáma az esztétikai alcsoportban nőtt szignifikáns mértékben (99,79 vs. 101,5; $p = 0,021$), míg a beavatkozás után a BIS Testápolás alskála ($p = 0,020$) értéke a mellplasztika csoportban (22,06 vs. 22,72) és az esztétikai alcsoportban (22,43 vs. 23,21) is szignifikáns mértékben nőtt. Az EAT összpontszáma csak a rekonstrukciós alcsoportban csökkent szignifikánsan (4,67 vs. 3,16; $p = 0,049$) a preoperatív mérésekhez viszonyítva, a mellplasztika-páciensek és az esztétikai okból műtött nők körében nem változott a műtét után.

3.4.4.2.2. Szemhéjplasztika- és hasplasztika-páciensek utánkövetéses vizsgálata

Az arcplasztikai beavatkozásoknál a két mérési időpont között nem volt szignifikáns különbség egyik változó tekintetében sem.

A szemhéjplasztika-páciensek a műtét után kevesebb testi és mentális tünetről számoltak be, melyet a GHQ összpontszám (1,89 vs. 0,67; $p = 0,024$) és a BSI Szorongás alskála (7,7 vs. 6,7; $p = 0,040$) szignifikáns csökkenése igazol. A BSI Szomatizálás alskála a műtét után szignifikáns mértékben emelkedett a szemhéjplasztika (8,19 vs. 9,45; $p = 0,039$) és a hasplasztika-páciensek (7,25 vs. 8,75; $p = 0,042$) esetében is.

A hasplasztika-páciensek ezen kívül csak a BIS Testvédelem változó tekintetében mutattak szignifikáns eltérést a műtét előtti pontszámokhoz viszonyítva. A testvédelmük csökkent a műtét után (27,83 vs. 25,75; $p = 0,027$). Az alfejezet eredményeit a 10. melléklet foglalja össze.

3.4.4.3. A jó és rossz mentális egészségű páciensek összehasonlítása

A preoperatív változók vizsgálatakor a jó és rossz mentális állapotú csoport között kizárólag a BSI Globális Súlyossági Indexében (GSI) ($p = 0,007$) és a szubjektív jóllét ($p = 0,040$) megítélésében találtam különbséget. Mindkét változó esetében a rosszabb mentális állapotú csoport átlaga volt kedvezőtlenebb (24. táblázat).

A posztoperatív szakaszban jóval több különbséget találtam a két csoport között. A műtét utáni napokban a rosszabb mentális állapotú páciensek gyakrabban számoltak be szorongásos panaszokról (1,47 vs. 0,3; $p = 0,008$). Ezen kívül a fél éves utánkövetésben a BSI Ellenségesség (7,23 vs. 5,87; $p = 0,003$) és Fóbiás szorongás (6,56 vs. 5,19; $p = 0,002$) alskálákon magasabb átlaguk volt a jobb mentális egészségű plasztikai sebészeti páciensekhez viszonyítva. A BSI Globális Súlyossági Index a posztoperatív felmérésben is szignifikánsan magasabb volt a rossz mentális állapotú csoport esetében (1,5 vs. 1,17; $p = 0,007$). A hatásnagyságok minden vizsgált változó esetében közepesek voltak.

Kis hatásnagyság mellett, de szignifikáns különbség volt a jobb és rosszabb mentális állapotú csoportok között a műtét előtt a szubjektív jóllét megítélésében (pozitív életminőség, $p = 0,040$), a műtét után pedig a GHQ Szomatikus tünetek ($p = 0,044$), a BSI Szomatizálás ($p = 0,042$), a BSI Kényszeres rögeszmés alskála ($p = 0,037$), a BSI Paranoiditás ($p = 0,046$) és a BSI Pszichoticizmus ($p = 0,017$) pontszámaiban is. Minden esetben a rosszabb mentális állapotú csoportnak voltak súlyosabb tünetei.

24. táblázat: A rosszabb és jobb mentális állapotú betegek preoperatív és posztoperatív eredményeinek összehasonlítása

Változók	Roszbabb mentális állapot M (SD)	Jobb mentális állapot M (SD)	Mann–Whitney U	p	r
Preoperatív szakasz					
GSI	1,54 (0,60) n = 16	1,21 (0,24) n = 49	285	0,007	0,31
Szubjektív jóllét	13,05 (2,87) n = 18	14,59 (2,61) n = 54	329,5	0,040	0,24
Posztoperatív szakasz					
GHQ Szorongás és alvászavar	1,47 (2,62) n = 17	0,30 (1,29) n = 54	350,5	0,008	0,31
GHQ Szomatikus tünetek	0,67 (1,02) n = 18	0,30 (1,00) n = 52	369,5	0,044	0,24
BSI Szomatizálás	10,23 (4,08) n = 18	8,09 (1,59) n = 55	345,5	0,042	0,23
BSI Kényszeres rögeszme	9,52 (3,53) n = 17	7,47 (2,15) n = 55	319	0,037	0,24
BSI Ellenségesség	7,23 (2,10) n = 18	5,87 (1,18) n = 55	276	0,003	0,34
BSI Fóbiás szorongás	6,56 (3,16) n = 18	5,19 (0,64) n = 56	335	0,002	0,35
BSI Paranoiditás	7,78 (3,17) n = 18	6,14 (2,10) n = 56	355,5	0,046	0,23
BSI pszichoticizmus	7,52 (3,06) n = 17	5,66 (1,04) n = 56	313	0,017	0,27
GSI	1,50 (0,47) n = 16	1,17 (0,22) n = 52	229,5	0,007	0,32

Megjegyzés: GHQ = General Health Questionnaire, BSI = Brief Symptom Inventory, GSI = Global Severity Index. A rossz állapotú betegek egészségi állapota túrhető vagy rossz (SF-36 1. tétele > 3), pszichológiai vagy pszichiátriai szolgáltatást vesznek igénybe, pszichológiai vagy pszichiátriai tünettel vagy diagnózissal rendelkeznek, a Goldberg Általános Egészségi Kérdőív összpontszáma alapján vélhetően fizikai vagy mentális panaszuk vagy tünetük van (GHQ összpontszáma > 5).

3.4.4.4. A testi elégedettség és a testrészekkel kapcsolatos elégedettség összehasonlítása

A 11. számú melléklet részletezi műtéttípusonként a testtel, az edzettségi állapottal és a BSQ további 8 tételében lévő testrészekkel kapcsolatos elégedettséget. Kizárólag a mellplasztika-pácienseknél tapasztalható kismértékű változás az általános testtel kapcsolatos elégedettségben, ahol az operációt követően szignifikánsan javult a testi elégedettség (3,30 vs. 3,52; $p = 0,044$). A hasplasztika, szemhéjplasztika, arcplasztika és testkontúr-beavatkozásokon

átesett páciensek az általános testtel és testrészekkel kapcsolatos elégedettsége nem változott a műtét után szignifikáns mértékben.

3.4.4.5. Az elégedettség vizsgálata

A páciensek orvossal és kórházi személyzettel kapcsolatos elégedettsége magas (95,8%, $n = 68$ elégedett). Ugyanakkor 22,5%-uk ($n = 16$) tart attól, hogy a plasztikai sebészeti operáció eredménye romlani fog, 5,6%-uk ($n = 4$) meg akarta ismételni a műtétet. A testrészre gyakorolt hatás kérdésénél 84,7%-uk ($n = 55$) magas, pozitív (6/7) változással értékelte a beavatkozást, ugyanakkor az életminőségre gyakorolt hatás pontozása változatosabb volt. Pozitív pontozást a páciensek 64,4%-ot adott (nagy hatást gyakorolt a műtét az életminőségére), míg a páciensek 14,1%-a alacsony pontozással (1/2) jelezte, hogy az operáció nem, vagy alig változtatta az életminőségét. Új, testtel kapcsolatos aggodalom a páciensek 16,9%-ban alakult ki a műtétet követően.

Hipotézisem szerint a beavatkozásra vonatkozó elégedetlenség együtt jár a következő változókkal: fiatalabb életkor, magasabb szorongásos és depressziós pontszámok, BDD-pozitivitás, korábbi beavatkozás, mellyel elégedetlen volt a páciens, magasabb fájdalompontszámok, több panaszuk és tünetük volt az operációt követő napokban. Az elégedettséggel összefüggő változók tesztelése során a korábbi műtétekkel kapcsolatos elégedettség és szövődmény változókat nem tudtam beilleszteni a lineáris regressziós modellben, mivel a műtött nők 60,8%-nak ($n = 45$) ez volt az első operációja.

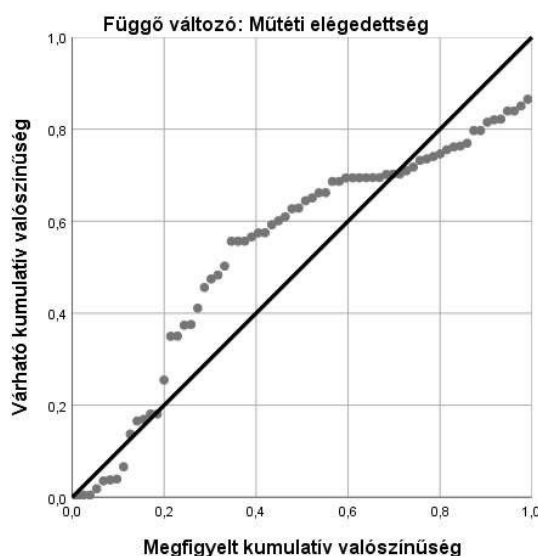
A tesztelt változók kapcsán az elégedettség szignifikáns prediktora a kor ($p = 0,033$), azonban az R^2 (0,081-0,094) alacsony értéke alapján jelen regressziós modell nem képes előrejelezni az elégedettséget. Ez alapján a magasabb elégedettség a fiatalabb válaszadók körében jellemző (25. táblázat).

Figyelemre méltó, hogy az elégedettség pontozásánál az alacsony értékek nem jelentek meg a mintában. A páciensek 4,3%-a ($n = 3$) 4-re, 7,1%-uk ($n = 5$) 5-re, 17,1%-uk ($n = 12$) 6-ra, 71,4%-uk ($n = 50$) 7-re értékelte a műtéttel kapcsolatos elégedettségét. Az alacsony értékek hiánya torzító tényezőként léphet fel a modell tesztelése során, melyet a standardizált reziduálisok nem normális eloszlása is alátámaszt a 9. ábrán.

25. táblázat: A műtéti elégedettséggel összefüggő változók vizsgálata (lineáris regresszió analízis alapján)

Változók	β (Stand.)	t	p	R ²
Kor	0,293	2,180	0,033	0,081
Fájdalom	0,218	1,624	0,110	
GHQ Szorongás és alvászavar	0,083	0,607	0,546	0,094
GHQ Depresszió	0,006	0,041	0,968	
BDD-pozitivitás	0,076	0,627	0,533	

Megjegyzés: n = 68, GHQ = General Health Questionnaire, BDD = Body Dysmorphic Disorder.



9. ábra: Q-Q ábra - standardizált reziduálisok eloszlása

3.4.4. Következtetések

Kam és mtsai (2022) szerint a kozmetikai sebészeti beavatkozások javítják a testképet és a testi elégedettséget, azonban az operációk önértékelésre, szorongásra, depresszióra gyakorolt hatása továbbra is kérdéses. Utóbb felsorolt tényezőket befolyásolhatja a kor, a nem, a preoperatív mentális állapot, az iskolázottság, a beavatkozás típusa és a gyógyulási idő is (Kam és mtsai, 2022). Eredményeim szerint a műtétek a mentális állapotra (szorongás és alvászavar, szociális diszfunkciók, ellenségesség, szomatizálás), a test megítélésére (testi attitűdök, általános testi elégedettség, testkép), valamint az evési attitűdökre hatottak pozitívan. Az egészségi állapot, az önértékelés, a szubjektív jóllét, a depressziós tünetek gyakorisága, valamint a testrészekkel és az edzettségi állapottal való elégedettség a féléves utánkövetés alapján nem változtak egyik vizsgált csoportban sem.

3.4.4.1. A műtétek általános egészségi állapotra gyakorolt hatása

A műtét után az általános egészségi állapot megítélése pozitívabb a GHQ összpontszám alapján, melynek háttérében főleg a mentális egészségre vonatkozó mutatók javulása állhat. A GHQ összpontszáma a plasztika csoportban, az esztétikai alcsoportban, a mellműtöttek csoportjában, ennek esztétikai alcsoportjában és a szemhéjplasztika csoportban is szignifikánsan csökkent, tehát ezek a nők jobb egészségi állapotban voltak a műtét után fél évvel. Hasonlóan, féléves utánkövetésben a plasztikai sebészeti páciensek egészségi állapotának pozitív változását több szerző is leírja (Alves, Abla, Santos és Ferreira, 2005; de Brito, Nahas, Barbosa, Dini, Kimura, Farah és mtsai, 2010; Singh és Losken, 2012; Skwirczyńska és mtsai, 2022). A kapott eredményeket Papadopulos és mtsai (2007) is megerősítik, akik szintén 3 és 6 hónapos utánkövetésben vizsgáltak esztétikai sebészeti pácienseket, önbevalláson alapuló kérdőívvel. A szerzők szerint az esztétikai sebészet különösen a testi elégedettséget és az egészséget javítja. Fél évvel a műtét után az egészségi állapot megítélése továbbra is szignifikáns javulást mutatott, a külső megítélése viszont a 3 hónapos utánkövetéshez képest csökkent, azonban még mindig magasabb volt a kontrollcsoporténál. Singh és Losken (2012) mellkisebbítő műtéten átesett betegek metaanalízise alapján arra az eredményre jutott, hogy a páciensek körében a posztoperatív időszakban csökkentek a szomatikus tünetek (vázizomrendszeri fájdalom, fejfájás, alvás- és légzési nehézségek) és javultak a pszichológiai tünetek (önértékelés, szexuális funkciók, életminőség, szorongás és depressziós pontszámok). Az eddig leírtakkal ellentétes eredményt kaptak von Soest és mtsai (2020), akik mellnagyobbításon átesett nők körében a mentális problémák magasabb gyakoriságát (több aktuális mentális egészségügyi probléma, rosszabb közérzet) találták a műtét után (von Soest, Torgersen és Kvaem, 2022).

A szorongásos és alvászavarra vonatkozó pontszámok csökkenése volt a leggyakoribb eredmény a posztoperatív vizsgálatban, mely szignifikáns volt az esztétikai sebészeti csoportban, a mellműtöttek csoportjában, az esztétikai mellműtöttek csoportjába és a szemhéjplasztika csoportban is, a rekonstrukciós alcsoportokban azonban ezek a tünetek nem csökkentek szignifikánsan a műtét után. Ehhez hasonlóan Papadopulos és mtsai (2023) is a szorongásos tünetek csökkenését tapasztalták a szemhéjplasztika-páciensek ($n = 50$) körében végzett féléves utánkövetés vizsgálatukban. Moss és Harris (2009) a szorongásos pontszámokra vonatkozóan hasonló eredményekre jutott az esztétikai sebészeti páciensek (18 mellplasztika, 18 orrplasztika, 15 felső végtag) 3 hónapos és egy éves utánkövetésekor. Az első posztoperatív mérés során a páciensek szorongásos ($p = 0,015$) és depressziós pontszáma is

csökkent ($p = 0,04$), ami az egyéves utánkövetésben is fennmaradt. Meningaud és mtsai (2003) szerint a páciensekben a szorongás az alacsony önbizalom miatt jön létre, ezért csökkennek a műtét után a szorongásos tünetek gyakorisága (Meningaud, Benadiba, Servant, Herve, Bertrand, Pelicier és mtsai, 2003). Jelen vizsgálati mintán a plasztikai sebészeti páciensek önértékelése azonban a preoperatív méréskor nem különbözött szignifikánsan a kontrollcsoportétól.

A depressziós pontszámok csökkenéséről a plasztikai sebészeti páciensek esetében a műtét utáni időszakban több szerző is beszámol (Goin, Burgoyne, Goin és Staples, 1980; Meningaud és mtsai, 2003; Singh és Losken, 2012; Papadopulos és mtsai, 2019; Nielsen, Elander, Staalesen, Al Nouh és Fagevik Olsen, 2022). A kapott eredmények szerint a depressziós pontszámok azonban egyik általam vizsgált plasztikai sebészeti csoportban sem csökkentek szignifikánsan.

A pszichiátriai tünetek tekintetében a szomatizálásra vonatkozó tünetek nőttek a szemhéjplasztika ($p = 0,039$) és a hasplasztika ($p = 0,024$) páciensek körében is. Eredményeim szerint a rosszabb mentális állapotú páciensek a műtét után nagyobb mértékben szoronganak ($p = 0,008$), több szomatikus tünetük van ($p = 0,044$), a BSI alapján az ellenségességgel ($p = 0,003$), a fóbiás szorongással ($p = 0,002$), a szomatizálással ($p = 0,042$), kényszeres rögeszméssel ($p = 0,037$), paranoiditással ($p = 0,046$) és pszichoticizmussal ($p = 0,017$) összefüggő tüneteik gyakoribbak, és alacsonyabb a szubjektív jóllétük ($p = 0,040$) a jobb mentális állapotú betegekkel összehasonlítva. Esetükben a pszichiátriai tünetek súlyossága (GSI, $p = 0,007$) a műtét előtt és a műtét után is magasabb a jobb állapotú csoporttal összehasonlítva. Jones és mtsai (2022) szerint akkor fordul elő a műtét után rosszabb mentális állapot (leggyakrabban szorongásos- és hangulatzavar), ha a tünetek gyakorisága már a preoperatív értékeléskor is magasabb volt (Jones, Faulkner és Losken, 2022). Igazolást nyert az a megállapítás, hogy a pszichésen rosszabb állapotú betegek a beavatkozást követően még rosszabb mentális állapotba kerülnek (Borah és mtsai, 1999; Breuning és mtsai, 2009; Lyne és mtsai, 2010).

A társas helyzetekben lévő pozitív változásokat a GHQ Szociális diszfunkció alskála és a BSI Ellenségesség skála szignifikáns csökkenése mutatta. A szociális diszfunkcióval kapcsolatos tünetek gyakorisága csökkent a plasztikai sebészeti csoportban ($p = 0,024$) és az esztétikai sebészeti alcsoportban ($p = 0,018$), a rekonstrukciós alcsoportban azonban nem változott. Az esztétikai sebészeti csoportban a BSI Ellenségesség alskála ($p = 0,024$) is szignifikáns csökkenést mutatott. Honigman és mtsai (2004) 37 tanulmány metaanalízise alapján arra a megállapításra jutottak, hogy a kozmetikai sebészeti műtétek a legtöbb beteg pszichológiai és a pszichoszociális javulását eredményezték. A műtét után javult a mellműtött

nők (n = 769) társas közegben lévő magabiztossága és valószínűleg ennek következménye lehet a csökkenő ellenségesség is.

3.4.4.2. A test megítélése

A plasztikai sebészeti csoportban javult a testkép, mivel a reális és ideális testalakok ($p = 0,024$), valamint a reális és vonzó testalakok közötti különbség ($p = 0,022$) is szignifikánsan csökkent a műtét után. A rekonstrukciós alcsoport tagjai is közelebb kerültek az ideális testalakhoz, esetükben is szignifikánsan kevesebb volt a különbség a műtét után a reális és ideális testalakok között ($p = 0,046$). A plasztikai sebészeti csoport testtel kapcsolatos érzelmei és attitűdjei pozitívabbak lettek ($p = 0,031$), ez a hatás azonban már az esztétikai és a rekonstrukciós sebészeti alcsoportokban nem volt mérhető.

A mellplasztika csoportban és az esztétikai mellplasztika csoportban a reális és ideális testalakok különbsége ($p = 0,012$, $p = 0,016$) szignifikáns mértékben csökkent, testápolásuk ($p = 0,020$) nőtt. Ezen kívül az esztétikai mellplasztika csoport testtel kapcsolatos befektetései is szignifikáns mértékben növekedtek ($p = 0,021$). Mellnagyobbítást követően a nők többsége javuló testképről számol be a műtétet követően és két évvel később is (Crerand és mtsai, 2007). Sarwer és mtsai (2005) 3 és 6 hónapos utánkövetésben vizsgálták az esztétikai sebészeti pácienseket (n = 100), melynek eredményeképpen a testkép javulását, a testtel kapcsolatos negatív érzések csökkenését írta le a szociális helyzetekben. Ezek az eredmények a műtét után fél évvel később is fennálltak, habár a lemorzsolódó páciensek esetében Sarwer az utolsó megfigyelés technikáját⁴ alkalmazta (angolul: last observation carried forward). Sarwer és mtsai (2008) ugyanezeket a pácienseket kétéves utánkövetésben is megvizsgálták, a harmadik hónapban mért pozitívumok a műtét után 2 évvel is fennálltak. Mérhető javulást találtak a testkép megítélése, a megjelenéssel kapcsolatos elégedetlenség, a műtött testrésszel kapcsolatos elégedettség és a különböző társas helyzetekben jelentkező negatív érzések gyakoriságában. Összességében a plasztikai sebészeti páciensek többségénél Sarwer hangsúlyozza a javuló testképet a posztoperatív szakaszban (Sarwer és mtsai, 2005; 2008; Sarwer, 2019).

A testtel kapcsolatos attitűdök tekintetében a műtét után a hasplasztika-páciensek testvédelme ($p = 0,027$) szignifikáns mértékben csökkent. Lazar és mtsai (2009) a testhez való pozitívabb viszony kialakulásáról írnak hasplasztika-páciensek esetében. A betegek 85%-a arról számolt be, hogy lelki szenvedést okozott számukra az elhízás, a műtét után 54%-uk szerette meg a testét és javult az életminősége is. Papadopulos és mtsai (2019), valamint Nielsen és

⁴ Utánkövetéses vizsgálatokban a hiányzó mérési adatok helyettesítésére szolgáló módszer. A legutolsó mérési ponton felvett értéket használják, majd úgy végzik el az elemzést, mintha nem lenne hiányzó adat (Lachin, 2016).

mtsai (2022) is azt találták a hasplasztika-pácienseknél, hogy a műtét után javul a testképük, mérséklődtek a depressziós tüneteik és nőtt az önértékelésük. Ezeket az eredményeket azonban jelen alacsony elemszámú ($n = 8$) hasplasztika csoport vizsgálatakor nem tudom megerősíteni.

A mellműtött nők teljes testtel kapcsolatos elégedettsége ($p = 0,044$) szignifikánsan javult a műtét után. Az általam vizsgált testrészekkel kapcsolatos elégedettségek és az edzettségi állapot megítélése sem változtak egyik alcsoportban sem szignifikáns mértékben a műtét után. Moss és Harris (2009) eredményei szerint a plasztikai sebészeti pácienseknél a műtét után javultak a megjelenéssel kapcsolatos érzelmi és viselkedéses nehézségek más sebészeti csoportokhoz viszonyítva (általános sebészet, fül-orr-gégészeti, áll-és arccsontsebészeti páciensek). A megjelenéssel összefüggő testterület-specifikus szorongás csak a plasztikai sebészeti csoportban csökkent szignifikáns mértékben, 1 évvel a beavatkozás után. Asimakopoulou, Zavrides és Askitis (2020) 128 esztétikai sebészeti pácienszt mértek fel a műtét előtt 1 héttel és utána 3 hónappal. 81,9%-uk nő ($M_{kor} = 35,35$ év), 47,6%-uk mellnagyobbításon esett át. A páciensek 7,3%-a volt elégedett a műtét előtt a testével, mely az operáció után 38,6%-ra emelkedett, javult a testtel kapcsolatos elégedettségük és az önbizalmuk is. Honigman és mtsai (2004) kozmetikai sebészeti páciensek metaanalízise alapján azt az eredményt kapta, hogy az emlőredukción átesett nők ($n = 711$) pszichológiai egészsége és testképe is javult. A mellplasztika ($n = 769$) kapcsán 8 vizsgálatot összegeztek, mely alapján a páciensek önértékelése, a testükkel kapcsolatos elégedettsége és a társas közegben lévő magabiztossága is javult. A testi elégedettség növekedését, a testkép javulását von Soest és mtsai (2009) is megerősítik. Mellplasztika-páciensek önértékelésében kismértékű szignifikáns javulást, az operált testrésszel kapcsolatos elégedettségben pedig ennél nagyobb mértékű, szignifikáns javulást találtak öt éves utánkövetésben, kontrollcsoportos összehasonlításban. Jelen eredményeimben a teljes testtel csak a mellműtött páciensek elégedettebbek a műtét után. A többi vizsgált testrész és az edzettségi állapot tekintetében nincsen különbség a műtét terület utánkövetéses vizsgálatában.

