

# Disturbi dell'immagine corporea e sintomatologia psichiatrica in pazienti candidati ad interventi di chirurgia estetica



Ann. Ital. Chir., 2009; 80: 49-54

Rocco Pollice, Maurizio Giuliani\*, Valeria Bianchini, Giovanni Zoccali\*, Annarita Tomassini, Massimo Casacchia, Rita Roncone

Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, S.M.I.L.E., Università degli Studi dell'Aquila

\* U.O. di Chirurgia Plastica; Università degli Studi dell'Aquila

## Body Image Disorders and other Psychiatric Symptoms in Aesthetic Plastic Surgery

**OBJECT:** *The aim of our study has been to investigate the presence of alterations of body image and psychiatric symptoms in a sample of patients candidates to participate in cosmetic surgery.*

**MATERIAL:** *It has been recruited 56 outpatients (M=12; F=44) of mean age of 37, 55 years (ds 13.31) consecutively afferent to the Plastic Surgery Ward at the University of L'Aquila. All patients were Plastic Surgery candidates. They have been evaluated by administration of the following instruments: Self-report Symptom Inventory - Revised (SCL-90) and the Body Uneasiness Test (BUT).*

**RESULTS:** *The sample has been splitted in two groups in order to BUT positivity (33,92% positive versus 66,02 % negative). Both groups have showed statistically significant differences ( $p < 0,01$ ) in all SCL-90 dimensions moreover the BUT positive patients have showed greater scores in all SCL-90 dimensions than BUT negative patients.*

**DISCUSSION:** *Our data indicate the high prevalence of body image disorders and the presence of other psychiatric symptoms in Plastic Surgery patients.*

**CONCLUSIONS:** *Our study confirm the importance of psychiatric evaluation in those patients. Therefore, a liaison between Psychiatric Service and Plastic Surgery equipe and the consequent psychiatric evaluation results essential to give indications for complete surgical cosmetic procedures.*

**KEY WORDS:** Body Image, Cosmetic Surgery, Psychopathology.

## Introduzione

L' American Society of Plastic Surgeons ha riportato che nel 2002 circa 6,6 milioni di Americani si sono sottoposti ad interventi di Chirurgia Estetica (CE) e trattamenti estetici non propriamente chirurgici, con un incremento del 1700% rispetto al decennio precedente. Le procedure più frequentemente effettuate sono state la mastoplastica additiva e la rinoplastica con un incremento del 700%<sup>1</sup>. In Italia, invece, il numero di procedure di CE stimato è di circa 600.000 interventi l'anno.

I primi studi che hanno indagato la presenza di una sin-

tomatologia psichiatrica tra i soggetti che si sottopongono ad interventi di CE, hanno evidenziato la presenza di disturbo psichiatrico in tale popolazione. Studi più recenti, tuttavia, hanno suggerito che la percentuale di soggetti con un disturbo psichiatrico tra i candidati ad un intervento di CE sembra essere relativamente più bassa rispetto a quella osservata negli anni precedenti<sup>2</sup>.

Napoleon<sup>3</sup>, valutando un campione di 133 pazienti nel periodo preoperatorio, ha osservato che circa il 20% di essi presentava un disturbo in Asse I, soprattutto disturbi d'ansia e dell'umore, e il 70% un disturbo in Asse II. In accordo con tali risultati, Ishigooka et al.<sup>4</sup> hanno osservato che il 48% di un campione di 415 soggetti candidati ad un intervento di CE, ha ricevuto una diagnosi psichiatrica di Disturbo Ipocondriaco secondo i criteri dell'International Classification of Diseases (ICD-10)<sup>5</sup>. Recentemente, Sarwer et al.<sup>6</sup>, in una metanalisi che valutava studi epidemiologici su mastoplastica additiva e suicidio, hanno evidenziato come il tasso di sui-

Pervenuto in Redazione Maggio 2008. Accettato per la pubblicazione Ottobre 2008.

For correspondence: Dr. Rocco Pollice, clo Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di L'Aquila, via Vetoio, 67100 Coppito, L'Aquila (e-mail:rocco.pollice@cc.univaq.it)

cidio nelle donne con impianto mammario è circa il doppio rispetto a quello stimato per la popolazione generale. Secondo i dati riportati da tali Autori, inoltre, sembra che non ci siano differenze nel tasso di suicidio tra i soggetti che si sottopongono ad interventi di mastoplastica additiva e quelli che effettuano altri interventi di CE.

Sarwer et al. hanno suggerito che i soggetti che si sottopongono a interventi di CE dovrebbero essere valutati in termini di Immagine Corporea (IC), intesa come costruzione multidimensionale che contempla delle sottocomponenti percettive, cognitive, affettive e comportamentali<sup>7-9</sup>.

E' in questa prospettiva che la CE viene definita come la "psicoterapia dello scalpello"<sup>10</sup> che si occupa dell'effetto di alcune emozioni negative generate dai diversi aspetti dell'apparenza fisica che nella maggior parte della popolazione sembra essere dominata dall'insoddisfazione per il peso e la forma del corpo<sup>11,12</sup>. In alcuni individui, il grado di preoccupazione per l'IC può raggiungere elevati livelli psicopatologici come succede nel caso del Disturbo da Dismorfismo Corporeo (DDC) che è l'unica categoria diagnostica che direttamente richiama nel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases<sup>13</sup> le preoccupazioni per l'IC e per il quale viene sconsigliato l'intervento chirurgico.

E' stato evidenziato che le alterazioni dell' IC sono fondamentali nel motivare i pazienti a cercare la CE<sup>14</sup>.

Molti chirurghi e pazienti, inoltre, riferiscono che la CE migliora sia l'IC sia la qualità di vita, anche se la soddisfazione prodotta dalla CE non indica necessariamente un miglioramento delle funzioni psicosociali.

Sarwer et al. hanno, quindi, suggerito che ci sono due condizioni principali in cui la CE sarebbe controindicata: nelle psicosi attive e nel DDC. In quest'ultimo caso, inoltre, la CE non