3.4.4.3. Evési attitűdök

Az evészavartünetek gyakorisága az eredményeim szerint a rekonstrukciós sebészeti alcsoportban (EAT összpontszám, $p = 0,027$; EAT Diétázás, $p = 0,022$) és a rekonstrukciós mellplasztika alcsoportban (EAT összpontszám, $p = 0,049$) csökkent szignifikánsan. Feltételezhető, hogy a páciensek a műtét beavatkozáshoz szükséges célsúly elérése érdekében rövid idő alatt nagyobb súlyfeleslegtől akartak megszabadulni, módszereik azonban az evészavarok szubklinikai tüneteit eredményezhették. Losee és mtsai (1997, 2004) 10 éves

utánkövetésben olyan redukciós mellplasztikán átesett nőket ($n = 5$) vizsgáltak, akik a műtét előtt részben a megnövekedett mellek miatt számoltak be diszfunkcionális evési szokásokról. A páciensek BN-ban szenvedtek, a műtét után pedig a pszichés jóllét javulásáról, az evészavartünetek csökkenéséről vagy megszűnéséről számoltak be az EAT-26 eredményei alapján. Csökkent a megnövekedett mellekkel járó fizikai fájdalmuk és nőtt a testi elégedettségük is. Ezeket az eredményeket Singh és Losken (2012) is megerősítik mellkisebbítő műtéten átesett betegek metaanalízise alapján, kiemelik, hogy a páciensek körében a posztoperatív időszakban csökkentek az evészavarok. Ezek az eredmények nem azt jelentik, hogy a plasztikai sebészeti beavatkozások megoldást jelentenek az evészavarokra. Az evészavartünetek (jelen esetben főként a diétázás) gyakorisága nőhet a műtét előtti időszakban a fogyás elérése érdekében, ami a beavatkozás után csökken. Az evési szokások drasztikus és ideiglenes változtatása azonban hosszú távon rontja a plasztikai sebészeti operáció eredményét a nagy valószínűséggel bekövetkező visszahízás miatt. Ezzel összefüggésben lehet az az eredmény is, hogy a hasplasztika-páciensek testvédelme csökken a műtét után.

3.4.4.4. Elégedettség vizsgálata

Sarcu és Adamson (2017) arcplasztika-páciensek vizsgálata alapján a következő tényezőket azonosította az elégedetlenség rizikótényezőiként: férfi, fiatalabb életkor, irreális műtéti elvárások, kapcsolati zavarok és a kórtörténetben szereplő pszichiátriai zavar. Honigman és mtsai (2004) 37 tanulmány metaanalízise alapján állapította meg a kozmetikai sebészeti beavatkozások pszichológiai következményeivel összefüggő tényezőket. A rosszabb pszichológiai kimenetellel összefüggő tényezők valószínűbbek voltak a fiatalabb életkor, a férfi páciens, az irreális elvárások, a korábbi nem kielégítő kozmetikai sebészeti beavatkozás, a minimális külső deformitás, a párkapcsolat javításán alapuló motiváció, illetve a kórtörténetben előforduló depresszió, szorongás vagy személyiségzavar esetén. Az elégedetlenséggel összefüggésben a korábbi sikertelen beavatkozás fontosságát Lai és mtsai (2010) is megerősítik.

Az általam vizsgálható változók (kor, műtét utáni fájdalom pontszám, szorongás és alvászavar, depresszió és BDD-pozitivitás) és a műtéti elégedettség összefüggésének eredményeképpen csak a kor állt kapcsolatban a műtéti elégedettséggel ($p = 0,033$). A korábbi plasztikai sebészeti beavatkozásokkal kapcsolatos tapasztalat tesztelését nem tudtam elvégezni, mivel a páciensek nagyobb részének ez volt az első operációja (62,5%). A lineáris regresszióanalízis futtatását általában minimum 100 embernél javasolják, annak érdekében, hogy változatos legyen a minta. Ez egy erős korlát, a teljes hipotézis teszteléséhez az utánkövetéses minta elemszámát növelni kell.

3.4.4.5. Következtetések összefoglalása

Az első hipotézisemet részben tudtam igazolni, mivel a plasztikai sebészeti páciensek mentális egészségi állapota és testképe javult a műtét után. A fizikai egészség megítélése, az önértékelés, a szubjektív jóllét és a testi elégedettség viszont nem változott az utánkövetéses vizsgálat alapján a plasztikai sebészeti csoportban. A rekonstrukciós alcsoport önértékelésre, testi és lelki egészségre, szubjektív jóllétre, testi elégedettségre vonatkozó hipotéziseimet nem tudtam alátámasztani, a testkép javulása és az evészavartünetek csökkenése azonban esetükben bekövetkezett a műtét után. Az esztétikai sebészeti alcsoportban több mérhető változást tapasztaltam az utánkövetéses vizsgálat alapján. Az első hipotézis a) részét ezért a kapott eredményekkel nem tudtam igazolni. Csekély változásokat tapasztaltam a szemhéjplasztika és a hasplasztika-páciensek változóinak vizsgálatakor is. A pszichiátriai tünetek (szorongás) csökkenése mellett a szemhéjplasztika-páciensek általános egészségi állapota javult, a hasplasztika-páciensek testvédelme csökkent. Ezen kívül a vizsgált változók tekintetében nem volt szignifikáns különbség a műtét előtti értékekhez viszonyítva, így az első hipotézis b) részét sem tudtam alátámasztani.

Az általános testi elégedettség csak a mellplasztika csoportban nőtt kis mértékben, a többi operált terület esetében nem változott, így az első hipotézis c) részét részben igazoltam.

A második hipotézisemet részben igazoltam, mivel a rosszabb mentális állapotú betegek a műtét után is szignifikáns mértékben különböznek a jobb állapotú betegektől számos pszichiátriai tünet (szomatizálás, kényszeres rögeszme, ellenségesség, fóbiás szorongás, paranoiditás, pszichoticizmus), azok súlyossága (globális súlyossági index), a szomatikus tünetek és a műtét utáni napokban megélt szubjektív szorongás tekintetében is.

A harmadik hipotézis vizsgálatához szükséges előfeltételek nem teljesültek, így a hipotézis vizsgálatát a minta elemszámának alacsony értéke miatt nem tudtam biztonsággal elvégezni. Részben igazoltam, hogy a kor szignifikáns összefüggésben van a műtéti elégedettséggel: minél fiatalabbak a páciensek, annál elégedettebbek a műtéttel, ami egyébként ellentmond a hipotézisemnek, így ezt sem tudtam igazolni.

4. A vizsgálatok összefoglalása

A doktori disszertációm céljaként határoztam meg a plasztikai sebészet és a testhez való viszony kapcsolatának feltárását. Elsőként egy nagymintás, nem klinikai vizsgálatban gyűjtöttem adatokat a média felhasználók körében a plasztikai sebészettel kapcsolatos attitűdökről, tapasztalatokról, tervekről, valamint a testi elégedettségről és a testdiszmorfiás zavarról, mint a testtel kapcsolatos szélsőségről. Majd az általános egészségi állapot, a

szubjektív jóllét, a műtéti motivációk, a testhez való viszony (befektetések, értékelés, attitűdök, testkép, BDD-tünetek, evészavarok) és az önértékelés felmérésére került sor a plasztikai sebészeti pácienseknél a műtét előtt és után.

A plasztikai sebészeti szolgáltatások a válaszadó nők majdnem felét (48,3%) foglalkoztatja: 11,6%-uk átesett már valamilyen beavatkozáson, 36,7%-uk a jövőben tervezi ennek igénybevételét. A megkérdezett nők testi elégedettsége nem mutatott összefüggést az elvégzett műtétek számával és fajtájával. Azok a nők voltak elégedettebbek a testükkel, akik BMI-je alacsonyabb és kevesebb BDD-tünetük volt. Bizonyítottam a BDD magyarázóerejét a kozmetikai sebészet elfogadásával kapcsolatban. A kozmetikai sebészet elfogadása a műtétek tervezésével, a szemhéjplasztika beavatkozások számával és a BDD-pozitivitással mutatott összefüggést. A szemhéjműtétek gyors, látványos eredménnyel járó beavatkozások, kevesebb fájdalommal és rövid gyógyulási idővel járnak, melyek után a páciensek plasztikai sebészetbe vetett bizalma nő.

A BDD előfordulási gyakorisága a korábban mért prevalenciákhoz képest magasabb: 8,1%, férfiaknál 8,1%, nőnél 8,3%. A nők esetében bizonyos BDD tünetek gyakoribbak a férfiakhoz viszonyítva: intenzívebb a külső testi hiba okozta lelki szenvedés és gyakoribb az elkerülő viselkedés. Ők tehát sokkal intenzívebben élik meg a testi hiba jelenlétét, mint a férfiak. Korcsoportonként vizsgálva a nőknél a BDD-pozitivitás a legfiatalabbaknál a legmagasabb (16,5%). A BDD megjelenése valószínűbb azoknál a nőknél, akik iskolai végzettsége alacsonyabb, több műtétet terveznek, nagyobb mértékben fogadják el a kozmetikai sebészetet és elégedetlenebbek a testükkel. Az operált nőknél magasabb volt a BDD-pozitivitás (15,2%), több beavatkozást terveztek és idősebbek voltak, mint a nem operált válaszadók.

Az eredmények alapján a kozmetikai sebészet iránt érdeklődők és az operált nők körében is magas a BDD gyakorisága. A BDD rizikója is magasabb a plasztikai sebészetet tervezők körében, ezért fontos vizsgálni a páciensek testhez való viszonyát (testi elégedetlenség, testkép, testtel kapcsolatos befektetések) és a testtel kapcsolatos mentális zavarok (BDD, evészavaros tünetek) gyakoriságát. Mindezek alapján a plasztikai sebészetre jelentkező páciensek részletes preoperatív szűrése és utánkövetése javasolt. Fontos megkülönböztetni, hogy a testi hiba miatti aggodalmak a BDD részeként vagy egy tényleges, nagyobb mértékű defektushoz kötődően jelennek-e meg.

Az első vizsgálat eredményei és az ezek alapján felmerülő kérdések miatt került sor a plasztikai sebészeti csoport vizsgálatára, rekonstrukciós és esztétikai sebészeti alcsoporthoz képest. A preoperatív vizsgálat során a műtött csoportot és annak alcsoportjait is kontrollesoporttal hasonlítottam össze, mely alapján a műtött nők edzettségi állapota, egészségi

állapota, ezen belül pedig a mentális állapota is jobb a kontroll nőkéénél. A testhez való viszonyuk pozitívabb: nagyobb mértékű a testápolásuk és a testvédelmük is. Ezt részben az is magyarázhatja, hogy a költséges esztétikai beavatkozást vállalók, jobb anyagi körülmények között élnek, így több időt, energiát, pénzt tudnak a testükre szánni. A plasztikai sebészeti csoportban a műtét előtt gyakoribbak az evészavar-tünetek is, főként a diétázás. Valószínűleg a műtétéhez szükséges célsúly elérése miatt választják az intenzív diétát. Esetükben a BDD prevalenciája (9,4% vs. 0,9%) és bizonyos BDD tünetek gyakorisága is magasabb. A plasztika csoport intenzívebben szorong a külső testi hibája miatt, gyakoribb az elkerülő viselkedés és több időt szánnak naponta a defektusra.

Az esztétikai sebészeti alcsoport válaszadóinak testképe a legpozitívabb a műtét előtt. A kontrollcsoporthoz viszonyítva intenzívebb a testápolás, elégedettebbek a testükkel, a derekukkal és az edzettségi állapotukkal. Mindehhez hozzájárulhat az, hogy az esztétikai sebészeti csoportnak volt a legtöbb korábban elvégzett plasztikai sebészeti beavatkozása. A BDD prevalenciája a kontrollcsoporthoz hasonlóan viszonylag alacsony (1,9% vs. 0,9%), ennek ellenére bizonyos BDD tünetek gyakoribbak. Intenzívebben szoronganak a testi hiba miatt, ami zavarja a társas kapcsolataikat és a napi feladatok végzését. Mindezek miatt gyakoribb az elkerülő viselkedés is.

A rekonstrukciós sebészeti csoport rendelkezik a legkedvezőtlenebb antropometriai mutatókkal (testsúly, BMI, tervezett fogyás mértéke, jelenlegi és kívánatos derékbőség) a három csoport közül. Magasabb a teljes testi elégedetlenség valószínűsége, mivel több testrészükkel (bőr, kar, derék, testsúly) és az edzettségi állapotukkal is a legelégedetlenebbek. Testképük (jelenlegi testalak, ideális testalak, női ideális testalak, reális és ideális testalak különbsége) és a testtel kapcsolatos befektetéseik is negatívabbak (testtel kapcsolatos érzelmek és attitűdök). Az evészavar-tünetek gyakorisága magasabb, főként a diétázással kapcsolatos tünetek miatt.

A strukturált interjú eredményei szerint a páciensek átlagosan 6,4 éve tervezik az operációt (terjedelem: 0-60 év), melynek oka elsődlegesen szomatikus (35,3%), másodlagosan lelki tényező (18,9%). Ezenkívül műtéti motivációként azonosítottam az egészségi állapot javítását (15,8%), a külsővel kapcsolatos elégedettség növelését (7,9%), elvont fogalmakat (pl.: szépség, nőiség, vonzóság) (5,3%), az öltözködést (7,9%) és az interperszonális funkciók javítását (4,2%). A műtét melletti döntés kiváltó oka főként a tervezhetőség, ezt követi a megfelelő szakorvos megválasztása, az anyagi fedezet összegyűjtése, a célsúly elérése és az évforduló ünneplése (18 év betöltése vagy kerek születésnap). A média hatása a műtéti motivációk (1,1%) és a műtét mellett való döntés okainak esetében (0,5%) is alacsony volt. Annak ellenére, hogy elsődlegesen fizikális változást szeretnének elérni a műtéttel, az

operációval kapcsolatos elvárásaik nagyrészt lelki tényezőkre (43,7%) vonatkoznak. Kisebbségi hangsúlyt kapnak a szomatikus tényezőkre (34,7%) vonatkozó elvárások, a fizikai egészség (11,1%), az öltözködés (8,4%) és az interperszonális tényezők (3,2%) javítása. A páciensek 5,8%-a fogalmazott meg irreális elvárást az operációval kapcsolatban, melyek csökkenthetik a műtéti elégedettséget.

Az alcsoportok közötti összehasonlítások eredményei a jövőben komplexebb SEM-modellek (strukturális egyenletek modellezésének módszere, angolul: Structural Equation Modeling, röviden: SEM) alkalmazását indikálják. Ezek segítségével vizsgálható, hogy mely változók magyarázzák a plasztikai sebészetre – és ezen belül az esztétikai sebészetre – való jelentkezést, illetve bizonyos műtéti területek (pl.: mell, has, szemhéj) választását.

A posztoperatív vizsgálat célja az volt, hogy megállapítsam a műtét előtt felmért pszichológiai tényezők változását és annak irányát. A műtött nők szorongással és alvászavarral kapcsolatos tünetei, valamint szociális diszfunkciója csökkent, általános egészségük megítélése javult és pozitívabb lett a testhez való viszonyuk is. Ez azt jelenti, hogy a testkép megítélése javult: csökkent a különbség a reális és az ideális test között, valamint a reális és vonzó test között is. A műtét után fél évvel vonzóbbnak értékelték a testüket, közelebb kerültek a számukra ideális testalakhoz, illetve a testtel kapcsolatos érzelmeik és attitűdjeik és pozitívabbak lettek.

A mellplasztika alcsoportban is javult az általános egészségi állapot, főként a szorongásos és alvászavarral kapcsolatos tünetek csökkenése miatt. Műtét után a testtel kapcsolatos elégedettség és a testápolás is emelkedett, ami más műtét típusok esetében nem volt szignifikáns. A has-, szemhéjplasztika beavatkozások esetében nem javult a testtel, a testrészekkel és az edzettségi állapottal kapcsolatos elégedettség sem a posztoperatív szakaszban.

Az esztétikai okból mellműtött nők alcsoportjában több pozitív változás történt: javult az egészségi állapot megítélése, főleg a szorongás és alvászavarral kapcsolatos tünetek csökkenése miatt. Növekedtek a testtel kapcsolatos befektetések, főként a testápolás emelkedése miatt és csökkentek az ellenségességgel kapcsolatos tünetek. A testkép is pozitívabb lett, mivel a műtét után vonzóbbnak ítélték meg a saját testüket, mint a műtét előtt.

A szemhéjplasztika páciensek körében is szignifikáns mértékben javult az általános egészségi állapot és csökkentek a szorongásos tünetek, ugyanakkor emelkedett a szomatizáció.

A rekonstrukciós csoportokban javult a testkép megítélése és csökkentek az evészavaros tünetek. A rekonstrukciós hasplasztika csoportban nőttek a szomatizációval kapcsolatos tünetek és a műtét után fél évvel a páciensek testvédelme is alacsonyabb volt.

A műtéti elégedettséggel összefüggő tényezők vizsgálata nem hozott eredményt, mivel nem voltak nagymértékben elégedetlen páciensek. A fiatalabb nők elégedettebbek az operáció eredményével, a műtéti elégedettséggel összefüggő változókat azonban nem tudtam azonosítani. A műtét utáni interjú alapján a páciensek 95,8%-a elégedett volt a szakorvossal és a sebészeti ellátással. 84,7%-uk gondolta azt, hogy a műtét pozitív hatást gyakorolt az operált testrésze, 64,4%-uk szerint pedig ez a beavatkozás az életminőségükben is pozitív változást hozott. 14,1%-uk szerint az operáció kismértékű hatással volt az életminőségükre, 5,6%-uk pedig meg akarja ismételni a beavatkozást. Utóbbi csoportba azok is beletartoznak, akik a mellplasztika után tudomásul vették, hogy évek múlva újabb műtét szükséges implantátumcsere céljával. Érdeemes volna a jövőben az életminőség bővebb aspektusait (anyagi komfort, egészséggel kapcsolatos életminőség, interperszonális kapcsolatokkal összefüggő életminőség) is vizsgálni a plasztikai sebészeti páciensek csoportjában.

Legfontosabb eredményként említem a rosszabb pszichológiai státuszú páciensek utánkövetését. Azok a páciensek, akik pszichológiai/pszichiátriai tünettől, diagnózissal vagy rosszabb mentális/fizikális egészségi állapotban vettek részt a műtéti folyamatban, a műtét után szignifikánsan több pszichiátriai tünettől rendelkeztek (szorongás és alvászavar, szomatikus tünetek, szomatizálás, kényszeres rögeszme, ellenségesség, fóbiás szorongás, paranoia, pszichoticizmus). Éppen ezért szükséges és fontos a plasztikai sebészeti páciensek pszichológiai alkalmasságvizsgálata és utánkövetése. A szakorvos a pszichológiai státusz ismeretében pontosabban tudja kialakítani a műtéti tervet, több kontroll időpontot tud tervezni a rizikós pácienseknek az utánkövetésben.

Hangsúlyozni kell, hogy jelen eredményeket mentális alkalmasságvizsgálati protokoll alkalmazása mellett kaptam. A páciensek pszichoszociális tényezőket felmérő kérdőívet töltöttek ki és strukturált motivációs interjúban vettek részt, ahol felmértem a pszichés kockázatokat és sor került a páciensek szelektálására is. A műtétet végző szakorvos terápiás szövetséget hozott létre a páciensekkel, ahol partneri szemlélet alapján jelzett vissza a pácienseknek arra vonatkozóan, hogy javasolja-e a beavatkozást a mentális és fizikális alkalmasság vizsgálatok eredményei alapján. A szakorvos tapasztalatának, együttműködésének és az alkalmasságvizsgálati protokollnak köszönhető a nagyobb mértékű elégedettség kialakulása, ezért zárásként a kapott eredmények alapján javaslatot teszek az esztétikai ellátásokra vonatkozóan a mentális alkalmasság vizsgálat kidolgozásának módjára.

5. Javaslat mentális alkalmasságvizsgálati protokoll készítéséhez

A szakirodalmi áttekintés és a kapott eredmények arra utalnak, hogy az esztétikai kezelésekre jelentkező páciensek szelektálására van szükség, mentális alkalmasságvizsgálati protokoll alkalmazásával. Ez a fejezet ennek elkészítéséhez nyújt segítséget plasztikai sebészek, bőrgyógyászok, fogorvosok és egyéb, minimálisan invazív beavatkozást végző esztétikai kezelők számára.

A konzultáció során a kezelőnek az objektív (szakorvosi feladat) és a szubjektív oldal (asszisztens/pszichológus feladata) egymáshoz való viszonyát kell mérlegelnie (Barsky, 1944). A preoperatív szakaszban végzendő mentális alkalmasságvizsgálati protokollját a 26. táblázat foglalja össze vázlatosan, melyben a csillaggal jelölt válaszkategóriák a vészjeleket mutatják. Néhány csillaggal jelölt terület esetén érdemes szűrőkérdőíveket alkalmazni, melynek köszönhetően megállapítható, hogy a páciens a sebészeti szempontból kontraindikált csoportba tartozik, vagy a műtéti elégedettség szempontjából rizikócsoportba sorolható. Több csillaggal jelölt válasz/válaszkategória esetén javasolt klinikai szakpszichológus vagy pszichiáter szakorvos bevonása a mentális alkalmasság végleges megállapításához.

A folyamatba bevonható a szakorvost támogató asszisztens, aki a páciens megfigyelésében és az egyszerűbb kérdőívek (pl.: Sziluett-teszt, BDDQ, SCOFF) kiosztásában, értékelésében vehet részt. A páciensek klinikai profiljának felállításában (alkalmazott kérdőívcsomag elkészítése, értékelése) (Bellino, Zizza, Paradiso, Rivarossa, Fulcheri és Bogetto, 2006; Sykes, 2008; Lyne és mtsai, 2010; Abraham és Zucker, 2011; Callaghan és mtsai 2011; Mulkens és mtsai, 2012; Dakanalis és mtsai, 2013; Wei és mtsai, 2018) már célszerű szakpszichológus, pszichiáter kollégával együttműködési megállapodást kötni (Veer és mtsai, 2014). A pszichológus munkatárs az ellátás több pontján hatékony része lehet a műtéti teamnek: végezhet preoperatív szűrést, műtéti felkészítést, posztoperatív utánkövetést, valamint a páciensek betegútjának szervezésében is részt vehet.

Az objektív oldal legfontosabb része a külsővel kapcsolatos aggodalmak értékelése (0-10-ig 11-fokú Likert-skála, 0-nincsen aggodalom, 10-legintenzívebb aggodalom) (Clarke és mtsai, 2005). Ezt követi a testi hiba osztályozása, melynek megítélésében a szakorvos, annak független orvos kollégája, az asszisztáló nővér és a kísérő hozzátartozó is segíthet (Tamás és Szászi, 2020). A testi hiba osztályozása 5-fokú skálán adható meg, a következőképpen:

- 1 – nem lokalizálható a testi hiba
- 2 – minimális testi hiba lokalizálható, a páciens beszámolója alapján
- 3 – minimális testi hiba lokalizálható, a páciens beszámolója nélkül
- 4 – a testi hiba lokalizálható, közepes beavatkozás szükséges

26. táblázat: Mentális alkalmasságvizsgálati rendszer

Mentális alkalmasságvizsgálati rendszer	
Objektív oldal	Szubjektív oldal
Szakorvos vezetése	Asszisztens/pszichológus vezetése
<ul style="list-style-type: none"> • Testi hiba osztályozása: 0-10 *1 és 2 csoport • Korábbi invazív és minimálisan invazív beavatkozások száma, típusa, elégedettség, elutasítás, szövődmények *bírálja a kezelők munkáját *elégedetlen az eredménnyel *nem várja meg a sebgyógyulást, hegesedést, hanem reoperációt akar * fizikai és/vagy pszichológiai szövődmények jelentkeztek korábban * invazív otthoni kezelésekkel kísérletezett Eljárás szövődmények, kockázatok • reális felmérése, megértése: *kockázatok bagatellizálása, nem érti az eljárást Kontraindikációk kizárása: <ul style="list-style-type: none"> • Mentális zavar diagnózisa vagy tünete: *pszichózis, bipoláris zavar, ED, testképzavarok • BMI kiszámítása: *18,5 alatt • Első menstruáció és rendszeres havi vérzés: *primer/szekunder amenorrhoea • Súlycsökkentő/izomzatfejlesztő megoldások: * kényszeres testedzés, diéta, purgálás, kalóriaszámolás, szteroidhasználat – életének központi része a testsúly • Külsővel töltött napi időmennyiség? *napi 1 óránál magasabb aggályos 	<ul style="list-style-type: none"> • Műteti motivációk: *minél több külső tényező van (más személy, online tényezők), annál aggályosabb • Műteti elvárások *orvosi szempontból kivitelezhetetlen kérések • Döntésben szerepet játszó személyek * nem a saját döntése a műtét • A beavatkozással járó változások felmérése: le tudja-e írni, hogy fog kinézni a műtét után *nem tudja, hogy fog kinézni *ismert ember fotója, filterezett saját fotó • Hány testrészével elégedetlen? (tervezi-e ezek operációját) * több testrész operációját tervezi a jövőben • Érzelmi állapot megfigyelése *irritált, dekoncentrált, szorongó, érzelemszabályzás labilis, levert • Hozzá tartozó kikérdezése *szélsőségek jelzőértéke – fásult, értetlen, túlságosan motivált, több kérdést tesz fel, mint a páciens • Általános életvitel gördülékenysége: * feladatok nehézkes ellátása a testi hiba miatt *több szociális tér kerülése *szociális kapcsolatok elszegényedése • Mentálhigiénés szolgáltatás rendszeres igénybevétele? *rendszeres pszichiátriai/pszichoterápiás kezelés [Az önismeret protektív tényező (Valikhani és Goodarzi, 2017)]

Ezt követően az objektív oldal felmérésénél fontos tényező a korábbi invazív és minimálisan invazív esztétikai beavatkozások száma, az elégedettség és a fellépő szomatikus és/vagy pszichológiai szövődmények felmérése (Lai és mtsai, 2010). Vészjelnek tekinthető, ha a páciens a korábban végzett beavatkozásai kapcsán bírálja a kezelők munkáját, többször operálták már a testterületet vagy elutasították a kért operációt (Lai és mtsai, 2010). Fel kell mérni a páciens érdeklődését az eljárás, a szövődmények és a kockázatok iránt (Clarke és mtsai, 2005; Hirsch és Stier, 2009), illetve, hogy megértette-e az operációval kapcsolatos várható kilátásokat (Higgins és Wysong, 2018). Súlyos mentális zavarra utalhat, ha a páciens invazív módon próbált otthon alakítani a testén (Wever és mtsai, 2020). A beteganyagban előforduló mentális problémák szűrésére a 27. táblázat tartalmaz néhány direkt kérdést, valamint ajánlást rövid és egyszerűen értékelhető kérdőívekre.

Érdemes bővíteni a konzultációt a mentális alkalmasság szubjektív tényezőinek vizsgálatával, mely kitér a beavatkozással járó változások, a műtéti motivációk (Solvi és mtsai, 2010; Maisel és mtsai, 2018), az elvárások (Clarke és mtsai, 2005; Hirsch és Stier, 2009) a döntésben szerepet játszó személy(ek), valamint a jövőben tervezett beavatkozások feltárására is (Wever és mtsai, 2020). Az operáció eredményével kapcsolatos remények és elvárások akkor irreálisak, ha azok megoldása etikai vagy orvosi szempontból kivitelezhetetlen (Honigman és mtsai, 2004; Sarcu és Adamson, 2017). A műtéti elégedettség szempontjából kockázati tényezőt jelenthet, ha a beteg ismert emberek külső jellemzőinek megvalósítását vagy filterezett önarckép megvalósítását kéri (Rajanala és mtsai, 2018), vagy nem tudja körülírni a remélt eredményt, hogyan szeretne kinézni a műtét után. Mindezek mellett érdemes megfigyelni a páciens érzelmi állapotát is (Terino, 2008; Sucupira és mtsai, 2016).

27. táblázat: Pszichés alkalmasság megállapításához alkalmazható eszközök, kérdések

Vizsgálandó betegség/ probléma	Kérdőív	Forrás	Nyitott kérdés
Testkép	Sziluett Teszt Breast-Q Face-Q Body-Q Emberalakrajzok Tesztje (HFDT)	Francia, 2010 Pusic és mtsai, 2009 Klassen és mtsai, 2010 Klassen és mtsai, 2016 Fallon és Rozin, 1987, magyarra fordította: Szabó, 2000	Hogyan írná le a külsejét? Konkrétan hogyan szeretne kinézni a beavatkozás után, fizikailag írja le magát!
Evészavar	Sick, Control, One stone, Fat, Food Kérdőív (SCOFF) Eating Attitudes Test (EAT-12, EAT-26)	Morgan és mtsai, 1999; magyarul: Dukay-Szabó és mtsai., 2016 Garner és Garfinkel, 1979, magyarul: Túry, Szabó és Szendrey, 1990	A testsúly megtartása vagy a fogyás mennyire fontos az életében? Milyen súlycsökkentő eljárásokat alkalmaz? Rendszeres havi vérzése van-e?
BDD	Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, BDDQ, Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ) Appearance Anxiety Inventory (AAI)	Phillips, 2005; magyarul: Szabó, 2010 Oosthuizen, Lamert és Castle (1998) Veale és mtsai (2014)	Mit gondol a külsejéről? Egy átlagos napon hány órát tölt azzal, hogy a külsején gondolkodik?
Hangulatzavar	Kórházi Szorongás- és Depresszió Skála (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))	Zigmond és Snaith, 1983, magyarul: Muszbek és mtsai, 2006	A test-lelki panaszai miatt annyira aggódik, hogy másra nem tud koncentrálni?
Szorongásos zavar	Goldberg-féle Általános Egészségi Kérdőív (General Health Questionnaire, GHQ-28)		Előfordult már, hogy komoly ok nélkül megrémült vagy pánikba esett?
Öngyilkosság	Goldberg-féle Általános Egészségi Kérdőív (General Health Questionnaire, GHQ) 4. Depresszió alskála részeként	Goldberg, 1978; magyarul: Karczag, 1988	Felmerült már Önben az öngyilkosság gondolata a külseje miatt?
Trauma		Wever és mtsai, 2020; Morita és mtsai, 2021,	Érték-e Önt veszteségek az elmúlt egy évben, ami megviselte Önt?
Önsértés		Wever és mtsai, 2020; Bascarane és mtsai, 2021	A műtéti területet megpróbálta-e már otthon invazív módon kezelni? Adódott-e olyan eset, amikor a haragját önmaga ellen fordította?

Elutasítás esetén az orvos attitűdje és kommunikációja jelentős szerepet játszik abban, hogy a páciens megfelelő ellátásba kerül-e. A plasztikai sebészetet felkereső pszichiátriai páciensek különösen érzékenyek lehetnek a külsővel kapcsolatos visszajelzésekre, ezért fontos, hogy a szakorvos ne vitatkozzon a pácienssel a külső testi hiba létezéséről, hanem ismerje el a páciens frusztrációját (Saade és mtsai, 2018). Objektív, empatikus és előítélet-mentes viszonyulás szükséges, amiben az asszertív kommunikáció is segítheti a sebészt. Cél a jó raport és a bizalmi légkör kialakítása, melyben az orvos felmérheti a betegségbelátást, az önsértés vagy öngyilkosság kockázatát (Bascarane és mtsai, 2021), és indítványozhatja a pszichiátriai szakrendelés vagy a klinikai szakpszichológus felkeresését (Saade és mtsai 2018). Fontos hangsúlyozni a páciensnek a beavatkozással kapcsolatos pro és kontra érveket, kiemelve a szövődmények veszélyét és a műtét utáni magasabb elégedetlenséget. A szakorvos a másodlagos tünetek kezelésével vagy jövőbeni kezelési terv felállításával segítheti a bizalmi viszony kialakítását és az utánkövetést. A további tervezést célszerű pszichiátriai szakvéleményhez kötni (Veer, Jackson, Kara és Hawthorne, 2014).

A dramatikus csoportbeli személyiségzavarok esetében rugalmas és személyre szabott megközelítés, magabiztos fellépés szükséges (Morioka és Ohkubo, 2004). Direkt és tiszta határkijelölések, megfelelő keretek (pl. időkeret, írásos dokumentációk, gyakori kontrollok, állandó kapcsolattartás) mellett kisebb beavatkozásokra, tervezhető lépésekben folytatott kezelésekre alkalmasak lehetnek, de ilyenkor is biztosítani kell számukra a rendszeres találkozókat és a folyamatos kommunikáció lehetőségét. Fontos kiemelni, hogy a borderline személyiségzavarban szenvedő páciensek kezelése esetén a szakorvos kiegészének valószínűsége fokozott (Mortimer-Jones, Morrison, Munib, Paolucci, Neale, Bostwick és mtsai, 2016). Amennyiben a személyiségzavar diagnózis mellett testképzavar is fennáll a plasztikai sebészeti páciensnél, vagy paranoid és/vagy önsértő viselkedést tapasztal a kezelő, a beavatkozás végzése egyértelműen nem javasolt.

A posztoperatív szakaszban a műtéti elégedettség szempontjából rizikós páciensek állapotának monitorozása igényel több figyelmet. A műtét utáni órákban a pszichológiai tünetek megfigyelése és kezelése (szorongás, alvászavar, kiábrándultság, levertség, öngyilkossági gondolatok) (Bascarane és mtsai, 2021), valamint a páciens kontrollálása a műtét után 1-3-6 hónappal, mely után éves utánkövetés szükséges. Minden operált páciens utánkövetésénél érdemes felmérni a külsővel kapcsolatos szorongást és az új testtel aggodalom jelentkezését; a páciens operációval és kezelőorvossal kapcsolatos elégedettségét, illetve az operáció hatását a műtött testrészeire és az életminőség több aspektusára (egészségi állapot, szexualitás, interperszonális viselkedés stb.)

A pszichológiai szűrőprotokoll, a pszichológussal, pszichiáterrel való együttműködés a szakorvos tehermentesítését, biztonságát szolgálja, pozitív hatást gyakorol a sebészeti ellátás hatékonyságára, valamint emeli a páciensek elégedettségét. A kompetencia határok betartásával, a plasztikai sebészeti team bővítésével megvalósulhat a páciensek pszichológiai/pszichiátriai, dietetikai ellátása vagy megfelelő szakemberhez küldése, ami a tényleges sebészi munka előtérbe kerülését eredményezi. Az ellátás egészlegességét szolgálják a fél éves, éves utánkövetések mely során a kezelő felmérheti a műtött testrésszel és az operációval kapcsolatos elégedettséget, valamint annak életminőségre, testképre, egészségre gyakorolt hatását.

Summary

In aesthetic specialties, the number of patients is constantly increasing. Therefore, the application of the mental fitness test protocol is reasonable. Certain mental disorders (e.g., eating disorders, body image disorders, mood disorders, anxiety disorders and personality disorders) are more common in plastic surgery, dermatology, dental and orthognathic surgery practices compared to the general population. Some of these mental disorders are surgically contraindicated, and others require increased follow-up.

I examined the relationship between psychology and plastic surgery in two major studies and analyzed the attitude of Hungarian media users toward plastic surgery and the body. Thereafter, I performed preoperative and postoperative examinations of plastic surgery patients in a matched control group comparison.

Methods: The first study consisted of the following questionnaires: demographic and anthropometric issues, health status (Health Survey), body dysmorphic disorder (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire), experience and plans of plastic surgery, and assessment of the acceptance of cosmetic surgery (Acceptance of Cosmetic Surgery Scale).

The second study includes the examination of demographic and anthropometric issues, health status (Health Survey, General Health Questionnaire, Brief Symptom Inventory, Well-Being Index), body dysmorphic disorder (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire), relationship to the body (Body Satisfaction Questionnaire, Body Investment Scale, Human Figure Drawing Test), symptoms of eating disorders (Eating Attitude Test) and self-esteem (Rosenberg Self-esteem Scale). The structured interview mapped before the operation assessed the surgical motivations, the persons involved in the motivation, the effectiveness of the previous

interventions, and the surgical expectations. The postoperative interview questions concerned satisfaction, postoperative psychological symptoms, pain scores and impact on quality of life.

Results: Plastic surgery services are popular among Hungarian women (11.6% of them had surgery, 36.7% of them planned surgery). BDD has an explanatory role ($p = 0.011$) in the attitude towards the acceptance of cosmetic surgery. BDD risk is also higher among operated women (15.2%, $p = 0,026$), those who plan surgery (15.7%, $p = 0,027$), and those showing higher interest in cosmetic surgery ($p = 0,025$). BDD prevalence among media users is 8.1% (women 8.3%, men 8.1%). Women are more anxious ($p = 0.041$) and prone to avoidance behavior ($p = 0.033$) due to physical defects. Women with lower BMI ($p < 0.001$) and fewer BDD symptoms ($p < 0.001$) are more satisfied with their bodies, but this is not affected by the number and type of surgeries performed.

Based on the preoperative examination, the physical ($p = 0.007$) and mental ($p = 0.037$) health and fitness status ($p = 0.011$) of the candidates for the plastic surgery is better, their relationship to the body (body care, $p = 0.010$; body protection, $p = 0.019$) is more positive compared to the control group. The aesthetic plastic surgery group is characterized by higher self-care (body care, $p = 0,007$), having a more positive relationship with the body ($p < 0,001$), and greater body satisfaction ($p = 0,025$). The reconstruction surgery group can be described less favorable anthropometric data (weight, $p < 0,001$; BMI, $p < 0,001$; planned weight loss, $p = 0.001$; current waist size, $p = 0.001$; desirable waist size, $p = 0.002$), more negative body image (current body, $p < 0.001$; ideal body, $p = 0.012$; female ideal body, $p = 0.005$; difference between current and ideal body, $p < 0,001$; difference between current and attractive body, $p < 0,001$), less body-related investment (more negative feelings and attitudes towards the body, $p < 0.001$), more eating disorder symptoms ($p = 0.001$) and greater dissatisfaction with the entire body ($p = 0.001$). Somatic (35.5%) and psychological (18.9%) factors are the most common in terms of surgical motivations. Besides, the improvement of health status (15.8%), satisfaction with physical appearance (7.9%), dressing (7.9%), and interpersonal functions (4.2%) are also important factors for patients. The primary cause of the surgery is the ability to plan (31.1%). Other triggers are the selection of the doctor (18.9%), the collection of funds (12.1%), the achievement of the target weight (5.8%), and the celebration of anniversaries (7.9%). Expectations related to surgery are primarily psychological (43.7%).

Based on the half-yearly follow-up, the health status of the women undergoing plastic surgery improves the symptoms of anxiety and sleep disorders (GHQ Anxiety/insomnia subscale, $p = 0.008$; BSI Anxiety subscale, $p = 0.024$) decrease and the social function (GHQ Social dysfunction, $p = 0,024$) amends. The relationship with the body (BIS, Feelings and attitudes towards the body subscale, $p = 0.031$) and body assessment (difference between current and

ideal body, $p = 0.024$; difference between current and attractive body, $p = 0.022$) also improves. Most positive changes can be measured in the breast plastic surgery group, where body satisfaction ($p = 0.044$) is higher and hostility ($p = 0.024$) is lower after the operation. In the blepharoplasty group, the frequency of some psychiatric symptoms (BSI Anxiety subscale, $p = 0.040$; BSI Somatization subscale, $p = 0.039$) decreased. There were fewer positive changes in the reconstructive surgical groups compared to the aesthetic groups: improved body perception (difference between current and ideal body, $p = 0.046$) and decreased frequency of eating disorder symptoms (EAT total score, $p = 0.027$). Patients with worse psychological status identified in the preoperative phase had more psychiatric symptoms (anxiety/insomnia, somatic symptoms, somatization, obsessive-compulsive, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism) after surgery. Surgical satisfaction is high (95.8%), according to most patients, surgery had a positive effect on the operated part of the body (84.7%), and quality of life (64.4%) was also affected. Younger women are more satisfied with the operation results ($p = 0.033$).

Consequences: Knowing the psychological status, the plastic surgeon can develop a more favourable surgical plan and aftercare for the patient. In view of the results, mental suitability testing and selection of patients are required for minimally invasive and invasive aesthetic procedures.

Felhasznált irodalom

- Ábrahám, I., Jambrik, M., John, B., Németh, A. R., Franczia, N., Csenki, L. (2017). A testképtől a testképzavarig. *Orvosi Hetilap*, *158*(19), 723–730.
- Abraham, A., Zuckerman, D. (2011). Adolescents, celebrity worship, and cosmetic surgery. *Journal of Adolescent Health*, *49*(5), 453–454.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.08.014>
- Aesthetic Plastic Surgery National Databank Statistics 2020-2021. (2022). *Aesthetic surgery journal*, *42*(Suppl 1), 1–18. <https://doi.org/10.1093/asj/sjac116>
- Alghamdi, W. A., Subki, A. H., Khatib, H. A., Butt, N. S., Alghamdi, R. A., Alsallum, M. S., & et al. (2022). Body dysmorphic disorder symptoms: Prevalence and risk factors in an Arab middle eastern population. *International Journal of General Medicine*, *15*, 2905–2912. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S329942>
- Allen, L. M., Roberts, C., Zimmer-Gembeck, M. J., Farrell, L. J. (2020). Exploring the relationship between self-compassion and body dysmorphic symptoms in adolescents, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *25*, 100535.
<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100535>
- Alomari, A. A., Makhdoom, Y. M. (2019). Magnitude and determinants of body dysmorphic disorder among female students in Saudi public secondary schools. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, *14*(5), 439–447.
<https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2019.08.006>
- Alves, M. C., Abla, L. E., Santos, R.deA., Ferreira, L. M. (2005). Quality of life and self-esteem outcomes following rhytidoplasty. *Annals of plastic surgery*, *54*(5), 511–516.
<https://doi.org/10.1097/01.sap.0000155274.59248.57>
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anderson, R.C. (2003). Body dysmorphic disorder: Recognition and treatment. *Plastic Surgical Nursing*, *23*, 125–128. <https://doi.org/10.1097/00006527-200323030-00007>
- Applewhite, B., Olivola, M., Tweed, C., Wesemann, U., Himmerich, H. (2022). Body dysmorphic disorder, muscle dysmorphia, weight and shape dissatisfaction and the use of appearance-enhancing drugs in the military: a systematic review. *BMJ Military Health*, *e002135*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/bmjilitary-2022-002135>
- Ashikali, E. M., Dittmar, H., Ayers, S. (2017). The impact of cosmetic surgery advertising on Swiss women's body image and attitudes toward cosmetic surgery. *Swiss Journal of Psychology*, *76*(1), 13–21. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000187>

- Asimakopoulou, E., Zavrides, H., Askitis, T. (2020). PLASTIC SURGERY ON BODY IMAGE, BODY SATISFACTION AND SELF-ESTEEM. THE IMPACT OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY ON BODY IMAGE, BODY SATISFACTION AND SELF-ESTEEM. *Acta chirurgiae plasticae*, 61(1-4), 3–9.
- Avalos, L. C, Tylka, T. L, Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2, 285–297.
- Babusa, B., Czeglédi, E., Túry, F., Mayville, S. B., Urbán, R. (2015). Differentiating the levels of risk for muscle dysmorphia among Hungarian male weightlifters: a factor mixture modeling approach. *Body image*, 12, 14–21. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.001>
- Barahmand, U., Mozdsetan, N., Narimani, M. (2010). Body dysmorphic traits and personality disorder patterns in rhinoplasty seekers. *Asian journal of psychiatry*, 3(4), 194–199. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2010.09.005>
- Barsky, A. J. (1944) Psychology of the patient undergoing plastic surgery. *American journal of surgery*, 65(2), 238-243.
- Bascarane, S., Kuppili, P. P., Menon, V. (2021). Psychiatric Assessment and Management of Clients Undergoing Cosmetic Surgery: Overview and Need for an Integrated Approach. *Indian journal of plastic surgery: official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 54(1), 8–19. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721868>
- Bech, P., Gudex, C., Johansen, K. S. (1996). The WHO (Ten) well-being index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 183–190. <https://doi.org/10.1159/000289073>
- Belli, H., Belli, S., Ural, C., Akbudak, M., Oktay, M. F., Akyuz Cim, E. F., Tabo, A., Umar, M., & Pehlivan, B. (2013). Psychopathology and psychiatric co-morbidities in patients seeking rhinoplasty for cosmetic reasons. *The West Indian medical journal*, 62(5), 481–486. <https://doi.org/10.7727/wimj.2013.068>
- Bellino, S., Zizza, M., Paradiso, E., Rivarossa, A., Fulcheri, M., & Bogetto, F. (2006). Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: a clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry research*, 144(1), 73–78. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.06.010>
- Beos, N., Kemps, E., Prichard, I. (2021). Photo manipulation as a predictor of facial dissatisfaction and cosmetic procedure attitudes. *Body Image*, 39, 194–201. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.08.008>
- Bereczkei T. (2010): Az arc vonzereje 1. Evolúciós és kulturális hatások. In Révész György (szerk.): *Az emberi arc*. Pannónia Könyvek, Pécs, 89-117.

- Beynet D, Greco J, Soriano T. (2009). Approach to the cosmetic patient. In: Alam M, Gladstone H.B., Tung R.C. (eds.) *Cosmetic Dermatology*, 1-6. Saunders Ltd.
- Bonell, S., Barlow, F. K., Griffiths, S. (2021). The cosmetic surgery paradox: Toward a contemporary understanding of cosmetic surgery popularisation and attitudes. *Body image*, 38, 230–240. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.04.010>
- Borah, G., Rankin, M., Wey, P. (1999). Psychological complications in 281 plastic surgery practices. *Plastic and reconstructive surgery*, 104(5), 1241–1246. <https://doi.org/10.1097/00006534-199910000-00002>
- Borda, T., Neziroglu, F., Santos, S., Donnelly, K., Perez Rivera, R. (2011). Status of body dysmorphic disorder in Argentina. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.004>
- Bowyer, L., Krebs, G., Mataix-Cols, D., Veale, D., Monzani, B. (2016). A critical review of cosmetic treatment outcomes in body dysmorphic disorder. *Body image*, 19, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.07.001>
- Bradshaw, H. K., Leyva, R. P., Nicolas, S. C. A., Hill, S. E. (2019). Costly female appearance–enhancement provides cues of short–term mating effort: The case of cosmetic surgery. *Personality and Individual Differences*, 138, 48–55. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.09.019>
- Breuning, E. E., Oikonomou, D., Singh, P., Rai, J. K., Mendonca, D. A. (2010). Cosmetic surgery in the NHS: Applying local and national guidelines. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 63(9), 1437–1442. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2009.08.012>
- Brohede, S., Wingren, G., Wijma, B., Wijma, K. (2015). Prevalence of body dysmorphic disorder among Swedish women: A population–based study. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 108–115. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.019>
- Brown, A., Furnham, A., Glanville, L., Swami, V. (2007). Factors that affect the likelihood of undergoing cosmetic surgery. *Aesthetic surgery journal*, 27(5), 501–508. <https://doi.org/10.1016/j.asj.2007.06.004>
- Buhlmann, U. (2014). The German version of the Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS): Development and evaluation of its psychometric properties, *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1968-1971. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.011>.
- Burch, R. L., Johnsen, L. (2020). Captain Dorito and the bombshell: Supernormal stimuli in comics and film. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 14(2), 115–131. <https://doi.org/10.1037/ebs0000164>

- Callaghan, G. M., Lopez, A., Wong, L., Northcross, J., Anderson, K. R. (2011). Predicting consideration of cosmetic surgery in a college population: A continuum of body image disturbance and the importance of coping strategies. *Body Image*, 8(3), 267–274. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.04.002>
- Campbell, K., Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*, 134(3), 582–592. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0194>
- Cash T. F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In: Cash T. F., Pruzinsky T. (Eds.): *Body Image. A handbook of theory, research and clinical practice* (478-486.) New York: The Guilford Press.
- Cash, T. F. (1990). The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and images. In Cash T.F., Szymanski, M.L. (Eds.). *Body images: Development* (51–79.). New York: Guilford Press.
- Cash, T. F., Phillips, K. A., Santos, M. T., Hrabosky, J. I. (2004). Measuring ‘negative body image’: Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*. 1, 363–372.
- Cash, T. F. (ed.) (2012). *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. London: Academic Press.
- Cataldo, I., De Luca, I., Giorgetti, V., Cicconcelli, D., Bersani, F.S., Imperatori, C., & et al. (2021). Fitspiration on social media: Body-image and other psychopathological risks among young adults. A narrative review. *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*, 1, 100010. <https://doi.org/10.1016/j.etched.2021.100010>
- Cerea, S., Bottesi, G., Grisham, J. R., Ghisi, M. (2018). Non-weight-related body image concerns and Body Dysmorphic Disorder prevalence in patients with Anorexia Nervosa. *Psychiatry Research*, 267, 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.068>
- Clarke, A., Lester, K. J., Withey, S. J., Butler, P. E. (2005). A funding model for a psychological service to plastic and reconstructive surgery in UK practice. *British journal of plastic surgery*, 58(5), 708–713. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2005.02.005>
- Collins, B., Gonzalez, D., Gaudilliere, D. K., Shrestha, P., Girod, S. (2014). Body dysmorphic disorder and psychological distress in orthognathic surgery patients. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 72(8), 1553–1558. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2014.01.011>
- Cook, S. A., Rosser, R., Toone, H., James, M. I., Salmon, P. (2006). The psychological and social characteristics of patients referred for NHS cosmetic surgery: quantifying clinical need. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 59(1), 54–64. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2005.08.004>

- Coughlin, J. W., Schreyer, C. C., Sarwer, D. B., Heinberg, L. J., Redgrave, G. W., & Guarda, A. S. (2012). Cosmetic surgery in inpatients with eating disorders: attitudes and experience. *Body image*, 9(1), 180–183. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.10.007>
- Couper, S. L., Moulton, S. J., Hogg, F. J., Power, K. G. (2021). Interpersonal functioning and body image dissatisfaction in patients referred for NHS aesthetic surgery: A mediating role between emotion regulation and perfectionism? *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 74(9), 2283–2289. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2021.01.003>
- Crépeaux, V., Legendre, G. (2019). Nymphoplastie: motivations et satisfaction postopératoire [Labiaplasty: Motivations and post-surgery satisfaction]. *Gynecologie, obstetrique, fertilité & senologie*, 47(6), 489–496. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.04.005>
- Crerand, C. E., Infield, A. L., Sarwer, D. B. (2007). Psychological considerations in cosmetic breast augmentation. *Plastic surgical nursing: official journal of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgical Nurses*, 27(3), 146–154. <https://doi.org/10.1097/01.PSN.0000290284.49982.0c>
- Crerand, C. E., Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C. (2005). Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(6), 549–555. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.6.549>
- Cunningham, M. R., Roberts, A. R., Barbee, A. P., Druen, P. B., Wu, C.-H. (1995). "Their ideas of beauty are, on the whole, the same as ours": Consistency and variability in the crosscultural perception of female physical attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(2), 261–279. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.2.261>
- Czimbalmos, Á., Nagy, Zs., Varga, Z., Husztik, P. (1999). Páciens megelégedettségi vizsgálat SF-36 kérdőívvel, a magyarországi normálértékek meghatározása. *Népegészségügy*, 80(1), 4-19.
- Czingel Sz. (2020). *A női test alakváltozatai 1880-1945*. Budapest: Jaffa Kiadó.
- Csabai, M. (2019). Az önel fogadás kihívásaitól a testpozitív mozgalmakig – a pozitív pszichológia testképei = From the Challenges of Self-Acceptance to Body Positive Movements: Body Image in Positive Psychology. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 74(3), 361-373. ISSN 0025-0279 (print); 1588-2799 (online)
- Dakanalis A, Di Matetti, V., E., Zanetti, A., M., Clerici, M., Madeddu, F., Riva, G., & et al. (2013). Personality and body image disorders in cosmetic surgery settings: prevalence, comorbidity and evaluation of their impact on post-operative patient's satisfaction. *European Psychiatry*, 28(1), 1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)77397-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77397-8).
- de Brito, M. J., Nahas, F. X., Barbosa, M. V., Dini, G. M., Kimura, A. K., Farah, A. B., & Ferreira, L. M. (2010). Abdominoplasty and its effect on body image, self-esteem, and

- mental health. *Annals of plastic surgery*, 65(1), 5–10. <https://doi.org/10.1097/SAP.0b013e3181bc30f7>
- Derogatis, L., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- Devoe, D. J., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *The International journal of eating disorders*, 56(1), 5–25. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>
- Dey, J. K., Ishii, M., Phillis, M., Byrne, P. J., Boahene, K. D., Ishii, L. E. (2015). Body dysmorphic disorder in a facial plastic and reconstructive surgery clinic: measuring prevalence, assessing comorbidities, and validating a feasible screening instrument. *JAMA facial plastic surgery*, 17(2), 137–143. <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2014.1492>
- Dias, P., Duarte, A. (2022). TikTok Practices among Teenagers in Portugal: A Uses & Gratifications Approach. *Journalism and media*, 3, 615-632. <https://doi.org/10.3390/journalmedia3040041>
- Dion, K., Berscheid, E., Walster, E. (1972). What is beautiful is good. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24(3), 285–290. <https://doi.org/10.1037/h0033731>
- Drüge, M., Rafique, G., Jäger, A., Watzke, B. (2021). Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder (BDD) and associated features in Swiss military recruits: a self-report survey. *BMC psychiatry*, 21(1), 294. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03288-x>
- D'Souza, C., Hay, P., Touyz, S., Piya, M. K. (2020). Bariatric and Cosmetic Surgery in People with Eating Disorders. *Nutrients*, 12(9), 2861. <https://doi.org/10.3390/nu12092861>
- Dukay-Szabó, Sz., Simon, D., Varga, M., Szabó, P., Túry, F., & Rathner, G. (2016). Egy rövid evészavar-kérdőív (SCOFF) magyar adaptációja. *Ideggyógyászati Szemle*, 69(3-4).
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Revicki, D. A., Harding, G., Coyne, K. S., Peirce-Sandner, S., Bhagwat, D., Everton, D., Burke, L. B., Cowan, P., Farrar, J. T., Hertz, S., Max, M. B., Rappaport, B. A., & Melzack, R. (2009). Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain*, 144(1-2), 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.02.007>
- Edmondson, S. J., Ross, D. A. (2021). The postpartum abdomen: psychology, surgery and quality of life. *Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 25(4), 939–950. <https://doi.org/10.1007/s10029-021-02470-0>
- Emami, S. A., Sobhani, R. (2016). Impact of reduction mammoplasty on sexuality in patients with macromastia and their partners. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 69(10), 1335–1339. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2016.07.018>

- Enander, J., Ivanov, V. Z., Mataix-Cols, D., Kuja-Halkola, R., Ljótsson, B., Lundström, S., Pérez-Vigil, A., Monzani, B., Lichtenstein, P., & Rück, C. (2018). Prevalence and heritability of body dysmorphic symptoms in adolescents and young adults: a populationbased nationwide twin study. *Psychological medicine*, 48(16), 2740–2747. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000375>
- Enquist, M., Arak, A. (1994). Symmetry, beauty, and evolution. *Nature*, 372, 169-172.
- Fabris, M.A., Badenes-Ribera, L., Longobardi, C. (2021). Bullying victimization and muscle dysmorphic disorder in Italian adolescents: The mediating role of attachment to peers. *Children and Youth Services Review*, 120, 105720. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105720>
- Failde, I., Ramos, I., Fernandez-Palacín, F. (2000). Comparison between the GHQ-28 and SF36 (MH 1-5) for the assessment of the mental health in patients with ischaemic heart disease. *European journal of epidemiology*, 16(4), 311–316. <https://doi.org/10.1023/a:1007688525023>
- Fallon, A., Rozin, P. (1985). Sex differences in perception of desirable body shapes. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 102-105. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.94.1.102>
- Fardouly, J., Willburger, B. K., Vartanian, L. R. (2018). Instagram use and young women’s body image concerns and self-objectification: Testing mediational pathways. *New Media & Society*, 20(4), 1380–1395. <https://doi.org/10.1177/1461444817694499>
- Festinger, L. (2000) *A kognitív diszonzancia elmélete*. Budapest: Osiris kiadó
- Figler, M. (2015): *Klinikai és gyakorlati diétetika*. Medicina Könyvkiadó Zrt. Letöltve: 2023. 04. 24-én: https://www.etk.pte.hu/public/upload/files/Palyazati_iroda/elnyert/Klinikai_es_gyakorlati_dietetika.pdf
- Finzi, E., Kels, L., Axelowitz, J., Shaver, B., Eberlein, C., Krueger, T. H., & Wollmer, M. A. (2018). Botulinum toxin therapy of bipolar depression: A case series. *Journal of psychiatric research*, 104, 55–57. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.06.015>
- Folk, L., Pedersen, J., Cullari, S. (1993). Body satisfaction and self-concept of third-and sixth-grade students. *Perceptual and Motor Skills*, 76(2), 547-553. <https://doi.org/10.2466/pms.1993.76.2.547>
- Franczia, N. (2010). *Szépség – önkép – testkép. Modellkedő lányok kvalitatív vizsgálata*. Szakdolgozat. Budapest: Károli Gáspár Református Egyetem

- Frederick, D. A., Reynolds, T. A., Fales, M. R., Garcia, J. R. (2012): Physical Attractiveness: Dating, Mating, and Social Interaction. In: Cash (ed.): *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, Volume 2, 629-635. Academic Press.
- Frederick, D. A., Crerand, C. E., Brown, T. A., Perez, M., Best, C. R., Cook-Cottone, C. P., Compte, E. J., Convertino, L., Gordon, A. R., Malcarne, V. L., Nagata, J. M., Parent, M. C., Pennesi, J. L., Pila, E., Rodgers, R. F., Schaefer, L. M., Thompson, J. K., Tylka, T. L., & Murray, S. B. (2022). Demographic predictors of body image satisfaction: The U.S. Body Project I. *Body image*, 41, 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.01.011>
- Gaál, Cs. (szerk.) (2012). *Sebészet*. Budapest: Medicina könyvkiadó.
- Garner, D. M. (1997). The body image survey results. *Psychology Today*, 30(1), 30-44.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279. <https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- Gazize, S., Gharadaghi, A. (2013). Comparing Pathological Symptoms of Mental Disorder, Personality Disorder of Clusters B and C, and Body Image in Cosmetic Surgery Applicants with Those in Non-Applicants. *Asian journal medical and Pharmaceutical Researches*, 3, 139-147.
- Gillen, M. M. (2015). Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. *Body image*, 13, 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.01.002>
- Goin, M. K., Burgoyne, R. W., Goin, J. M, Staples, F. R. (1980) A prospective psychological study of 50 female face-lift patients. *Plastic and reconstructive surgery*, 65(4), 436–442. <https://doi.org/10.1097/00006534-198004000-00007>
- Goldberg, D. P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. (8-12.). Windsor: NFER-NELSON.
- Grant, J. E., Lust, K., Chamberlain, S. R. (2019). Body dysmorphic disorder and its relationship to sexuality, impulsivity, and addiction. *Psychiatry research*, 273, 260–265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.036>
- Groenman, N. H., Sauer, H.C. (1983). Personality characteristic surgical insatiable patient. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 40(1-4), 241-245.
- Grossbart, T. A., Sarwer, D. B. (2003). Psychosocial issues and their relevance to the cosmetic surgery patient. *Seminars in cutaneous medicine and surgery*, 22(2), 136–147. <https://doi.org/10.1053/sder.2003.50013>

- Grunewald, W., Kinkel-Ram, S. S., Smith, A. R. (2022). Conformity to masculine norms, masculine discrepancy stress, and changes in muscle dysmorphia symptoms. *Body image*, 40, 237–248. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.01.001>
- Gunstand, J., Phillips, K. A. (2003) Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 270–276. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00088-9](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00088-9)
- Hawes, T., Zimmer-Gembeck, M. J., Campbell, S. M. (2020). Unique associations of social media use and online appearance preoccupation with depression, anxiety, and appearance rejection sensitivity. *Body Image*, 33, 66-76. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.02.010>
- Hayashi, K., Miyachi, H., Nakakita, N., Akimoto, M., Aoyagi, K., Miyaoka, H., & Uchinuma, E. (2007). Importance of a psychiatric approach in cosmetic surgery. *Aesthetic surgery journal*, 27(4), 396–401. <https://doi.org/10.1016/j.asj.2007.05.010>
- Henderson–King, D., & Henderson–King, E. (2005). Acceptance of cosmetic surgery: Scale development and validation. *Body Image*, 2, 137–149. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.03.003>
- Higgins, S., & Wysong, A. (2017). Cosmetic Surgery and Body Dysmorphic Disorder - An Update. *International journal of women's dermatology*, 4(1), 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.09.007>
- Hirsch, R., Stier, M. (2009). Complications and their management in cosmetic dermatology. *Dermatologic clinics*, 27(4), 507–vii. <https://doi.org/10.1016/j.det.2009.08.013>
- Honigman, R. J., Phillips, K. A., Castle, D. J. (2004). A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plastic and reconstructive surgery*, 113(4), 1229–1237. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000110214.88868.ca>
- Horváth, Kiss, P. J. (szerk.) (2014). *Littmann sebészeti műtéttan*. 746-747. Budapest: Medicina könyvkiadó.
- Hume, D. K., Montgomerie, R. (2001). Facial attractiveness signals different aspects of "quality" in women and men. *Evolution and human behavior: official journal of the Human Behavior and Evolution Society*, 22(2), 93–112. [https://doi.org/10.1016/s1090-5138\(00\)00065-9](https://doi.org/10.1016/s1090-5138(00)00065-9)
- Hundscheid, T., van der Hulst, R. R., Rutten, B. P., Leue, C. (2014). Stoornis in de lichaamsbeleving bij patiënten binnen de cosmetische chirurgie [Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery - prevalence, psychiatric comorbidity and outcome]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56(8), 514–522.

- Jacobsen, P. H., Hölmich, L. R., McLaughlin, J. K., Johansen, C., Olsen, J. H., Kjøller, K., & Friis, S. (2004). Mortality and suicide among Danish women with cosmetic breast implants. *Archives of internal medicine*, *164*(22), 2450–2455. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.22.2450>
- Jang, B., Bhavsar, D. R. (2019). The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Elective Plastic Surgery Patients. *Eplasty*, *19*, e6.
- Jawad, M. B., Sjögren, M. (2017). Ugeskrift for læger, *179*(6), V08160556.
- Jones, D. (1996). An evolutionary perspective on physical attractiveness. *Evolutionary antropology: issues, news, and reviews*, *5*(3). 97-109.
- Jones, H. E., Faulkner, H. R., Losken, A. (2022). The Psychological Impact of Aesthetic Surgery: A Mini-Review. *Aesthetic surgery journal. Open forum*, *4*, ojac077. <https://doi.org/10.1093/asjof/ojac077>
- Kam, O., Na, S., La Sala, M., Tejada, C. I., Koola, M. M. (2022). The Psychological Benefits of Cosmetic Surgery. *The Journal of nervous and mental disease*, *210*(7), 479–485. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001477>
- Karczag, J. (1988) A Goldberg-féle Általános Egészség Kérdőív. In: Mérei, F., & Szakács, F. (szerk.): Pszichodiagnosztikai vademecum I/2. (76-101.), Budapest: Tankönyv Kiadó.
- Kells, M., Wildes, J. E.(2023). Eating disorders: Anorexia nervosa. In: Caballero, B. (Ed.). *Encyclopedia of Human Nutrition (Fourth Edition)*, 290-295. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-821848-8.00075-5>
- Keshishian, A. C., Tabri, N., Becker, K. R., Franko, D. L., Herzog, D. B., Thomas, J. J., & Eddy, K. T. (2019). Eating disorder recovery is associated with absence of major depressive disorder and substance use disorders at 22-year longitudinal follow-up. *Comprehensive psychiatry*, *90*, 49–51. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.01.002>
- Klassen, A. F., Cano, S. J., Alderman, A., Soldin, M., Thoma, A., Robson, S., Kaur, M., Papas, A., Van Laeken, N., Taylor, V. H., & Pusic, A. L. (2016). The BODY-Q: A Patient-Reported Outcome Instrument for Weight Loss and Body Contouring Treatments. *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, *4*(4), e679. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000000665>
- Klassen, A. F., Cano, S. J., Scott, A., Snell, L., Pusic, A. L. (2010). Measuring patient-reported outcomes in facial aesthetic patients: development of the FACE-Q. *Facial plastic surgery: FPS*, *26*(4), 303–309. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1262313>
- Kollei, I., Brunhoeber, S., Rauh, E., de Zwaan, M., Martin A. (2012). Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders

- and healthy controls, *Journal of Psychosomatic Research*, 72(4), 321-327, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.12.002>
- Koran, L., Abujaoude, E., Large, M., Serpe, R. (2008). The Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in the United States Adult Population. *CNS Spectrums*, 13(4), 316-322. <https://doi.org/10.1017/S1092852900016436>
- Krebs, G., Quinn, R., Jassi, A. (2019). Is perfectionism a risk factor for adolescent body dysmorphic symptoms? Evidence for a prospective association. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100445, <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100445>
- Kruger D. (2008). Bulimia nervosa: easy to hide but essential to recognize. *JAAPA: official journal of the American Academy of Physician Assistants*, 21(1), 48–52. <https://doi.org/10.1097/01720610-200801000-00011>
- Kucur, C., Kuduban, O., Ozturk, A., Gozeler, M. S., Ozbay, I., Deveci, E., Simsek, E., & Kaya, Z. (2016). Psychological Evaluation of Patients Seeking Rhinoplasty. *The Eurasian journal of medicine*, 48(2), 102–106. <https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2015.103>
- Lachin J. M. (2016). Fallacies of last observation carried forward analyses. *Clinical trials* (London, England), 13(2), 161–168. <https://doi.org/10.1177/1740774515602688>
- Lai, C. S., Lee, S. S., Yeh, Y. C., Chen, C. S. (2010). Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 26(9), 478–482. [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(10\)70075-9](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(10)70075-9)
- Lambrou, C., Veale, D., Wilson, G. (2012). Appearance concerns comparisons among persons with body dysmorphic disorder and nonclinical controls with and without aesthetic training. *Body image*, 9(1), 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.08.001>
- Lantos, K., Iván, E., Pászthy, B. (2008): A testkép és mérése. In: Túry, F., Pászthy, B. (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok*. (299-315.) Budapest: Pro Die Kiadó.
- Laughter, M. R., Anderson, J. B., Maymone, M. B. C., & Kroumpouzou, G. (2023). Psychology of aesthetics: Beauty, social media, and body dysmorphic disorder. *Clinics in dermatology*, 41(1), 28–32. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2023.03.002>
- Lazar, C. C., Clerc, I., Deneuve, S., Auquit-Auckbur, I., Milliez, P. Y. (2009). Abdominoplasty after major weight loss: improvement of quality of life and psychological status. *Obesity surgery*, 19(8), 1170-1175.
- Lian, C., Chen, X.-X. (2023). Does beautification technology use affect appearance anxiety? An exploration of latent mechanisms, *Computers in Human Behavior*, 146, 107793. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2023.107793>

- Litner, J. A., Rotenberg, B. W., Dennis, M., Adamson, P. A. (2008). Impact of cosmetic facial surgery on satisfaction with appearance and quality of life. *Archives of facial plastic surgery*, 10(2), 79–83. <https://doi.org/10.1001/archfaci.10.2.79>
- Longley, S. L., Holm-Denoma, J., Allan, N. P., Calamari, J. E., Armstrong, K., Wainwright, A., & Hasan, N. (2019). A quantitative study of body dysmorphic disorder: Latent structure and correlates. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21, 82-90. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.12.004>
- Loron, A. M., Ghaffari, A., Poursafargholi, N. (2018). Personality Disorders among Individuals Seeking Cosmetic Botulinum Toxin Type A (BoNTA) Injection, a Cross-Sectional Study. *The Eurasian journal of medicine*, 50(3), 164–167. <https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2018.17373>
- Losee, J. E., Jiang, S., Long, D. E., Kreipe, R. E., Caldwell, E. H., & Serletti, J. M. (2004). Macromastia as an etiologic factor in bulimia nervosa: 10-year follow up after treatment with reduction mammoplasty. *Annals of plastic surgery*, 52(5), 452–457. <https://doi.org/10.1097/01.sap.0000123344.08286.3e>
- Losee, J. E., Serletti, J. M., Kreipe, R. E., & Caldwell, E. H. (1997). Reduction mammoplasty in patients with bulimia nervosa. *Annals of plastic surgery*, 39(5), 443–446. <https://doi.org/10.1097/00000637-199711000-00001>
- Ludányi, B., Szabó, P. (2017). Evészavarok és az iskola: kockázati tényező vagy a megelőzés terepe? *Magyar Pedagógia*, 117(1), 73-93. <https://doi.org/10.17670/MPed.2017.1.73>
- Lukács-Márton, R., Szabó, P. (2015). Várandósság alatti evészavar: egy keresztmetszeti vizsgálat eredményei. In: Kondé Zoltán (ed.): *Tanulmányok az Általános Pszichológiai Tanszék fennállásának 30. évfordulójára*. (194-208.) Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó.
- Lukács-Márton, R., Vásárhelyi, E., Szabó, P. (2008). A szépségipar csapdájában: szépségiparban dolgozók evési és testi attitűdjei. *Psychiatria Hungarica*, 23(6), 455–463.
- Lyne, J., Ephros, H., Bolding, S. (2010). The need for preoperative psychological risk assessment. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America*, 22(4), 431–437. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2010.07.001>
- Macgregor F. C. (1971). Selection of cosmetic surgery patients. Social and psychological considerations. *The Surgical clinics of North America*, 51(2), 289–298. [https://doi.org/10.1016/s0039-6109\(16\)39377-x](https://doi.org/10.1016/s0039-6109(16)39377-x)

- Mackey, E. R., La Greca, A. M. (2007). Adolescents' eating, exercise, and weight control behaviors: does peer crowd affiliation play a role? *Journal of pediatric psychology*, 32(1), 13–23. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl041>
- Maisel, A., Waldman, A., Furlan, K., Weil, A., Sacotte, K., Lazaroff, J. M., et al. (2018). Selfreported Patient Motivations for Seeking Cosmetic Procedures. *JAMA dermatology*, 154(10), 1167–1174. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.2357>
- Malcolm, A., Pikoos, T. D., Castle, D. J., Rossell, S. L. (2021). An update on gender differences in major symptom phenomenology among adults with body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 295, 113619. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113619>
- Maltby, J., Day, L. (2011). Celebrity worship and incidence of elective cosmetic surgery: evidence of a link among young adults. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 49(5), 483–489. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.12.014>
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W. (2017). Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age. *Current opinion in psychiatry*, 30(6), 446–451. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000356>
- Marino, C., Caselli, G., Lenzi, M., Monaci, M. G., Vieno, A., Nikčević, A. V., & Spada, M. M. (2019). Emotion Regulation and Desire Thinking as Predictors of Problematic Facebook Use. *The Psychiatric quarterly*, 90(2), 405–411. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09628-1>
- Marion, T., Werbel, T., Torres, A. (2023). Reducing Legal Risks and Social Media Issues for Cosmetic Surgery. *Facial plastic surgery clinics of North America*, 31(2), 333–340. <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2023.01.017>
- Marques, L., LeBlanc N. , Robinaugh, D., Weingarden H. , Keshaviah, A., & Wilhelm, S. (2011). Correlates of Quality of Life and Functional Disability in Individuals with Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 52(3), 245-254. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2010.12.015>
- Marron, S. E., Gracia-Cazaña, T., Miranda-Sivelo, A., Lamas-Diaz, S., Tomas-Aragones, L. (2019). Screening for Body Dysmorphic Disorders in Acne Patients: A Pilot Study. Detección de trastorno dismórfico corporal en pacientes con acné: estudio piloto. *Actas dermo-sifiliograficas*, 110(1), 28–32. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.08.001>
- Mastro, S., Zimmer-Gembeck, M. J., Webb, H. J., Farrell, L., Water, A. (2016): Young adolescents' appearance anxiety and body dysmorphic symptoms: Social problems, selfperceptions and comorbidities. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 8, 50-55.

- McCrea, C. W., Summerfield, A. B., Rosen, B. (1982). Body image: a selective review of existing measurement techniques. *British Journal of Medical Psychology*, 55(3).
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1982.tb01502.x>
- Meningaud, J. P., Benadiba, L., Servant, J. M., Herve, C., Bertrand, J. C., & Pelicier, Y. (2003). Depression, anxiety and quality of life: outcome 9 months after facial cosmetic surgery. *Journal of Cranio-maxillofacial surgery*, 31(1), 46–50. [https://doi.org/10.1016/s1010-5182\(02\)00159-2](https://doi.org/10.1016/s1010-5182(02)00159-2)
- Meskó, N., Láng, A. (2019). Acceptance of Cosmetic Surgery among Hungarian Women in a Global Context: the Hungarian Version of the Acceptance of Cosmetic Surgery Scale (ACSS). *Current Psychology*, 40, 5822-5833. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00519z>
- Miller, G. (2006). A párválasztó agy. *A párválasztás szerepe az emberi agy evolúciójában*. Budapest: Typotex kiadó.
- Miranda, G. T., Karlis, V. (2007). Eating Disorders in the Female Patient: Pathophysiology and Treatment Strategies. *Oral and maxillofacial surgery clinics of north america*, 19(2) 173185.
- Mond, J., Mitchison, D., Latner, J., Hay, P., Owen, C., Rodgers, B. (2013). Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women. *BMC public health*, 13, 920. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-920>
- Montemurro, P., Cheema, M., Khoda, B., Pellegatta, T., Hedén, P. (2021). Two-person screening of mental well-being before primary breast augmentation: Can we do more? *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 74(1), 152–159. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2020.08.125>
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Association*, 319(7223), 1467-1468. <https://www.bmj.com/content/319/7223/1467>
- Morioka, D., Ohkubo, F. (2004). Borderline personality disorder and aesthetic plastic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 38(6), 1169-1176.
- Morita, M. M., Merlotto, M. R., Dantas, C. L., Olivetti, F. H., & Miot, H. A. (2021). Prevalence and factors associated with body dysmorphic disorder in women under dermatological care at a Brazilian public institution. *Anais brasileiros de dermatologia*, 96(1), 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.06.003>
- Moroco, A. E., Daher, G. S., O'Connell Ferster, A. P., Lighthall, J. G. (2023). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in an Otolaryngology-Head and Neck Surgery Clinic. *The*

- Annals of otology, rhinology, and laryngology*, 132(7), 783–789.
<https://doi.org/10.1177/00034894221118772>
- Morselli, P. G., Micai, A., Boriani, F. (2016). Eumorphic Plastic Surgery: Expectation Versus Satisfaction in Body Dysmorphic Disorder. *Aesthetic plastic surgery*, 40(4), 592–601.
<https://doi.org/10.1007/s00266-016-0655-4>
- Mortimer-Jones, S., Morrison, P., Munib, A., Paolucci, F., Neale, S., Bostwick, A., & Hungerford, C. (2016). Recovery and Borderline Personality Disorder: A Description of the Innovative Open Borders Program. *Issues in mental health nursing*, 37(9), 624–630.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1191565>
- Moss, T. P., Harris, D. L. (2009). Psychological change after aesthetic plastic surgery: a prospective controlled outcome study. *Psychology, health & medicine*, 14(5), 567–572.
<https://doi.org/10.1080/13548500903112374>
- Moulton, S. J., Gullyas, C., Hogg, F. J., Power, K. G. (2018). Psychosocial predictors of body image dissatisfaction in patients referred for NHS aesthetic surgery. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 71(2), 149–154.
<https://doi.org/10.1016/j.bjps.2017.11.004>
- Mulkens, S., Bos, A. E., Uleman, R., Muris, P., Mayer, B., Velthuis, P. (2012). Psychopathology symptoms in a sample of female cosmetic surgery patients. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 65(3), 321–327.
<https://doi.org/10.1016/j.bjps.2011.09.038>
- Murnen, S.K., Don, B. (2012). Body image and gender roles. In Cash, T. F. (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance*. (128–134). Oxford Elsevier.
- Murray, S. B., Griffiths, S., Hazery, L., Shen, T., Wooldridge, T., & Mond, J. M. (2016). Go big or go home: A thematic content analysis of pro-muscularity websites. *Body image*, 16, 17–20. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.10.002>
- Muszbek, K., Szekely, A., Balogh, É.M. et al. Validation of the Hungarian Translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Qual Life Res* 15, 761–766 (2006).
<https://doi.org/10.1007/s11136-005-3627-8>
- Muszbek, K., Székely, A., Balogh, E. M., Molnár, M., Rohánszky, M., Ruzsa, A., Varga, K., Szöllősi, M., & Vadász, P. (2006). Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 15(4), 761–766.
<https://doi.org/10.1007/s11136-005-3627-8>
- Nakamura, M., Koo, J. (2017). Personality disorders and the “difficult” dermatology patient: Maximizing patient satisfaction. *Clinical Dermatology*. 35(3), 312-318.

- Napoleon, A. (1993). The presentation of personalities in plastic surgery. *Annals of plastic surgery*, 31(3), 193–208. <https://doi.org/10.1097/00000637-199309000-00001>
- Naseri, S., Gunnarsson, G. L., Lilja, C., Sørensen, J. A., & Thomsem, J. B. (2023). Arm and thigh plasty after massive weight loss. *Ugeskrift for læger*, 185(15), V09220565.
- Nielsen, C., Elander, A., Staalesen, T., Al Nouh, M., Fagevik Olsen, M. (2022), Depressive symptoms before and after abdominoplasty among post-bariatric patients—a cohort study. *Journal of plastic surgery and hand surgery*, 56(6), 381-386. <https://doi.org/10.1080/2000656X.2022.2050251>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Jr, Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, 144(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Oliver, J. D., Menapace, D. C., Staab, J. P., Friedman, O., Recker, C., & Hamilton, G. S. (2019). How Patient Decision-Making Characteristics Affect Satisfaction in Facial Plastic Surgery: A Prospective Pilot Study. *Plastic and reconstructive surgery*, 144(6), 1487–1497. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000006269>
- Orbach, I., Mikulincer, M. (1998). The Body Investment Scale: construction and validation of a body experience scale. *Psychological Assessment*, 10(4), 415-425. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.4.415>
- Oosthuizen, P., Lambert, T. & Castle, D.J. (1998). Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 129-32. <https://doi.org/10.3109/00048679809062719>. PMID: 9565194.
- Ozgür, F., Tuncali, D., Güler Gürsu, K. (1998). Life satisfaction, self-esteem, and body image: a psychosocial evaluation of aesthetic and reconstructive surgery candidates. *Aesthetic plastic surgery*, 22(6), 412–419. <https://doi.org/10.1007/s002669900226>
- Özkur, E., Kıvanç Altunay, İ., Aydın, Ç. (2020). Psychopathology among individuals seeking minimally invasive cosmetic procedures. *Journal of cosmetic dermatology*, 19(4), 939–945. <https://doi.org/10.1111/jocd.13101>
- Păduraru, M., C., Rășcanu, R. (2013). Body scheme and self-esteem of plastic surgery patients. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 78, 355-359.
- Papadopoulos, N. A., Meier, A. C., Henrich, G., Herschbach, P., Kovacs, L., Machens, H. G., & Klöppel, M. (2019). Aesthetic abdominoplasty has a positive impact on quality of life prospectively. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 72(5), 813–820. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.12.020>

- Papadopoulos, N. A., Archimandritis, T., Henrich, G., Kovacs, L., Machens, H. G., & Klöppel, M. (2023). Quality of Life Improvement Following Blepharoplasty: A Prospective Study. *The Journal of craniofacial surgery*, 34(3), 888–892. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000009119>
- Papadopoulos, N. A., Kovacs, L., Krammer, S., Herschbach, P., Henrich, G., & Biemer, E. (2007). Quality of life following aesthetic plastic surgery: a prospective study. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 60(8), 915–921. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2007.01.071>
- Park, L. E., Calogero, R. M., Harwin, M. J., & DiRaddo, A. M. (2009). Predicting interest in cosmetic surgery: interactive effects of appearance-based rejection sensitivity and negative appearance comments. *Body image*, 6(3), 186–193. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.02.003>
- Pászthy, B., Törzsök-Sonnevend, M. (2014). Az anorexia nervosa kóreredetének újabb megközelítése Neurobiológiai tényezők és lehetséges endofenotípusok a kutatási eredmények tükrében. *Orvosi Hetilap*, 155(4), 124–131.
- Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder* (40-43). New York: Oxford University Press
- Phillips, K. A., Diaz, S. F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 185(9), 570–577. <https://doi.org/10.1097/00005053-199709000-00006>
- Phillips, K. A. (2007). Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Primary psychiatry*. 14(12), 58–66.
- Phillips, K. A., Nierenberg, A. A., Brendel, G., Fava, M. (1996). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *The Journal of nervous and mental disease*, 184(2), 125-129.
- Piromchai, P., Suetrong, S., Arunpongpaisal, S. (2011). Psychological Status in Patients Seeking Rhinoplasty. *Clinical Medicine Insights: Ear, Nose and Throat*, 4. <https://doi.org/10.4137/CMENT.S7859>
- Pope, C. G., Pope, H. G., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body image*, 2(4), 395–400. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.09.001>
- Pope, H. G., Jr, Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548–557. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(97\)71400-2](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71400-2)

- Pope, H. G., Jr, Katz, D. L., Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive psychiatry*, 34(6), 406–409. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(93\)90066-d](https://doi.org/10.1016/0010-440x(93)90066-d)
- Pruzinsky T. (1993). Psychological factors in cosmetic plastic surgery: recent developments in patient care. *Plastic surgical nursing: official journal of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgical Nurses*, 13(2), 64–119. <https://doi.org/10.1097/00006527-199301320-00003>
- Pruzinsky, T., Edgerton, M.T. (1990). Body–image change through bodily change. In: Cash, T. F., Pruzinsky, T. (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (217–236.). The Guilford Press.
- Pusic, A. L., Klassen, A. F., Scott, A. M., Klok, J. A., Cordeiro, P. G., & Cano, S. J. (2009). Development of a new patient-reported outcome measure for breast surgery: the BREAST-Q. *Plastic and reconstructive surgery*, 124(2), 345–353. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aee807>
- Qureshi, M., Ray, S., D. (2024). Anabolic steroids, In: Wexler, P. (Ed.): *Encyclopedia of Toxicology (Fourth Edition)*, Academic Press, 439-444, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-824315-2.00306-7>
- Rabaioli, L., Oppermann, P. O., Pilati, N. P., Klein, C. F. G., Bernardi, B. L., Migliavacca, R., & Lavinsky-Wolff, M. (2022). Evaluation of postoperative satisfaction with rhinoseptoplasty in patients with symptoms of body dysmorphic disorder. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 88(4), 539–545. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.07.013>
- Rajanala, S., Maymone, M.B.C., Vashi, A. (2018). Selfies—Living in the Era of Filtered Photographs. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 20(6), 443–444. <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2018.0486>
- Ramsay, S. (2000) Controversy over UK surgeon who amputated healthy limbs. *The Lancet*, 355 (9202), 476.
- Rehman, U., Perwaiz, I., Sohaib Sarwar, M., Brennan, P. A. (2023). Mental health screening in facial cosmetic surgery: a narrative review of the literature. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*, 61(7), 455–463. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2023.05.003>
- Rhodes, G, Simmons, L. W. (2012). Symmetry, attractiveness and sexual selection. In Barrett, L., Dunbar, R. (eds): Oxford Handbook of Evolutionary Psychology. *Oxford Library of Psychology*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198568308.013.0024>
- Ribeiro, R. V. E. (2017). Prevalence of body dysmorphic disorder in plastic surgery and dermatology patients: A systematic review with meta–analysis. *Aesthetic Plastic Surgery*, 41, 964–970. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0869-0>

- Ricci, W. F., Prstojevich, S. J., Langley, H. S., & Hlavacek, M. R. (2010). Psychological risks associated with appearance-altering procedures: issues "facing" cosmetic surgery. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America*, 22(4), 439–444.
<https://doi.org/10.1016/j.coms.2010.07.010>
- Rice, S. M., Siegel, J. A., Libby, T., Graber, E., Kourosh, A. S. (2021). Zooming into cosmetic procedures during the COVID-19 pandemic: The provider's perspective, *International Journal of Women's Dermatology*, 7(2), 213-216.
<https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2021.01.012>.
- Ridolfi, D. R., Crowther, J. H. (2013). The link between women's body image disturbances and body-focused cancer screening behaviors: A critical review of the literature and a new integrated model for women. *Body Image*, 10, 149–162.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.11.003>
- Riggio, R. E., Riggio, H. R. (2012). Face and Body in Motion: Nonverbal Communication. . In Cash, T. F. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. Volume 1, 425-430. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00012-2>
- Rigó A, Kökönyei Gy. (2014). Az életminőséggel kapcsolatos fő szakirodalmi kérdések krónikus szomatikus betegséggel élő körében.
Alkalmazott Pszichológia, 14, 5–14.
- Ritvo, E., Riche, C. L., Stillman, M. A. (2009). Patients with unrealistic expectations. In: Carniol, P. J., Monheit, G. D., (eds.): *Aesthetic Rejuvenation Challenges and Solutions: A World Perspective (Series in Cosmetic and Laser Therapy)*. 6–10. New York, NY: Informa UK Ltd.
- Robinson, R. G., Price, T. R. (1982). Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients. *Stroke*, 13(5), 635–641. <https://doi.org/10.1161/01.str.13.5.635>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rossell, S. L., Labuschagne, I., Castle, D. J., Toh, W. L. (2020) Delusional themes in Body Dysmorphic Disorder (BDD): Comparisons with psychotic disorders and non-clinical Controls, *Psychiatry Research*, 284, 112694.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112694>
- Saade, D. S., de Castro Maymone, M. B., Vashi, N. A. (2018). The ethics of the cosmetic consult: Performing procedures on the body dysmorphic patient. *International journal of women's dermatology*, 4(3), 185-187.

- Saetta, G., Ruddy, K., Zapparoli, L., Gandola, M., Salvato, G., Sberna, M., Bottini, G., Brugger, P., & Lenggenhager, B. (2022). White matter abnormalities in the amputation variant of body integrity dysphoria. *Cortex; a journal devoted to the study of the nervous system and behavior*, *151*, 272–280. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2022.03.011>
- Sallay, V., Martos, T., Földvári, M., Szabó, T., & Ittész, A. (2014). A Rosenberg önértékelés skála (RSES-H): alternatív fordítás, strukturális invariancia és validitás. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, *15*(3), 259-275. <https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.3.7>
- Sarcu, D., Adamson, P. (2017). Psychology of the Facelift Patient. *Facial plastic surgery: FPS*, *33*(3), 252–259. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1598071>
- Sarwer, D. B. (2019). Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments. *Body image*, *31*, 302–308. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.01.009>
- Sarwer, D. B., Bishop-Gilyard, C. T., Carvajal, R. (2014). Quality of Life. In: Still, C. D., Sarwer, D. B., Blankenship, J. (eds.): *The ASMBS Textbook of Bariatric Surgery*. Vol 2. 19-24. New York: Springer;
- Sarwer, D. B., Brown, G. K., Evans, D. L. (2007). Cosmetic breast augmentation and suicide. *American journal of psychiatry*, *164*(7), 1006-1013.
- Sarwer, D. B., Pertschuk, M. J., Wadden, T. A., Whitaker, L. A. (1998). Psychological investigations in cosmetic surgery: a look back and a look ahead. *Plastic and reconstructive surgery*, *101*(4), 1136-1142.
- Sarwer, D. B., Spitzer, J. C. (2016). Cosmetic Surgical and Minimally Invasive Treatments. In: Friedman, H. S. (ed.): *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*. 362-367. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00057-4>
- Sarwer, D. B., Crerand, C. E. (2004). Body image and cosmetic medical treatments. *Body image*, *1*(1), 99–111. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00003-2](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00003-2)
- Sarwer, D. B., & Spitzer, J. C. (2012). Body image dysmorphic disorder in persons who undergo aesthetic medical treatments. *Aesthetic surgery journal*, *32*(8), 999–1009. <https://doi.org/10.1177/1090820X12462715>
- Sarwer, D. B., Infield, A. L., Baker, J. L., Casas, L. A., Glat, P. M., Gold, A. H., Jewell, M. L., Larossa, D., Nahai, F., & Young, V. L. (2008). Two-year results of a prospective, multisite investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery. *Aesthetic surgery journal*, *28*(3), 245–250. <https://doi.org/10.1016/j.asj.2008.02.003>
- 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., Nahai, F., & Young, V. L. (2005). A prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery.

- Aesthetic surgery journal*, 25(3), 263–269. <https://doi.org/10.1016/j.asj.2005.03.009>
- Sarwer, D. B., Polonsky, H. M. (2016). *Body Image and Body Contouring Procedures*. *Aesthetic surgery journal*, 36(9), 1039–1047. <https://doi.org/10.1093/asj/sjw127>
- Sarwer, D.B., Cash, T.F., Magee, L., Williams, E.F., Thompson, J.K., Roehrig, M., & et al. (2005). Female college students and cosmetic surgery: An investigation of experiences, attitudes, and body image. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 115(3), 931–938. <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000153204.37065.D3>.
- Schieber, K., Kollei, I., de Zwaan, M., Müller, A., Martin, A. (2013). Personality traits as vulnerability factors in body dysmorphic disorder, *Psychiatry Research*, 210(1), 242-246. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.009>
- Schmitt, D. P., Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 89(4), 623–642. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623>
- Schneider, S. C., Turner, C. M., Storch, E. A., Hudson, J. L. (2019). Body dysmorphic disorder symptoms and quality of life: the role of clinical and demographic variables. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.11.002>
- Schwartz, M. B., Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1(1), 43-56.
- Schwartz, M. B., Vartanian, L. R., Nosek, B. A., Brownell, K. D. (2006). The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity*, 14(3), 440–447. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.58>
- Saetta, G., Ruddy, K., Zapparoli, L., Gandola, M., Salvato, G., Sberna, M., Bottini, G., Brugger, P., & Lenggenhager, B. (2022). White matter abnormalities in the amputation variant of body integrity dysphoria. *Cortex; a journal devoted to the study of the nervous system and behavior*, 151, 272–280. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2022.03.011>
- Senín-Calderón, C., Perona-Garcelán, S., Rodríguez-Testal, J. F. (2020). The dark side of Instagram: Predictor model of dysmorphic concerns. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(3), 253-261. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.06.005>
- Sharp, G., Tiggemann, M., Mattiske, J. (2014). The role of media and peer influences in Australian women's attitudes towards cosmetic surgery. *Body image*, 11(4), 482–487. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.07.009>
- Shaw, A.M., Arditte Hall, K.A., Rosenfield, E., Timpano, K.R. (2016). Body dysmorphic disorder symptoms and risk for suicide: The role of depression. *Body Image*, 19, 169-174.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.09.007>

- Siegfried, E., Ayrolles, A., Rahioui, H. (2018). L'obsession de dysmorphie corporelle: perspectives d'évolution de la prise en charge [Body dysmorphic disorder: Future prospects of medical care]. *L'Encephale*, 44(3), 288–290. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.08.001>
- Singh, D. (1993). Adaptive significance of female physical attractiveness: Role of waist-to-hip ratio. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 292–307.
- Singh, K. A., Losken, A. (2012). Additional benefits of reduction mammoplasty: a systematic review of the literature. *Plastic and reconstructive surgery*, 129(3), 562–570. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e31824129ee>
- Skwirczyńska, E., Piotrowiak, M., Ostrowski, M., Wróblewski, O., Tejchman, K., Kwiatkowski, S., & Cymbaluk-Płoska, A. (2022). Welfare and Self-Assessment in Patients after Aesthetic and Reconstructive Treatments. *International journal of environmental research and public health*, 19(18), 11238. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811238>
- Slater, A., Schuleburg, C., Brown, E., Badenoch, M., Butterworth, G., Parsons, S., & Samuels, C. (1998). Newborn infants prefer attractive faces. *Infant Behavior and Development*, 21, 345–354.
- Sobanko, J. F., Taglienti, A. J., Wilson, A. J., Sarwer, D. B., Margolis, D. J., Dai, J., & Percec, I. (2015). Motivations for seeking minimally invasive cosmetic procedures in an academic outpatient setting. *Aesthetic surgery journal*, 35(8), 1014–1020. <https://doi.org/10.1093/asj/sjv094>
- Solvi, A. S., Foss, K., von Soest, T., Roald, H. E., Skolleborg, K. C., & Holte, A. (2010). Motivational factors and psychological processes in cosmetic breast augmentation surgery. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 63(4), 673–680. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2009.01.024>
- Stefanile, C., Nerini, A., Mater, C. (2014). The factor structure and psychometric properties of the Italian version of the acceptance of cosmetic surgery scale. *Body Image*, 11(4), 370–379. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.06.005>
- Steiger H. (2004). Eating disorders and the serotonin connection: state, trait and developmental effects. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 29(1), 20–29.
- Sterling M. (2011). General Health Questionnaire - 28 (GHQ-28). *Journal of physiotherapy*, 57(4), 259. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(11\)70060-1](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(11)70060-1)
- Sucupira, E., Sabino Neto, M., Dini, G. M., de Brito, M. J., Ferreira, L. M. (2016). Brazilian Portuguese version of the Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) for screening

- children and adolescents seeking plastic surgery. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 69(3), e69–e70. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2015.12.019>
- Summers, B. J., Aalbers, G., Jones, P. J., McNally, R. J., Phillips, K. A., & Wilhelm, S. (2020). A network perspective on body dysmorphic disorder and major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 262, 165–173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.011>
- Sun, M. D., Rieder, E. A. (2022). Psychosocial issues and body dysmorphic disorder in aesthetics: Review and debate. *Clinics in dermatology*, 40(1), 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2021.08.008>
- Susánszky, É., Konkoly-Thege, B., Stauder, A., Kopp, M. (2006). A WHO jólét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 247-255.
- Swami V. (2009). Body appreciation, media influence, and weight status predict consideration of cosmetic surgery among female undergraduates. *Body image*, 6(4), 315–317. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.07.001>
- Swami, V., Arteche, A., Chamorro-Premuzic, T., Furnham, A., Stieger, S., Haubner, T. & Voracek, M. (2008). Looking good: Factors affecting the likelihood of having cosmetic surgery. *European journal of plastic surgery*, 30, 211-218.
- Swami, V., Chamorro–Premuzic, T., Bridges, S., Furnham, A. (2009). Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors. *Body Image*, 6(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.09.004>
- Swami, V., Harris, A. S. (2012). Body Art: Tattooing and Piercing. In Cash, T. F. (ed.): *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. Volume 1, 58-65. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00012-2>
- Sweis, I. E., Spitz, J., Barry, D. R., Jr, Cohen, M. (2017). A Review of Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic Surgery Patients and the Legal Implications. *Aesthetic plastic surgery*, 41(4), 949–954. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0819-x>
- Sykes, J. M. (2008). Patient selection in facial plastic surgery. *Facial plastic surgery clinics of North America*, 16(2), 173–176. <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2007.11.003>
- Szabó, P. (2008). A testképzavarok néhány speciális vonatkozása: Testdiszmorfiás zavar, plasztikai sebészet és apotemnofília. In: Túry F, Pászthy B. (szerk.) *Evészavarok és testképzavarok*. 93-107. Budapest: Pro Die Kiadó.
- Szabó, P. (2010). Egy régi „új” betegség: a testdiszmorfiás zavar (dysmorphophobia). *Orvosi Hetilap*, 151, 1805-1815. <https://doi.org/10.1556/oh.2010.28971>
- Szabó, P., Szászi, B. (2021). Testdiszmorfiás zavar: száz év magány. *Psychiatria Hungarica*, 36(2), 143-161.

- Szabó, K., Túry, F., Czeglédi, E. (2011) Evészavarok és a média - a magazinolvasási szokások és az evészavarok lehetséges kapcsolata = Eating disorders and the media — magazine reading habits and their possible relationship to eating disorders. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12(4), 353-374.
- Szabó, P. (2000). Testkép és testvázlat. In: Túry F., Szabó, P. (eds.): *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. (59-76.), Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Szádóczky, E., Rózsa, S., Zámboi, J., Füredi, J. (2004). Anxiety and mood disorders in primary care practice. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 8(2), 77–84.
<https://doi.org/10.1080/13651500310004966>
- Szászi, B. (2009). Ál-arc: A testdiszmorfiás zavar bemutatása. *Mindennapi pszichológia*.
<https://mipszi.hu/cikk/090730-al-arc-testdiszmorfi-as-zavar-bemutatasa>
- Szászi, B., Szabó, P. (2014^a). Az esztétikai sebészet pszichológiai vonatkozásai. In: Koncz, I., Szova, I. (szerk.): *Hiteles(ebb) tudományos prezentációk*. II. kötet. 38-45. PEME VIII. Ph.D. – Konferencia. Budapest: Professzorok az Európai Magyarorszáért Egyesület.
- Szászi, B., Szabó, P. (2014^b). Esztétikai sebészeti beteganyag pszichológiai vizsgálata magyar mintán. In: Münnich, Á. (szerk.) *Pszichológiai kutatások*. 73-84. Debrecen: Debreceni Egyetem Pszichológiai Doktori Program, Debreceni Egyetemi Kiadó.
- Szászi, B., Szabó, P. (2023). A testdiszmorfiás zavar pszichológiai vonatkozásai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 78(3), 1-27.
- Szászi, B., Szabó, P. (2024). The prevalence of body dysmorphic disorder and the acceptance of cosmetic surgery in a nonclinical sample of Hungarian adults. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 25(1), 69-84. DOI: <https://doi.org/10.1556/0406.2024.00052>
- Tamás, R., Szászi, B. (2020). Szexuális motivációk a plasztikai sebészen. *Magyar Tudomány*, 181(3), 293-302.
- Terino, E. (2008). Psychology of the Aesthetic Patient: The Value of Personality Profile Testing. *Facial plastic surgery clinics of North America*, 16(2), 165-171.
- Tignol, J., Biraben-Gotzamanis, L., Martin-Guehl, C., Grabot, D., Aouizerate, B. (2007). Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(8), 520–524.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.05.003>
- Toh, W. L., Castle, D. J., Rossell, S. L. (2017). Face and Object Perception in Body Dysmorphic Disorder versus Obsessive-Compulsive Disorder: The Mooney Faces Task. *Journal of the*

International Neuropsychological Society: JINS, 23(6), 471–480.
<https://doi.org/10.1017/S1355617717000327>

- Torrìsi, M., Pennisi, G., Russo, I., Amico, F., Esposito, M., Liberto, A., Cocimano, G., Salerno, M., Li Rosi, G., Di Nunno, N., & Montana, A. (2020). Sudden Cardiac Death in Anabolic-Androgenic Steroid Users: A Literature Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(11), 587. <https://doi.org/10.3390/medicina56110587>
- Torzsa P, Hargittay Cs, Kalabay L. (2017). A szorongás és a depresszió jelentősége a családorvosi gyakorlatban. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 19(3), 137-146.
- Treasure, J., Duarte, T. A., Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Trott, M., Johnstone, J., Firth, J., Grabovac, I., McDermott, D., & Smith, L. (2021). Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in health club users in the presence vs absence of eating disorder symptomology. *Eating and weight disorders: EWD*, 26(4), 1169–1177. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01018-y>
- Túry, F., Szabó, P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Túry, F., Babusa, B., Dukay-Szabó, Sz., Varga, M. (2010). Az evés- és testképzavarok újabb típusai a modern civilizációs ártalmak között. *Magyar Tudomány*, 171(11), 1306-1314.
- Túry, F., Szabó, P., Szendrey, G. (1990). Evészavarok prevalenciája egyetemista populációban. *Ideggyógyászati Szemle*, 43, 409-418.
- Túry, F., Szabó, P., Dukay-Szabó, Sz., Szumska, I., Simon, D., & Gathner, G. (2020) Eating disorder characteristics among Hungarian medical students: Changes between 1989 and 2011. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(4), 1079-1087. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00078>
- Tyrer, P., Reed, G. M., Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*, 385(9969), 717-726.
- Valikhani, A., Goodarzi, M. A. (2017). Contingencies of Self-Worth and Psychological Distress in Iranian Patients Seeking Cosmetic Surgery: Integrative Self-Knowledge as Mediator. *Aesthetic plastic surgery*, 41(4), 955–963. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0853-8>
- Varga, K. (szerk.) (2013). *Helyzet+oldások. Kommunikációs stratégiák kiélezett orvosi helyzetekben*. 7-12. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Vartanian, L. R., Dey, S. (2013). Self-concept clarity, thin-ideal internalization, and appearance-related social comparison as predictors of body dissatisfaction. *Body image*, 10(4), 495–500. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.05.004>

- Vashi, N. (2015). *Beauty and body dysmorphic disorder*. Springer International Publishing; Basel, Switzerland.
- Veale D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image, 1*(1), 113-125.
- Veale, D, Gilbert, P. (2014). Body dysmorphic disorder: The functional and evolutionary context in phenomenology and a compassionate mind, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*(2), 150-160. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.11.005>.
- Veale, D., Eshkevari, E., Kanakam, N., Ellison, N., Costa, A., & Werner, T. (2014) The Appearance Anxiety Inventory: validation of a process measure in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*(5), 605-16. doi: [10.1017/S1352465813000556](https://doi.org/10.1017/S1352465813000556). Epub 2013 Jul 3. PMID: 23823485.
- Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., Hodsoll J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image, 18*, 168–186. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.07.003>
- Veale, D., Miles, S., Read, J., Troglia, A., Carmona, L., Fiorito, C., Wells, H., Wylie, K., & Muir, G. (2015). Phenomenology of men with body dysmorphic disorder concerning penis size compared to men anxious about their penis size and to men without concerns: a cohort study. *Body image, 13*, 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.008>
- Veer, V., Jackson, L., Kara, N., Hawthorne, M. (2014). Pre-operative considerations in aesthetic facial surgery. *The Journal of laryngology and otology, 128*(1), 22–28. <https://doi.org/10.1017/S0022215113003162>
- von Soest, T., Kvalem, I. L., Roald, H. E., Skolleborg, K. C. (2009). The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS, 62*(10), 1238–1244. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2007.12.093>
- von Soest T, Torgersen, L., Kvalem, I. L. (2020). Mental health and psychosocial characteristics of breast augmentation patients. *Journal of health psychology, 25*(9), 1270–1284. <https://doi.org/10.1177/1359105318754645>
- von Soest, T., Kvalem, I. L., Skolleborg, K. C., Roald, H. E. (2006). Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. *Plastic and reconstructive surgery, 117*(1), 51–64. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000194902.89912.f1>
- Wade, T. D. (2019). Recent Research on Bulimia Nervosa, *Psychiatric Clinics of North America, 42*(1), 21-32, <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.002>

- Waldman, A., Maisel, A., Weil, A., Iyengar, S., Sacotte, K., Lazaroff, J. M., Kurumety, S., Shaunfield, S. L., Reynolds, K. A., Poon, E., Robinson, J. K., & Alam, M. (2019). Patients believe that cosmetic procedures affect their quality of life: An interview study of patient-reported motivations. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *80*(6), 1671–1681. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.01.059>
- Wampler, A. T., Powelson, I. A., Homa, K., Freed, G. L. (2021). BREAST-Q Outcomes before and after Bilateral Reduction Mammoplasty. *Plastic and reconstructive surgery*, *147*(3), 382e–390e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007605>
- Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36–item short–form health survey (SF–36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, *30*(6), 473–483.
- Wei, L., Ge, C., Xiao, W., Zhang, X., & Xu, J. (2018). Cross-sectional investigation and analysis of anxiety and depression in preoperative patients in the outpatient department of aesthetic plastic surgery in a general hospital in China. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, *71*(11), 1539–1546. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.07.015>
- Weingarden, H., Curley, E.E., Renshaw, K.D., Wilhelm, S. (2017). Patient-identified events implicated in the development of body dysmorphic disorder. *Body Image*, *21*, 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.02.003>
- Weingarden, H., Renshaw, K. D., Tangney, J.P., Wilhelm, S. (2016). Development and validation of the Body-Focused Shame and Guilt Scale. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *8*, 9-20. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.11.001>
- Westmoreland, P., Krantz, M. J., Mehler, P. S. (2016). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American journal of medicine*, *129*(1), 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031>
- Wever, C. C. C., Wever, A. M. E. A., Constantian, M. (2020). Psychiatric Disorders in Facial Plastic Surgery. *Facial plastic surgery clinics of North America*, *28*(4), 451–460. <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2020.06.003>
- World Health Organization. (2022). ICD-11: *International classification of diseases (11th revision)*. <https://icd.who.int/>
- Wilhelm, S., Weingarden, H., Greenberg, J. L., McCoy, T. H., Ladis, I., Summers, B. J., Matic, A., & Harrison, O. (2020). Development and Pilot Testing of a Cognitive-Behavioral Therapy Digital Service for Body Dysmorphic Disorder. *Behavior therapy*, *51*(1), 15–26. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.03.007>

- Wilksch, S. M., O'Shea, A., Ho, P., Byrne, S., Wade, T. D. (2020). The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *The International journal of eating disorders*, 53(1), 96–106. <https://doi.org/10.1002/eat.23198>
- Wollmer, M. A., de Boer, C., Kalak, N., Beck, J., Götz, T., Schmidt, T., Hodzic, M., Bayer, U., Kollmann, T., Kollwe, K., Sönmez, D., Duntsch, K., Haug, M. D., Schedlowski, M., Hatzinger, M., Dressler, D., Brand, S., Holsboer-Trachsler, E., & Kruger, T. H. (2012). Facing depression with botulinum toxin: a randomized controlled trial. *Journal of psychiatric research*, 46(5), 574–581. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.01.027>
- Yazdandoost, R. Y., Hayatbini, N., Asgharnejad Farid, A. A., Gharaee, B., Latifi, N. A. (2016). The Body Image Dissatisfaction and Psychological Symptoms among Invasive and Minimally Invasive Aesthetic Surgery Patients. *World journal of plastic surgery*, 5(2), 148–153.
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 67(6), 361-370.
- Zimmer, R., Methfessel, I., Heiss, L., Kovacs, L., Papadopulos, N. A. (2022). Eating disorders: A neglected group of mental disorders in patients requesting aesthetic surgery. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 75(2), 840–849. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2021.09.080>
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet. Psychiatry*, 2(12), 1099–1111. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)

Linkek:

<https://independentcritics.com/about-us/>

American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery AAFPRS Annual Survey Unveils Rising Trends In Facial Plastic Surgery.

https://www.aafprs.org/media/stats_polls/m_stats.html.

American Society of Plastic Surgeons: Inaugural ASPS Insights and Trends Report: Cosmetic Surgery 2022.

<https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Trends/2022/trendsreport-cosmetic-surgery-2022.pdf> Letöltve: 2023.07.18.

Da Silva, J. (2003): <https://www.londonfacialplasticsurgery.co.uk/plastic-surgery-blog/who-is-the-most-beautiful-woman-in-the-world/>

International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS): AESTHETIC/COSMETIC PROCEDURES performed in 2021. Letöltve: 2023.07.18.
https://www.isaps.org/media/vdpdanke/isaps-global-survey_2021.pdf

World Health Organization. ICD-11: International classification of diseases (11th revision). 2019. Letöltve: <https://icd.who.int/>.

WHO (2022, 2023): <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>



Nyilvántartási szám: DEENK/208/2024.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Szászi Beáta
Doktori Iskola: Humán Tudományok Doktori Iskola
MTMT azonosító: 10066416

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

Magyar nyelvű könyvrészletek (1)

1. **Szászi, B.**, Szabó, P.: Esztétikai sebészeti beteganyag pszichológiai vizsgálata magyar mintán.
In: Pszichológiai Kutatások. Szerk.: Münnich Ákos, Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen, 73-84, 2014. ISBN: 9789633184158

Magyar nyelvű tudományos közlemények hazai folyóiratban (3)

2. **Szászi, B.**, Szabó, P.: A testdiszmorfiás zavar pszichológiai vonatkozásai.
Magyar Pszichológiai Szemle. 78 (3), 409-435, 2023. ISSN: 0025-0279.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/0016.2023.00042>
3. Szabó, P., **Szászi, B.**: Testdiszmorfiás zavar: száz év magány.
Psychiatr Hung. 36 (2), 143-161, 2021. ISSN: 0237-7896.
4. Tamás, R., **Szászi, B.**: Szexuális motivációk a plasztikai sebészetben.
Magy. Tud. 181 (3), 293-302, 2020. ISSN: 0025-0325.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/2065.181.2020.3.2>

Idegen nyelvű tudományos közlemények hazai folyóiratban (1)

5. **Szászi, B.**, Szabó, P.: The prevalence of body dysmorphic disorder and the acceptance of cosmetic surgery in a nonclinical sample of Hungarian adults.
Mentálhigiéné és Pszichoszomatika. 25 (1), 69-84, 2024. ISSN: 1419-8126.
DOI: <https://doi.org/10.1556/0406.2024.00052>

Magyar nyelvű konferencia közlemények (1)

6. **Szászi, B.**, Szabó, P.: Az esztétikai sebészet pszichológiai vonatkozásai.
In: "Hiteles(ebb) tudományos prezentációk" PEME VIII. Ph.D. - Konferencia. Szerk.: Kóncz István, Szova Ilona, Professzorok az Európai Magyarországért Egyesület, Budapest, 38-45, 2014. ISBN: 9789638991522





Magyar nyelvű absztrakt kiadványok (6)

7. **Szászi, B.**, Szabó, P.: Plasztikai sebészeti páciensek pszichológiai rizikóbecslése.
In: Változás az állandóságban: A Magyar Pszichológiai Társaság XXVII. Országos Tudományos Nagygyűlése : Kivonatkötet. Szerk.: Lippai Edit, Magyar Pszichológiai Társaság, Budapest, 200, 2018. ISBN: 9786158024174
8. **Szászi, B.**, Szabó, P.: Az esztétikai sebészeti páciensek műtéti motivációi - "Ifjúság, gyöngykoszorú, ki elveszti be szomorú".
In: Magyar Pszichológiai Társaság (MPT) XX. Nagygyűlése: Hagyomány és megújulás. Szerk.: Vargha András, Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Kar, Budapest, 209-210, 2011.
9. **Szászi, B.**, Szabó, P.: Az öngyilkosság vizsgálata esztétikai sebészeti páciensek körében.
Psychiatr Hung. 26 (1), 120, 2011. ISSN: 0237-7896.
10. **Szászi, B.**, Szabó, P.: "Nem csinos akarok lenni..., tökéletes!": A testdiszmorfiás zavar és az evészavarok kapcsolata.
In: Evészavarok - az epidemiológiától a pszichoterápiáig" 3. magyar evészavar kongresszus : absztraktok. Szerk.: Pászthy Bea, Túry Ferenc, Magyar Evészavar Társaság, Budapest, 1, 2010.
11. **Szászi, B.**, Szabó, P.: A plasztikai sebészet pszichológiai vonatkozásai.
In: Egyén és Kultúra - A pszichológia válasza napjaink társadalmi kihívásaira a Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Országos tudományos nagygyűlése: Kivonatkötet : programfüzet melléklettel. Szerk.: Vargha András, Magyar Pszichológiai Társaság, Pécs, 203-204, 2010. ISBN: 9789638791535
12. Szabó, P., **Szászi, B.**: A testdiszmorfiás zavar neurobiológiai és kognitív vonatkozásai.
In: Egyén és Kultúra - A pszichológia válasza napjaink társadalmi kihívásaira Kivonatkötet : programfüzet melléklettel. Szerk.: Vargha András, Magyar Pszichológiai Társaság, Pécs, 129, 2010. ISBN: 9789638791535

Idegen nyelvű absztrakt kiadványok (2)

13. **Szászi, B.**, Szabó, P.: The motivation for operation in aesthetical surgery: An interview study.
In: 19. International Wissenschaftliche Tagung, Kongress Essstörungen Alpbach, 2011 October 20-22. Alpbach, Tyrol, Austria : Programm and Abstracts / Günther Rathner Österreichische Gesellschaft für Essstörungen, Alpbach, 49, 2011.
14. **Szászi, B.**, Szabó, P.: To Be Tailor-Made: The prevalence of body dysmorphic disorder among aesthetic surgical patients.
In: Kongress Essstörungen 2010 : 18. Internationale Wissenschaftliche Tagung, Kongress Essstörungen, Alpbach, Tirol, Österreich : Programm and Abstracts / Günther Rathner Österreichische Gesellschaft für Essstörungen, Alpbach, 90-91, 2010.





További közlemények

Magyar nyelvű tudományos közlemények hazai folyóiratban (2)

15. GreCsó, Z., **Szászi, B.**: A Franklin módszer mentális gyakorlatainak alkalmazása a táncoktatásban.

Tánc és Nevelés. 3 (1), 83-92, 2022. ISSN: 2732-1002.

DOI: <http://dx.doi.org/10.46819/TN.3.1.83-92>

16. **Szászi, B.**, Szabó, P.: A táncos test: egészség, testi elégedettség, testhez való viszony, evési attitűdök és önértékelés vizsgálata táncosok körében.

Tánc és Nevelés. 2 (1), 4-29, 2021. ISSN: 2732-1002.

DOI: <http://dx.doi.org/10.46819/TN.2.1.4-29>

Idegen nyelvű tudományos közlemények hazai folyóiratban (1)

17. GreCsó, Z., **Szászi, B.**: Application of Mental Practices of the Franklin Method in Dance Education. Utánközlés nyelvi változat,

Tánc és Nevelés. 3 (1), 93-101, 2022. ISSN: 2732-1002.

DOI: <http://dx.doi.org/10.46819/TN.3.1.93-101>

Egyéb folyóiratközlemények (1)

18. **Szászi, B.**, Szabó, P.: Dancers' Body: The Examination of Health, Body Satisfaction, Body Attitudes, Eating Attitudes, and Self-Esteem among Dancers. Utánközlés nyelvi változat,

Tánc és Nevelés. 2 (1), 30-54, 2021. ISSN: 2732-1002.

DOI: <http://dx.doi.org/10.46819/TN.2.1.30-54>

Magyar nyelvű absztrakt kiadványok (1)

19. **Szászi, B.**: A táplálkozástudomány helye a táncpedagógus képzésben.

In: VII. Nemzetközi Tánc tudományi Konferencia: Tánc és Kulturális Örökség : Absztraktkötet.

Szerk.: Lanszki Anita, Egey Emese, Magyar Táncművészeti Egyetem, Budapest, 66, 2019.

ISBN: 9786155852077

A DEENK a Jelölt által az iDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudományometriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2024.05.02.



Ábrák és táblázatok jegyzéke

Ábrajegyzék

1. ábra: A világ legszebb női arcai (Independent Critics, 2023) Forrás: Instagram (saját szerkesztés).....	12
2. ábra: Cash kognitív-behaviorista testkép modelljének a szerző által átdolgozott változata (saját szerkesztés)	16
3. ábra: Plasztikai sebészen előforduló leggyakoribb mentális zavarok csoportosítása az operálhatóság szempontjából.....	19
4. ábra: Mentális alkalmasságvizsgálat a plasztikai sebészen	41
5. ábra: Műtéti motivációk előfordulása.....	82
6. ábra: A motivációban szerepet játszó személyek	83
7. ábra: A műtét melletti döntés kiváltó okai.....	84
8. ábra: A műtéttel kapcsolatos elvárások	84
9. ábra: Q-Q ábra - standardizált reziduálisok eloszlása	109

Táblázatjegyzék

1. táblázat: A testdiszmorfiás zavar diagnosztikai kritériumai.....	23
2. táblázat: Az Amerikai Egyesült Államok adatai a legnépszerűbb esztétikai sebészeti beavatkozások gyakoriságáról (AS, 2022)	34
3. táblázat: Az elvégzett beavatkozások gyakorisága.....	53
4. táblázat: A BDDQ tételeinek leíró statisztikája, nemenkénti összehasonlításban.....	55
5. táblázat: A BDD-s és a nem BDD-s nők összehasonlítása.....	56
6. táblázat: A testdiszmorfiás zavarral összefüggő változók (többszörös bináris logisztikus regresszió analízis alapján).....	57
7. táblázat: Nemi különbségek.	58
8. táblázat: A testi elégedettség, BDD és esztétikai beavatkozások összehasonlítása a nők BMI csoportjai alapján	59
9. táblázat: A BMI, a BDD és az esztétikai sebészet megfontolásának összehasonlítása a nők korcsoportjai alapján.....	60
10. táblázat: Az operált és nem operált nők összehasonlítása	61
11. táblázat: Az alacsonyabb és magasabb iskolai végzettségűek összehasonlítása	62
12. táblázat: A nők testi elégedettsége – két lineáris regresszió analízis	63
13. táblázat: A kozmetikai sebészet elfogadottságával összefüggő változók - lineáris regresszióanalízis.....	64
14. táblázat: A BMI csoportok gyakorisága a műtetre jelentkező nők körében.....	68
15. táblázat: A műtéti terület és a műtét megvalósulásának gyakorisága	69
16. táblázat: Egyéb változók - Az esztétikai és rekonstrukciós sebészeti páciensek, valamint a kontrollcsoport összehasonlítása	79
17. táblázat: áblázat: Elvégzett beavatkozások és a testrészekkel kapcsolatos elégedettség összefoglalása	80
18. táblázat: A fizikai elváltozásra vonatkozó műtéti motivációk összefoglalása	92
19. táblázat: A műtéti motivációk összehasonlítása	94
20. táblázat: A beavatkozások melletti döntés okainak összefoglalása.....	96
21. táblázat: Az ellátás típusa és a műtéti területek keresztábrája az utánkövetésben	100
22. táblázat: Egészséggel kapcsolatos változók - a plasztikai sebészeti páciensek preoperatív és posztoperatív vizsgálatának összehasonlítása	102
23. táblázat: Testképpel és önértékeléssel kapcsolatos változók - A plasztikai sebészeti páciensek preoperatív és posztoperatív vizsgálatának összehasonlítása	104

24. táblázat: A rosszabb és jobb mentális állapotú betegek preoperatív és posztoperatív eredményeinek összehasonlítása	107
25. táblázat: A műtéti elégedettséggel összefüggő változók vizsgálata (lineáris regresszió analízis alapján)	109
26. táblázat: Mentális alkalmasságvizsgálati rendszer	121
27. táblázat: Pszichés alkalmasság megállapításához alkalmazható eszközök, kérdések	123

Mellékletek

1. melléklet: táblázat: A műtétre jelentkező nők és a kontrollcsoport összehasonlítása

Változók	Műtétre jelentkezők	Kontroll	Mann- Whitney-U / χ^2	p	r / Cramér -V
Egészségi állapot (SF-36) M (SD)	2,47 (0,74) n = 127	2,74 (0,80) n = 111	U = 5741,5	0,007	0,17
GHQ Szomatikus M (SD)	0,7 (1,35) n = 124	1,24 (1,86) n = 113	U = 5912,5	0,016	0,15
GHQ Összpontszám M (SD)	2,47 (4,25) n = 121	3,95 (5,45) n = 108	U = 5553,5	0,037	0,13
BSI Szomatizálás skála M (SD)	8,77 (3,06) n = 127	9,6 (3,35) n = 110	U = 5440	0,002	0,19
BSI Kényszeres rögeszmés skála M (SD)	7,95 (2,82) n = 121	8,9 (3,5) n = 102	U = 5077	0,019	0,15
BIS Testápolás skála M (SD)	21,91 (2,41) n = 124	21,2 (2,45) n = 113	U = 5662	0,01	0,16
BIS Testvédelem skála M (SD)	26,22 (2,65) n = 122	25,4 (2,68) n = 115	U = 5791	0,019	0,15
EAT Diétázás skála M (SD)	3,20 (3,30) n = 123	1,67 (2,18) n = 114	U = 5205,5	< 0,001	0,22
EAT Bulimia M (SD)	0,47 (1,21) n = 125	0,31 (0,92) n = 115	U = 6851,5	0,349	0,06
EAT Orális kontroll M (SD)	0,22 (0,71) n = 123	0,38 (1,03) n = 115	U = 6688	0,239	0,07
EAT Összpontszám M (SD)	3,8 (3,9) n = 119	2,35 (2,87) n= 114	U = 5395	0,006	0,18
BDD-pozitivitás ^a % (n)	9,4% (12) n = 127	0,9% (1) n = 115	$\chi^2(1)= 8,739$	0,003	0,190
Önértékelés M (SD)	32,93 (5,04) n = 120	32,47 (5,34) n = 110	U = 6268	0,509	0,04

Edzettségi állapottal kapcsolatos elégedettség ^a % (n)	1	37% (47)	53,9% (62)	$\chi^2(2)= 9,007$	0,011	0,193
	2	14,2% (18)	15,7% (18)			
	3	48,8% (62)	30,4% (35)			
Jelenlegi és ideális testalakok különbsége M (SD)		1,38 (1,14) n = 125	1,46 (1,23) n = 109	U = 6596,5	0,665	0,02
Szubjektív jóllét M (SD)		14,14 (2,83) n = 125	13,41 (3,26) n = 112	U = 6152	0,105	0,10

Megjegyzés: GHQ = General Health Questionnaire, BSI = Brief Symptom Inventory, BIS = Body Investment Scale, EAT = Eating Attitudes Test, BDD = body dysmorphic disorder, SF = Short Form, ^a = az értékelések összevonásra kerültek: az 5 fokú Likert-skála helyett 3 fokú Likertskálát használtam, ahol az 1,2 pontozás az elégedetlen, a 3 a közömbös és a 4,5 az elégedett értékeket veszi fel. Az edzettségi állapot esetében műtétre jelentkezők n = 127, kontrollcsoport n = 115.

2. melléklet: A BDDQ tételek gyakoriságainak összehasonlítása a plasztikai sebészeti páciensek és a kontrollcsoport válaszai alapján

BDDQ tételek	Válaszok	Plasztikai sebészeti páciens (n = 127)	Kontroll (n = 115)	$\chi^2(1)$ p	Cramér V
Nagyon aggasztja azon testrészének/testrészeinek a megjelenése, amelyet/amelyeket visszatásítónak tart?	Igen	36,2% (46)	20% (23)	7,790 0,005	0,179
Ha „igen”-nel válaszolt: Ezek az aggodalmak erősen foglalkoztatják, azaz túl sokat gondol rájuk, és azt szeretné, ha kevesebbet gondolna rájuk?	Igen	57,1% (32)	15,7% (8)	19,597 < 0,001	0,428
A fő problémája a megjelenésével az, hogy nem elég sovány, illetve elhízhat?	Igen	39,2% (49)	43,2% (48)	0,397 0,529	0,041
A külső megjelenésével kapcsolatos aggodalmaskodás milyen hatással volt az életére?					
A rendellenesség(ek) sok feszültséget és lelki szenvedést okozott (okoztak)?	Igen	31,7% (39)	13% (14)	11,428 < 0,001	0,222
A rendellenesség(ek) jelentősen akadályozta (akadályozták) a társas kapcsolatait?	Igen	18,7% (23)	4,7% (5)	10,529 0,001	0,214
A rendellenesség(ek) jelentősen akadályozta (akadályozták) tanulmányai végzésében, a munkájában vagy abban, hogy bizonyos feladatait teljesítse (pl. a háztartás vezetése)?	Igen	6,7% (8)	- (-)	-	-
Vannak olyan dolgok, amiket elkerül a rendellenessége(i) miatt?	Igen	35,6% (42)	22,1% (23)	4,849 0,028	0,148
Befolyásolta-e a családja vagy barátai életét, esetleg megszokott tevékenységét az Ön külső megjelenése miatt aggodalmaskodása?	Igen	5,1% (6)	5,7% (6)	0,031 0,860	0,012
Mennyi időt tölt átlagosan egy nappal azzal, hogy a rendellenességére (rendellenességeire) gondol? ^a	Kevesebb, mint napi 1 órát	82,2% (88)	94,9% (94)	8,066 0,005	0,198
	Naponta 1-3 órát vagy annál többet	17,8% (19)	5,1% (5)		

Megjegyzés: BDD = body dysmorphic disorder, ^a = a független gyakoriságok értéke 5-nél alacsonyabb, ezért a három válaszlehetőségből kettő összevonásra került (Naponta 1-3 órát és Naponta több mint 1-3 órát gondol a rendellenességeire)

3. melléklet: Az operált és nem operált műtetre jelentkező nők összehasonlítása

Változók	Nem operáltak	Operáltak	Mann-Whitney-U / χ^2	p/r
Egészségi állapot (SF-36) M (SD)	2,47 (0,874) n = 17	2,47 (0,71) n = 110	U = 898,5	0,778
GHQ Összpontszám M (SD)	3,57 (5,99) n = 14	2,32 (3,98) n = 107	U = 835,5	0,793
EAT Összpontszám M (SD)	3,18 (3,41) n = 16	3,89 (3,98) n = 103	U = 778	0,717
GSI M (SD)	1,34 (0,44)	1,28 (0,36)	U = 604	0,947
BDD-pozitivitás % (n)	5,6% (3) n = 48	6,5% (9) n = 129	$\chi^2(1) = 0,056$	0,812
Önértékelés M (SD)	32,76 (4,95) n = 13	32,95 (5,07) n = 107	U = 675,5	0,865
BIS Összpontszám M (SD)	96,57 (11,27) n = 14	96,45 (9,20) n = 98	U = 672,5	0,905
Korábbi inzavív beavatkozások száma M (SD)	0,63 (0,97) n = 52	0,68 (1,02) n = 137	U = 3493	0,815
Korábbi szövődmények száma % (n)	0% (0) n = 20	12,7% (7) n = 56	$\chi^2(1) = 3,193$	0,203
Tervezett beavatkozások száma M (SD)	0,27 (0,53) n = 51	0,36 (0,61) n = 136	U = 3255	0,409
Hány testrésszel elégedetlen? M (SD)	1,46 (0,99) n = 50	1,29 (0,96) n = 135	U = 3028	0,232
Pszichés megbetegedés % (n)	13,5% (7) n = 52	10,3% (14) n = 136	$\chi^2(1) = 0,380$	0,537
Szubjektív jóllét M (SD)	12,43 (3,09) n = 16	14,39 (2,72) n = 109	U = 566	0,023 0,09

Jelenlegi és ideális testalakok különbsége M (SD)	1,38 (3,41) n = 17	1,38 (1,13) n = 108	U = 914	0,976
Testtel kapcsolatos elégedettség M (SD)	2,88 (1,16) n = 17	3,17 (1,01) n = 110	U = 795,5	0,321

Megjegyzés: GHQ = General Health Questionnaire, BSI = Brief Symptom Inventory, BIS = Body Investment Scale, EAT = Eating Attitudes Test, BDD = body dysmorphic disorder, SF = Short Form.

4. melléklet: Antropometriai változók - Az esztétikai és rekonstrukciós sebészeti páciensek, valamint a kontrollesoport összehasonlítása

Változók	Esztétikai páciensek M (SD) n = 40-94	Rekonstrukciós páciensek M (SD) n = 16-31	Kontroll személyek M (SD) n = 84-115	Kruskal-Wallis-H P	η^2
Testsúly	63,82 (10,53)	74,25 (10,68)	66,72 (11,89)	18,603 < 0,001	0,05
Kívánatos testsúly	60,71 (8,22)	65,25 (7,38)	60,65 (7,85)	8,168 0,017	0,03
Derékbőség	78,42 (11,03)	91,88 (12,80)	82,03 (13,98)	13,230 0,001	0,07
Kívánatos derékbőség	70,35 (8,5)	83,06 (13,10)	74,24 (9,63)	12,634 0,002	0,07
Jelenlegi testalak	4,60 (1,56)	6,30 (1,48)	5,13 (1,63)	24,790 < 0,001	0,09
Ideális testalak	3,47 (1,08)	4,13 (1,00)	3,66 (1,1)	8,783 0,012	0,02
Női ideális testalak	3,44 (1,00)	4,12 (0,88)	3,62 (0,92)	10,796 0,005	0,03
Testsúlykülönb- ség	-3,98 (4,03)	-8,28 (5,86)	-6,45 (6,75)	13,164 0,001	0,05
BMI	23,19 (3,57)	26,78 (3,47)	24,26 (4,23)	19,756 < 0,001	0,07

Megjegyzés: BMI = Body Mass Index

5. melléklet: A testtel kapcsolatos elégedettség összefoglalása - az esztétikai és a rekonstrukciós sebészeti páciensek összehasonlításában

Változók	Válaszok	Esztétikai páciens n = 83	Rekonstrukciós páciens n = 27	Mann-Whitney-U / χ^2	p	r / Cramér-V
Műtéti terület % (n)	mell	57% (61)	56,3% (18)	-	-	-
	has	5,6% (6)	37,5% (12)			
	szemhéj	24,3% (26)	-			
	arc	9,3% (10)	-			
	testkontúr	3,7% (4)	6,3% (2)			
Testtel kapcsolatos elégedettség % (n)	Elégedetlen	26,8% (22)	55,6% (15)	$\chi^2(2) = 13,113$	0,001 ^a	0,347
	Közömbös	14,6% (12)	25,9% (7)			
	Elégedett	58,5% (48)	18,5% (5)			
Karral kapcsolatos elégedettség % (n)	Elégedetlen	22,9% (19)	51,9% (14)	$\chi^2(2) = 12,101$	0,017	0,209
	Közömbös	18,1% (15)	22,2% (6)			
	Elégedett	59% (49)	25,9% (7)			
Derékkal kapcsolatos elégedettség % (n)	Elégedetlen	22% (18)	48,1% (13)	$\chi^2(2) = 10,289$	0,006	0,307
	Közömbös	22% (18)	29,6% (8)			
	Elégedett	56,1% (46)	22,2% (6)			
Bőrrel kapcsolatos elégedettség % (n)	Elégedetlen	18,1% (15)	29,6% (8)	$\chi^2(2) = 6,693$	0,035	0,247
	Közömbös	16,9% (14)	33,3% (9)			
	Elégedett	65,1% (54)	37% (10)			
Testsúllyal kapcsolatos elégedettség % (n)	Elégedetlen	42,2% (35)	76,9% (20)	$\chi^2(2) = 14,272$	0,006 ^a	0,362
	Közömbös	14,5% (12)	15,4% (4)			
	Elégedett	43,4% (36)	7,7% (2)			
Edzettségi állapottal kapcsolatos elégedettség % (n)	Elégedetlen	30,1% (25)	44,4% (12)	$\chi^2(2) = 6,527$	0,038 ^a	0,244
	Közömbös	9,6% (8)	22,2% (6)			
	Elégedett	60,2% (50)	33,3% (9)			

Megjegyzés: BDD = Body Dysmorphic Disorder, a BSQ tételeinél az értékelések összevonásra kerültek: az 5fokú Likert-skála helyett 3 fokú Likert-skálát használtam, ahol az 1,2 pontozás az elégedetlen, a 3 a közömbös és a 4,5 az elégedett értékeket veszi fel. ^a = a próba alkalmazási feltétele nem teljesül, a válaszlehetőségek nem összevonhatók, ^b = a független gyakoriságok értéke 5-nél alacsonyabb, ezért a három válaszlehetőségéből kettő összevonásra került (Naponta 1-3 órát és Naponta több mint 1-3 órát gondol a rendellenességre).

6. melléklet: BDDQ tételek összefoglalása - az esztétikai és a rekonstrukciós sebészeti páciensek összehasonlításában

Változók	Válaszok	Esztétikai páciens	Rekonstrukciós páciens	χ^2	p	Cramér -V
BDD-pozitivitás	igen	1,9% (2) n = 105	21,9% (7) n = 32	$\chi^2(1) =$ 16,281	< 0,001 ^a	0,342
A rendellenesség(ek) jelentősen akadályozta (akadályozták) a társas kapcsolatait? % (n)	igen	13,9% (11) n = 79	32,1% (9) n = 28	$\chi^2(1) =$ 4,515	0,034	0,205
Vannak olyan dolgok, amiket elkerül a rendellenessége(i) miatt? % (n)	igen	27% (20) n = 74	60,7% (17) n = 28	$\chi^2(1) =$ 9,973	0,002	0,313
Befolyásolta-e a családja vagy barátai életét, esetleg megszokott tevékenységét az Ön külső megjelenése miatt aggodalmaskodása? % (n)	igen	2,7% (2) n = 74	14,8% (4) n = 27	$\chi^2(1) =$ 5,194	0,023 ^a	0,227
Mennyi időt tölt átlagosan egy nap azzal, hogy a rendellenességére (rendellenességeire) gondol? % (n) ^b	Kevesebb, mint napi 1 óra	92,4% (61)	68,2% (18)	$\chi^2(2) =$ 8,269	0,004	0,300
	Napi 1 vagy több óra	7,6% (5)	30,8% (8)			

Megjegyzés: BDD = Body Dysmorphic Disorder, ^a = a próba alkalmazási feltétele nem teljesül, a válaszlehetőségek nem összevonhatók, ^b = a független gyakoriságok értéke 5-nél alacsonyabb, ezért a három válaszlehetőségből kettő összevonásra került (Naponta 1-3 órát és Naponta több mint 3 órát gondol a rendellenességre) „Mennyi időt tölt átlagosan egy nap azzal, hogy a rendellenességére (rendellenességeire) gondol? % (n)” kérdés elemszámai: esztétikai csoport n = 66, rekonstrukciós csoport n = 26.

7. melléklet: Az esztétikai okból műtött nők és a kontrollcsoport összehasonlítása

Változók	Válaszok	Esztétikai páciens	Kontroll	χ^2	p	Cramér -V
Testtel kapcsolatos elégedettség % (n) ^a	Elégedetlen	26,8% (22)	28,7% (33)	$\chi^2(2) = 7,402$	0,025	0,194
	Közömbös	14,6% (12)	29,6% (34)			
	Elégedett	58,5% (48)	41,7% (48)			
Derékkal kapcsolatos elégedettség % (n) ^a	Elégedetlen	22% (18)	43,9% (50)	$\chi^2(2) = 10,144$	0,006	0,227
	Közömbös	22% (18)	14,9% (17)			
	Elégedett	56,1% (46)	41,2% (47)			
Edzettségi állapottal kapcsolatos elégedettség % (n) ^a	Elégedetlen	30,1% (25)	53,9% (62)	$\chi^2(2) = 17,515$	< 0,001	0,297
	Közömbös	9,6% (8)	15,7% (18)			
	Elégedett	60,2% (50)	30,4% (35)			
BDD-pozitivitás	igen	1,9% (2) n = 107	0,9% (1) n = 115	$\chi^2(1) = 0,415$	0,519	0,043
Ezek az aggodalmak erősen foglalkoztatják, azaz túl sokat gondol rájuk, és azt szeretné, ha kevesebbet gondolna rájuk? % (n)	igen	54,8% (17) n = 31	15,7% (8) n = 51	$\chi^2(1) = 13,946$	< 0,001 ^b	0,412
A rendellenesség(ek) sok feszültséget és lelki szenvedést okozott (okoztak)? % (n)	igen	26,6% (21) n = 79	13% (14) n = 108	$\chi^2(1) = 5,563$	0,018	0,172
A rendellenesség(ek) jelentősen akadályozta (akadályozták) a társas kapcsolatait? % (n)	igen	13,9% (11) n = 79	4,7% (5) n = 107	$\chi^2(1) = 4,947$	0,026	0,163

Megjegyzés: BDD = Body Dysmorphic Disorder, a BSQ tételeinél az értékelések összevonásra kerültek: az 5-fokú Likert-skála helyett 3 fokú Likert-skálát használtam, ahol az 1,2 pontozás az elégedetlen, a 3 a közömbös és a 4,5 az elégedett értékeket veszi fel. ^a = a BSQ tételeinél az értékelések összevonásra kerültek: az 5-fokú Likert-skála helyett 3 fokú Likert-skálát használtam, ahol az 1,2 pontozás az elégedetlen, a 3 a közömbös és a 4,5 az elégedett értékeket veszi fel. ^b = a próba alkalmazási feltétele nem teljesül, a válaszlehetőségek nem összevonhatók. A „Testtel kapcsolatos elégedettség” elemszámai: esztétika csoport, n = 82, kontrollcsoport n = 115. A „Derékkal kapcsolatos elégedettség” elemszámai: esztétika csoport, n = 82, kontrollcsoport, n = 114. Az „Edzettségi állapottal kapcsolatos elégedettség” elemszámai: esztétika csoport, n = 83, kontrollcsoport n = 115.

8. melléklet: Egészséggel kapcsolatos változók - a mellplasztika-páciensek preoperatív és posztoperatív vizsgálatának összehasonlítása

Változók	Csoportok	Műtét előtt	Műtét után	p	η^2
Egészségi állapot (SF-36)	Esztétika	2,30 (0,68)	2,16 (0,86)	0,374	
	Rekonstrukció	2,33 (0,89)	2,33 (0,77)	1,000	
	Összes	2,31 (0,73)	2,21 (0,83)	0,398	
Szubjektív jóllét	Esztétika	14,59 (3,07)	15,00 (2,66)	0,635	
	Rekonstrukció	13,25 (2,60)	14,34 (1,92)	0,237	
	Összes	14,22 (2,98)	14,80 (2,47)	0,303	
GSI	Esztétika	1,32 (0,45)	1,25 (0,39)	0,398	
	Rekonstrukció	1,17 (0,12)	1,19 (0,15)	0,799	
	Összes	1,28 (0,39)	1,23 (0,34)	0,443	
GHQ Szorongás- és alvászavar	Esztétika	1,18 (1,94)	0,34 (0,81)	0,018	0,17
	Rekonstrukció	0,75 (1,76)	0,41 (1,16)	0,461	
	Összes	1,06 (1,88)	0,35 (0,90)	0,018	0,12
GHQ Depresszió	Esztétika	0,09 (0,53)	0,32 (0,17)	0,317	
	Rekonstrukció	0,41 (1,44)	0 (0)	0,317	
	Összes	0,18 (0,86)	0,02 (0,15)	0,180	
GHQ Szociális diszfunkciók	Esztétika	0,93 (1,78)	0,30 (0,76)	0,050	0,11
	Rekonstrukció	0,67 (2,01)	0,36 (0,67)	0,891	
	Összes	0,86 (1,82)	0,31 (0,73)	0,091	
GHQ Összpontszám	Esztétika	2,93 (4,67)	1,31 (2,50)	0,043	0,14
	Rekonstrukció	2,50 (5,91)	1,09 (1,97)	0,673	
	Összes	2,81 (4,97)	1,25 (2,35)	0,039	0,10
BSI Szorongás	Esztétika	8,27 (2,73)	7,12 (1,91)	0,016	0,18
	Rekonstrukció	7,58 (1,62)	7,41 (1,72)	0,755	
	Összes	8,08 (2,48)	7,20 (1,84)	0,024	0,11
BSI Depresszió	Esztétika	8,00 (3,35)	7,37 (1,82)	0,582	
	Rekonstrukció	6,67 (0,77)	7,08 (1,24)	0,197	
	Összes	7,64 (2,94)	7,29 (1,67)	0,975	

Megjegyzés: Esztétikai mellplasztika csoport n = 33, rekonstrukciós mellplasztika csoport n = 12, mellplasztika csoport n = 45, SF = Short Form, GHQ = General Health Questionnaire, BSI = Brief Symptom Inventory, GSI = Global Severity Index.

9. melléklet: Testképpel és önértékeléssel kapcsolatos változók - a mellplasztika-páciensek preoperatív és posztoperatív vizsgálatának összehasonlítása

Változók	Csoportok	Műtét előtt	Műtét után	p	η^2
Önértékelés	Esztétika	32,45 (5,32)	33,67 (4,43)	0,635	
	Rekonstrukció	33,50 (5,16)	34,41 (4,27)	0,237	
	Összes	32,74 (5,24)	33,88 (4,35)	0,303	
Testtel kapcsolatos elégedettség	Esztétika	3,42 (1,00)	3,63 (0,70)	0,105	
	Rekonstrukció	2,91 (0,94)	3,25 (0,86)	0,180	
	Összes	3,30 (1)	3,52 (0,76)	0,044	0,09
BIS Testápolás	Esztétika	22,43 (2,16)	23,21 (2,02)	0,020	0,17
	Rekonstrukció	21,08 (1,83)	21,27 (2,24)	0,472	
	Összes	22,06 (2,15)	22,72 (2,22)	0,020	0,12
BIS Összpontszám	Esztétika	99,79 (9,48)	101,50 (9,10)	0,021	0,22
	Rekonstrukció	93,08 (10,24)	94,45 (7,68)	0,506	
	Összes	97,82 (10,07)	99,40 (9,20)	0,061	
Jelenlegi és ideális alak különbsége	Esztétika	1,06 (0,86)	0,78 (0,76)	0,016	0,18
	Rekonstrukció	2,16 (1,11)	1,83 (1,19)	0,317	
	Összes	1,35 (1,04)	1,06 (1,00)	0,012	0,14
Jelenlegi és vonzó alak különbsége	Esztétika	0,89 (1,59)	0,46 (1,36)	0,169	
	Rekonstrukció	2,37 (1,82)	1,54 (2,06)	0,257	
	Összes	1,29 (1,76)	0,76 (1,63)	0,070	
EAT Összpontszám	Esztétika	3,77 (4,70)	3,32 (4,67)	0,681	
	Rekonstrukció	4,67 (4,11)	3,16 (3,83)	0,049	0,32
	Összes	4,02 (4,51)	3,27 (4,36)	0,418	

Megjegyzés: Esztétikai mellplasztika csoport n = 33, rekonstrukciós mellplasztika csoport n = 12, mellplasztika csoport n = 45, BIS = Body Investment Scale, EAT = Eating Attitudes Test

10. melléklet: Szemhéjplasztika- és hasplasztika-páciensek utánkövetése

Változók	Csoportok	Műtét előtt	Műtét után	p	η^2
Egészségi állapot (SF-36)	Szemhéjplasztika	2,60 (0,70)	2,50 (0,70)	0,705	
	Hasplasztika	2,38 (0,51)	2,00 (1,06)	0,180	
Testtel kapcsolatos elégedettség (BSQ)	Szemhéjplasztika	3,89 (0,60)	3,44 (0,88)	0,194	
	Hasplasztika	2,38 (1,18)	2,38 (1,06)	1,000	
Önértékelés	Szemhéjplasztika	32,90 (4,06)	34,50 (4,81)	0,248	
	Hasplasztika	36,25 (4,23)	36,85 (2,34)	0,234	
GSI	Szemhéjplasztika	1,32 (0,50)	1,24 (0,30)	0,345	
	Hasplasztika	1,12 (0,10)	1,29 (0,43)	0,345	
Szubjektív jóllét	Szemhéjplasztika	14,30 (2,71)	15,00 (3,05)	0,944	
	Hasplasztika	14,62 (2,67)	14,87 (3,00)	0,798	
GHQ Szorongás és alvászavar	Szemhéjplasztika	0,80 (1,39)	0,20 (0,63)	0,083	
	Hasplasztika	0,42 (1,13)	0,50 (1,41)	0,655	
GHQ Depresszió	Szemhéjplasztika	0,10 (0,31)	0 (0)	0,317	
	Hasplasztika	0,25 (0,46)	0,14 (0,37)	1,000	
GHQ Összpontszám	Szemhéjplasztika	1,89 (1,69)	0,67 (1,41)	0,024	0,63
	Hasplasztika	1,57 (2,93)	2,14 (4,41)	1,000	
BSI Szomatizálás	Szemhéjplasztika	8,10 (2,13)	9,45 (4,00)	0,039	0,47
	Hasplasztika	7,25 (0,46)	8,75 (1,83)	0,042	0,51
BSI Szorongás	Szemhéjplasztika	7,70 (2,71)	6,70 (1,89)	0,040	0,42
	Hasplasztika	7,12 (1,35)	8,25 (3,45)	0,233	
BSI Depresszió	Szemhéjplasztika	8,40 (4,50)	7,40 (2,22)	0,197	
	Hasplasztika	6,50 (0,92)	8,50 (5,87)	0,257	
Reális és ideális alak különbsége	Szemhéjplasztika	0,90 (0,73)	1,00 (1,19)	0,564	
	Hasplasztika	1,57 (0,97)	1,12 (0,64)	0,317	
Reális és vonzó alak különbsége	Szemhéjplasztika	0,55 (1,25)	0,67 (1,50)	0,564	
	Hasplasztika	2,00 (0,81)	1,28 (1,25)	0,066	
BIS Testvédelem	Szemhéjplasztika	25,90 (2,80)	25,20 (2,30)	0,582	
	Hasplasztika	27,83 (2,40)	25,75 (1,90)	0,027	0,81
BIS Összpontszám	Szemhéjplasztika	97,00 (5,39)	96,00 (4,82)	0,528	
	Hasplasztika	95,00 (3,57)	98,28 (5,40)	0,174	
EAT Összpontszám	Szemhéjplasztika	1,62 (3,42)	2,00 (1,77)	0,713	
	Hasplasztika	7,34 (2,58)	6,42 (4,82)	0,715	

Megjegyzés: Szemhéjplasztika csoport n = 10, hasplasztika csoport n = 8; SF = Short Form, GHQ = General Health Questionnaire, BSI = Brief Symptom Inventory, GSI = Global Severity Index, BSQ = Body Satisfaction Questionnaire, BIS = Body Investment Scale, EAT = Eating Attitudes Test

11. melléklet: A BSQ tételeinek műtéti területenkénti összehasonlítása

Változók	Csoportok	Műtét előtt	Műtét után	p	η^2
Arc	Mellplasztika	3,75 (0,78)	3,73 (0,87)	0,816	
	Hasplasztika	3,50 (0,75)	3,75 (0,88)	0,157	
	Szemhéjplasztika	3,60 (0,84)	3,70 (0,67)	0,705	
	Arcplasztika	3,43 (0,78)	3,43 (0,97)	1,000	
	Testkontúr beav.	3,25 (0,95)	3,00 (1,15)	0,317	
Test	Mellplasztika	3,30 (1,00)	3,52 (0,76)	0,044	0,09
	Hasplasztika	2,38 (1,18)	2,38 (1,06)	1,000	
	Szemhéjplasztika	3,89 (0,60)	3,44 (0,88)	0,194	
	Arcplasztika	3,29 (0,75)	3,00 (1,00)	0,157	
	Testkontúr beav.	2,25 (1,25)	2,50 (1,00)	0,317	
Kar	Mellplasztika	3,41 (1,04)	3,23 (0,93)	0,350	
	Hasplasztika	2,63 (1,06)	2,50 (1,41)	0,915	
	Szemhéjplasztika	3,50 (1,08)	3,67 (0,70)	1,000	
	Arcplasztika	2,86 (1,21)	3,14 (1,21)	1,000	
	Testkontúr beav.	2,75 (0,50)	2,25 (0,50)	0,157	
Csípő	Mellplasztika	3,45 (0,95)	3,39 (0,84)	0,667	
	Hasplasztika	3,25 (0,88)	3,50 (1,41)	0,595	
	Szemhéjplasztika	3,60 (0,84)	3,40 (1,07)	0,589	
	Arcplasztika	3,00 (0,81)	2,86 (0,9)	0,317	
	Testkontúr beav.	2,50 (1,00)	1,67 (0,57)	0,180	
Derék	Mellplasztika	3,45 (0,9)	3,50 (0,87)	0,670	
	Hasplasztika	2,63 (1,18)	3,63 (1,50)	0,206	
	Szemhéjplasztika	3,20 (1,13)	3,30 (1,16)	0,739	
	Arcplasztika	3,57 (0,53)	3,57 (0,53)	1,000	
	Testkontúr beav.	2,50 (1,00)	2,25 (1,25)	0,317	

Megjegyzés: Mellplasztika (n = 44), hasplasztika (n = 8), szemhéjplasztika (n = 10), arcplasztika (n = 7), testkontúr beavatkozás (n = 4), BSQ = Body Satisfaction Questionnaire

Tisztelt Válaszadó!

Köszönjük részvételét ebben az érdekes és fontos felmérésben. Napjainkban gyakori probléma, hogy az emberek elégedetlenek a külső megjelenésükkel, testükkel, ezért plasztikai sebészhez fordulnak, hogy korigálják ezeket a hibákat.

A kérdőív kitöltésével Ön egy olyan átfogó vizsgálatban vesz részt, mely feltárja a plasztikai sebészeti páciensek körében a testtel való elégedettséget, a testhez és az evéshez való viszonyulást, és vizsgálja az önértékelést, életminőséget, valamint különböző testi (pl. alvászavar, fizikai panaszok) és lelki tünetek (pl. szorongás, depresszió) meglétét.

A kérdőív kitöltése névtelen, adatait az orvosi titoktartásnak megfelelően kezeljük, így nem köthetőek az Ön nevéhez. Válaszai azonban tudományos szempontból is értékesek, mivel vizsgálni szeretnénk az operációval kapcsolatos elégedettséget és az életminőség műtét utáni változásait. Ezért arra kérjük, hogy amennyiben segíteni szeretné ezt a statisztikai értékelést, adjon meg egy azonosító jelet a következő sorban:

Azonosító jel (nem kötelező): _____ (legalább 5 karakter, tartalmazhat számokat is)

Ha azonosító jelét megjegyzi, és az operáció utáni (szintén anonim) felmérésben felhasználja, akkor vizsgálni tudjuk az operáció hatékonyságát anélkül, hogy bármilyen adata nyilvánossá válna.

A kitöltés körülbelül 20 percet vesz igénybe, összesen 10 nagyobb kérdéskörből áll. Minden nagyobb kérdéskör instrukcióval kezdődik, melyben leírjuk a válaszadás módját. Amennyiben nem tudja egyben kitölteni a kérdőívet, lehetősége van több ütemben is választ adni, de kerülje az elhúzódozó válaszadást. Kérjük, őszintén válaszoljon minden kérdésre, ne gondolkozzon túl sokáig! (Első reakciója valószínűleg pontosabb, mint egy hosszasan megfontolt válasz.)

Közreműködését köszönjük, felmerülő kérdéseit az alábbi elérhetőségeken tudjuk megválaszolni.

Szászi Beáta
doktori hallgató
Debreceni Egyetem
e-mail: szaszibea@gmail.com
telefon: +36304289999

Dr Szabó Pál
egyetemi docens
Debreceni Egyetem
e-mail: dr.szabopal@gmail.com

I. Az általános adatok kérdésköre

Instrukció: Kérem, a következő kérdéseknél jelölje a megfelelő választ, vagy írja be a megfelelő adatokat! A testméretek pontos megadásához használhat mérleget és mérőszalagot!

1. Neme: 1 - nő 2 - férfi
2. Kora:.....év
3. Foglalkozása:.....
4. Iskolai végzettsége: alapfoknál kevesebb
 alapfokú
 középfokú
 felsőfokú
 posztgraduális
5. Antropometria

	jelenlegi méret	kívánatosnak tarott méret
testsúly	.....kg	.....kg
testmagasság	.....cm	.....cm
mellbőség	.....cm	.....cm
derékbőség	.....cm	.....cm
csípőbőség	.....cm	.....cm

6. Gyermekai száma:
7. Milyennek tartja általában az egészségi állapotát?

1 – kiváló 2 – nagyon jó 3 – jó 4 – tűrhető 5 – rossz

II. Az általános egészségre vonatkozó kérdéskör 1.

Instrukció: Szeretnénk megtudni, hogy voltak-e orvosi panaszai, és milyen volt az egészsége általában az ELMÚLT NÉHÁNY HÉT SORÁN. Emlékeztetjük, hogy a JELENLEGI ÉS LEGUTÓBBI panaszait szeretnénk megismerni, nem pedig azokat, melyek a múltban jelentkeztek. Kérjük, válaszoljon az alábbi válaszlehetőségek közül az Önre leginkább jellemző állítás aláhúzásával!

- | | |
|---|---|
| 1. Teljesen jól, teljesen egészségesnek érezte magát? | jobban, mint máskor
ugyanúgy, mint máskor
rosszabbul, mint máskor
sokkal rosszabbul, mint máskor |
| 2. Úgy érezte, szüksége lenne valamilyen jó erősítő szerre? | egyáltalán nem
nem jobban, mint máskor
jobban, mint máskor
sokkal jobban, mint máskor |

3. Kimerültnék, rosszkedvűnek érezte magát?
egyáltalán nem
nem jobban, mint máskor
jobban, mint máskor
sokkal jobban, mint máskor
4. Betegnek érezte magát?
egyáltalán nem
nem jobban, mint máskor
betegebbnek, mint máskor
sokkal inkább, mint máskor
5. Voltak-e fejfájásai?
egyáltalán nem voltak
nem több, mint máskor
gyakrabban, mint máskor
sokkal gyakrabban, mint máskor
6. Érzett-e feszítést vagy nyomást a fejében?
egyáltalán nem
nem jobban, mint máskor
jobban, mint máskor
sokkal jobban, mint máskor
7. Voltak-e hevülései vagy hidegrázásai?
egyáltalán nem voltak
nem több, mint máskor
többször, mint általában
sokkal több, mint szokott
8. Korábban nehezen aludt el aggodalmai miatt?
egyáltalán nem
nem nehezebben, mint máskor
nehezebben, mint máskor
sokkal nehezebben, mint máskor
9. Ha már elaludt, gyakran felébredt?
egyáltalán nem
nem gyakrabban, mint máskor
könnyebben, mint máskor
sokkal többször, mint máskor
10. Állandó feszültséget érzett?
egyáltalán nem
nem gyakrabban, mint máskor
gyakrabban, mint máskor
sokkal gyakrabban, mint máskor
11. Ideges volt, rossz volt a hangulata?
egyáltalán nem
annyira, mint máskor
jobban, mint máskor
sokkal inkább, mint máskor

12. Komoly ok nélkül megrémült, illetve pánikba esett?
egyáltalán nem
annyira, mint máskor
jobban, mint máskor
sokkal inkább, mint máskor
13. Úgy érezte, minden a fejére fog szakadni?
egyáltalán nem
nem jobban, mint máskor
jobban, mint máskor
sokkal jobban, mint máskor
14. Állandóan idegesnek, túlfeszítettnek érezte magát?
egyáltalán nem
nem jobban, mint máskor
jobban, mint máskor
sokkal idegesebb voltam, mint máskor
15. Képes volt-e koncentrálni arra, amit éppen csinált?
jobban, mint máskor
ugyanúgy, mint máskor
kevésbé, mint máskor
sokkal kevésbé, mint máskor
16. Lassabban mentek a dolgok, mint szoktak?
gyorsabban
ugyanúgy, mint máskor
lassabban, mint máskor
sokkal lassabban, mint máskor
17. Egyáltalában úgy érzi, jól végezte el a dolgait?
jobban, mint máskor
ugyanúgy, mint máskor
inkább rosszabbul
sokkal rosszabbul
18. Meg volt elégedve azzal, ahogyan ellátta a feladatait?
igen, elégedett voltam
úgy, mint máskor
kevésbé, mint máskor
sokkal kevésbé, mint máskor
19. Úgy érezte, hogy hasznosan vesz részt a dolgokban?
jobban, mint máskor
úgy, mint máskor
kevésbé, mint máskor
sokkal kevésbé, mint máskor
20. Képesnek érezte magát arra, hogy bizonyos dolgokban döntést hozzon?
jobban, mint máskor
úgy, mint máskor
kevésbé, mint máskor
sokkal kevésbé, mint máskor

21. Tudta-e élvezni mindennapos teendőit? jobban, mint máskor
annyira, mint máskor
kevésbé, mint máskor
sokkal kevésbé, mint máskor
22. Hitvány embernek tartotta magát? egyáltalán nem
nem hitványabbnak, mint máskor
hitványabbnak, mint máskor
sokkal hitványabbnak, mint máskor
23. Volt olyan érzése, hogy az élet teljesen reménytelen? egyáltalán nem
nem jobban, mint máskor
jobban, mint máskor
sokkal jobban, mint máskor
24. Úgy érezte, az élet nem éri meg, hogy végigcsinálja? egyáltalán nem éreztem
nem jobban, mint máskor
jobban, mint máskor
sokkal jobban, mint máskor
25. Gondolt arra a lehetőségre, hogy végezze magával? egyáltalán nem
nem többször, mint máskor
gyakrabban, mint máskor
sokkal többet, mint máskor
26. Volt olyan érzése, hogy nem képes semmire, mert túl rosszak az idegei? egyáltalán nem
nem többször, mint máskor
gyakrabban, mint máskor
sokkal többet, mint máskor
27. Azon kapta magát, hogy azt kívánta, bárcsak meghalna, és túllenne mindenem? egyáltalán nem
nem többször, mint máskor
gyakrabban, mint máskor
sokkal többet, mint máskor
28. Felmerült Önben az öngyilkosság gondolata? egyáltalán nem
egyszer
többször
szinte állandóan foglalkoztat
29. Korábban érezte-e feszültnek, depressziósnak, szorongónak vagy idegesnek magát? igen
nem
30. Ha igen: alkalmanként/kissé rosszabbodott
gyakran/erősen rosszabbodott

III. Az általános egészségre vonatkozó kérdéskör 2.

Instrukció: Az alábbi listában olyan problémákat talál, melyek sokszor előfordulnak az embereknél. Kérjük, hogy figyelmesen olvassa végig, és jelölje meg, mennyire zavarták vagy terhelték ezek AZ ELMÚLT EGY HÉT FOLYAMÁN. Válasza jelöléséhez tegyen EGY DARAB XET a megfelelő oszlopba! Amennyiben nem tud válaszolni, válassza a sor végén szereplő „nincs válasz”-t! Kérjük, hogy minden sorban adjon valamilyen választ!

	Állítás	egyáltalán nem	egy kicsit	mérsékelt en	jelentősen	teljes mértékben	nincs válasz
1.	idegesség, bizonytalanság belső						
2.	gyengeség szédülésérzés vagy						
3.	sejtés, hogy valaki más kontrollálja a gondolatait						
4.	olyan érzés, hogy a legtöbb bajért mások felelősek						
5.	emlékezet gyengülése, zavara						
6.	könnyen felbosszantható és felingerelhető						
7.	szív táji vagy mellkasi fájdalmak						
8.	félelemérzés, amikor nyílt területen közlekedik (téren, utcán átmenni)						
9.	gondolatok arról, hogy jobb lenne befejezni az életet						
10.	olyan érzés, hogy a legtöbb emberben nem lehet megbízni						
11.	étvágytalanság, gyenge étvágy						
12.	ok nélküli hirtelen rémülések						
13.	fékezhetetlen, uralkodatlan indulatkitörések						
14.	egyedüllet érzése - még társaságban is						
15.	gátoltság érzése, miközben tenni kellene a dolgokat						
16.	magány érzése						
17.	szomorúság, rosszkedv						
18.	általános érdektelenség, közöny						
19.	szorongásérzés, aggodalmaskodás						
20.	sértődékenység						
21.	olyan érzés, hogy az emberek barátságatlanok vele, vagy nem kedvelik						
22.	kisebrendűségi érzés másokkal szemben						
23.	hányinger, émelygés a gyomorban						

	Állítás	egyáltalán nem	egy kicsit	mérsékelten	jelentősen	teljes mértékben	nincs válasz
24.	olyan érzés, hogy megfigyelik, vagy a háta mögött kibeszélik						
25.	nehézségek az elalvásban						
26.	ellenőrzi - akár ismételten is - cselekvései helyességét						
27.	nehézség a döntések meghozatalában						
28.	félelem, szorongás a közlekedésben (buszon, metróon, vonaton)						
29.	légzési zavar (időnként mintha nem kapna elég levegőt)						
30.	időszakos forróság hullámok vagy didergés						
31.	bizonyos félelmet kiváltó dolgok, helyek, tevékenységek elkerülése						
32.	a gondolkodás, az elme kiürülése						
33.	a test különböző pontjain zsibbadás, bizsergés						
34.	olyan érzés, hogy az elkövetett bűnökért valamikor bűnhődni kell						
35.	reménytelen jövőkép						
36.	zavar a figyelem-összpontosításban						
37.	gyengeségérzés a végtagokban vagy általában a testben						
38.	feszültség vagy állandó izgatottság érzése						
39.	gondolatok a halálról vagy a haldoklásról						
40.	kéztetés valaki más megütésére, bántalmazására vagy károkozására						
41.	kéztetés tárgyak összetörésére, megtiprására stb.						
42.	félénkség másokkal szemben						
43.	tömegbe, sokaságba kerülve rossz, kellemetlen érzés						
44.	a másikkal viszonyulásban a közeli, meghitt kapcsolat érzésének hiánya						
45.	rémület- vagy pánikrohamok						
46.	fokozott vitatkozó kedv, túl gyakori vitába bonyolódás						

	Állítás	egyáltalán nem	egy kicsit	mérsékelten	jelentősen	teljes mértékben	nincs válasz
47.	egyedüllét esetén nyugtalanság, félelemérzés						
48.	az a hit, hogy mások nem értékelik megfelelően a teljesítményét						
49.	olyan nagyfokú nyugtalanság, amely a személyt felállásra, járkálásra készteti						
50.	értéktelenség érzése						
51.	olyan érzés, hogy az emberek kihasználják, ha hagyja						
52.	bűntudat érzése (indokolatlanul)						
53.	az a gondolat, hogy nem tisztá a feje						

IV. A testtel kapcsolatos aggodalmak kérdésköre

Instrukció: Kérjük, olvassa el gondosan mindegyik kérdést, és jelölje azt a választ, amely a legjobban leírja azt, ahogyan Ön érez! Kérjük, írja be válaszait, ahol ezt kérjük!

1) Nagyon aggasztja azon testrészének/testrészeinek a megjelenése, amelyet/amelyeket visszataszítóknak tart?

1-igen 2-nem

Ha „igen”-nel válaszolt: Ezek az aggodalmak erősen foglalkoztatják, azaz túl sokat gondol rájuk, és azt szeretné, ha kevesebbet gondolna rájuk?

1-igen 2-nem

Ha „igen”-nel válaszolt: Mik ezek a gondolatok?

.....
.....
.....

Az aggodalmaskodás a következő területeket érintheti: a bőre (pl. pattanások, hegek, ráncok, sápadtság, vörösség), a haja (pl. hajhullás vagy vékony haj), az orr, száj, állkapocs, ajkak, has, csípők stb. alakja vagy mérete, a kezei, nemi szerve, mellei vagy egyéb testrészének rendellenessége.

Ha az előző kérdésre „igen”-nel válaszolt: Mi az, ami pontosan zavarja Önt ezen testrész(ek) megjelenésével kapcsolatban? Írja le részletesen!

.....
.....
.....

2) A fő problémája a megjelenésével az, hogy nem elég sovány, illetve elhízhat?

1-igen 2-nem

3) A külső megjelenésével kapcsolatos aggodalmaskodás milyen hatással volt az életére?

* A rendellenesség(ek) sok feszültséget és lelki szenvedést okozott (okoztak)?

1-igen 2-nem

* A rendellenesség(ek) jelentősen akadályozta (akadályozták) a társas kapcsolatait?

1-igen 2-nem

Ha igen, hogyan?

.....
.....
.....

* A rendellenesség(ek) jelentősen akadályozta (akadályozták) tanulmányai végzésében, a munkájában vagy abban, hogy bizonyos feladatait teljesítse (pl. a háztartás vezetése)?

1-igen 2-nem

Ha igen, hogyan?

.....
.....
.....

* Vannak olyan dolgok, amiket elkerül a rendellenessége(i) miatt?

1-igen 2-nem

Ha igen, mik ezek?

.....
.....
.....

* Befolyásolta-e a családja vagy barátai életét, esetleg megszokott tevékenységét az Ön külső megjelenése miatt aggodalmaskodása?

1-igen 2-nem

Ha igen, hogyan?

.....
.....
.....

4) Mennyi időt tölt átlagosan egy nap azzal, hogy a rendellenességére (rendellenességeire) gondol? (Adja össze az összes időt, amit ezzel tölt! Karikázza be az egyik választ!)

- a) kevesebb mint napi 1 órát
- b) naponta 1-3 óra
- c) naponta több mint 3 órát

V. A testtel kapcsolatos elégedettség kérdésköre

Instrukció: A következő kérdések segítségével azt szeretnénk megtudni, hogy mennyire elégedett Ön a saját testével. Jelölje a megfelelő rubrikát minden állítás után!

	Kérdések	nagyon elégedetlen	elégedetlen	közömbös	elégedett	nagyon elégedett
1.	Mennyire elégedett Ön az arcával?					
2.	Mennyire elégedett Ön a testével?					
3.	Mennyire elégedett Ön a karjával?					
4.	Mennyire elégedett Ön a csípőjével?					
5.	Mennyire elégedett Ön a derekával?					
6.	Mennyire elégedett Ön a lábaival?					
7.	Mennyire elégedett Ön a bőrével?					
8.	Mennyire elégedett Ön a magasságával?					
9.	Mennyire elégedett Ön a súlyával?					
10.	Mennyire elégedett Ön az edzettségi állapotával?					

VI. A testhez való viszonyulás kérdésköre

Instrukció: A következő kérdőív a testről való gondolatokról, érzelmekről, attitűdökről szól. Kérjük, jelölje a megfelelő választ!

	Kérdések	egyáltalán nem értek egyet	nem érték egyet	nem tudom	egyetérték	teljes mértékben egyetérték
1.	Úgy gondolom, ha törődöm a testemmel, az javítja a közérzetemet.					
2.	Nem szeretem, ha hozzám érnek.					
3.	Jól érzem magam, ha valami veszélyeset teszek.					
4.	Törődök a megjelenésemmel.					
5.	Zavar (frusztrál) a fizikai megjelenésem.					
6.	Élvezem a testi kontaktust más emberekkel.					
7.	Nem félek veszélyes tevékenységekben részt venni.					
8.	Szeretem kényeztetni a testemet.					
9.	Hajlamos vagyok megtartani a távolságot, amikor valakivel beszélek.					
10.	Elégedett vagyok a külső megjelenésemmel.					
11.	Kényelmetlenül érzem magam, ha az emberek túl közel kerülnek hozzám fizikailag.					
12.	Szeretek fürdeni.					
13.	Utálom a testemet.					
14.	Véleményem szerint nagyon fontos, hogy ápoljuk a testünket.					
15.	Ha megsérülök, azonnal ellátom a sebet.					
16.	Elégedett vagyok a testemmel.					
17.	Dühös vagyok a testemre.					
18.	Mindkét irányba szétnézek, amikor átmegyek az utcán.					
19.	Rendszeresen használok testápoló termékeket.					
20.	Szeretem megérinteni azokat az embereket, akik közel állnak hozzám.					
21.	Tetszik a megjelenésem a hibáim ellenére is.					
22.	Néha szándékosan megsebesítem magam.					
23.	Megnyugtat, ha egy hozzám közel álló személy megölel.					
24.	Ha betegség jelét érzem magamon, törődöm magammal.					

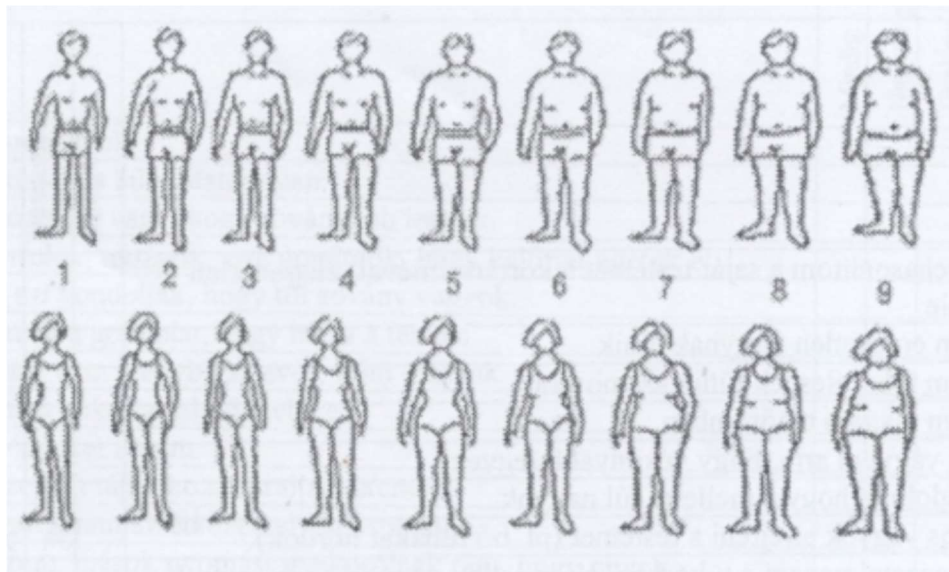
VII. Az evéshez való viszonyulás kérdésköre

Instrukció: A következő kérdések a táplálkozással, étellel, az ezekkel kapcsolatos véleményével, illetve szokásaival foglalkoznak. Kérjük, jelölje azt a választ, amely legjobban tükrözi érzéseit az alábbiak szerint!

	Kérdések	soha	ritkán	néha	gyakran	nagyon gyakran	mindig
1.	Foglalkoztat az a vágy, hogy soványabb legyek.						
2.	Diétázom.						
3.	Édességek fogyasztása után kellemetlenül érzem magam.						
4.	Ha sportolok, mozgok, arra gondolok, hogy kalóriát égetek el.						
5.	Evés után hányok.						
6.	Voltak falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem vagyok képes abbahagyni az evést.						
7.	Túl sok időt és gondolatot szentelek a táplálkozásnak.						
8.	Úgy érzem, a táplálkozás uralja az életemet.						
9.	Ételemet apró darabokra vágom.						
10.	Több időt vesz igénybe az evés, mint másnak.						
11.	Mások azt gondolják, hogy túl sovány vagyok.						
12.	Úgy érzem, mások nyomást gyakorolnak rám, hogy egyek.						

VIII. A testkép vizsgálatának kérdésköre

Instrukció: Most azt szeretnénk megtudni, hogy mi a véleménye a saját és más emberek (nők, férfiak) alakjáról. Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre!



1. Legyen szíves, válassza ki a fenti képek közül azt, amelyik megítélése szerint a leginkább hasonlít Önhöz, és jelölje ennek az alaknak a sorszámát! (A nők az alsó sorból, a férfiak a felső sorból válasszanak!)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Melyik alakot tartaná kívánatosnak (ideálisnak) az Ön számára? (A nők az alsó sorból, a férfiak a felső sorból válasszanak!)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Melyik alakot tartaná ideálisnak általában?

a) a nők számára: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) a férfiak számára: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

4. Az Ön számára melyik alak a legvisszataszítóbb?

a) a nők sorában: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) a férfiak sorában: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Mit gondol, a másik nem számára melyik alak a legvonzóbb? (A nők az alsó, a férfiak a felső sorból válasszanak!)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

IX. Az életminőség kérdésköre

Instrukció: Kérjük, jelölje azt a válaszlehetőséget, mely legjobban leírja, hogyan érezte magát az elmúlt két hét során.

Kérdések	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
1. vidámnak és jókedvűnek?				
2. nyugodtnak és ellazultnak?				
3. aktívnak és élénknek?				
4. ébredéskor frissnek és élénknek?				
5. Az Ön napjai tele voltak izgalmas és érdekes dolgokkal?				

X. Az önértékelés kérdésköre

Instrukció: Milyen mértékben ért egyet az állításokkal? Válaszoljon az alábbiak szerint!

1=egyáltalán nem értek egyet

2=nem értek egyet

3=egyetértek

4=teljesen egyetértek

Állítások	egyáltalán nem értek egyet	nem értek egyet	egyetértek	teljesen egyetértek
1. Úgy érzem, értékes ember vagyok, legalább annyira, mint mások.				
2. Úgy érzem, sok jó tulajdonságom van.				
3. Mindent egybevetve, hajlamos vagyok arra, hogy tehetségtelen, sikertelen embernek tartsam magam.				
4. Képes vagyok olyan jól csinálni a dolgokat, mint mások.				
5. Úgy érzem, nem sok dologra lehetek büszke.				
6. Jó véleménnyel vagyok magamról.				
7. Mindent fontolóra véve, elégedett vagyok magammal.				
8. Bárcsak jobban tudnám magam tisztelni!				
9. Időnként értéktelennek érzem magam.				
10. Néha azt gondolom, hogy semmiben sem vagyok jó.				

Köszönjük a közreműködést!

13. sz. melléklet: Donna Henderson-King levele

Donna Henderson-King <hendersd@gvsu.edu>
2015. jan. 19., H, 14:10

Dear Bea,

The ACSS is a published scale and you are free and welcome to use it. To my knowledge, no one has translated it into Hungarian. I wish you the very best in your research and would be interested to know about your findings.

Donna Henderson-King
Psychology Department
2224 Au Sable Hall
Grand Valley State University
Allendale, MI 49401 616-331-2909
hendersd@gvsu.edu

"...the true strength of our nation comes not from the might of our arms or the scale of our wealth, but from the enduring power of our ideals..."
Barack Obama, November 4, 2008

From: Szászi Beáta <szaszibea@gmail.com>
Date: Mon, Jan 19, 2015 at 6:17 AM
To: Donna henderson-King <hendersd@gvsu.edu>
Subject: license of using ACSS

Dear Professor Henderson-King,

I have read your studies about feminist, consciousness, body image and the predictors of cosmetic surgical procedures because my PhD-topic is the prevalence of body image disturbances (AN, BN, BDD) among cosmetic surgical patients. In my first bigger online research I would like to use your test ACSS as well therefore I need your permission to translate items in Hungary and apply them. Could you send me the condition of application and an official voucher of your permission?

Sincerely,

Bea Szászi

Szászi Beáta
PhD-Student
University of Debrecen Institute of Psychology
4030 Debrecen, Egyetem 1.
Hungary +36 30 428 99 99
szaszibea@gmail.com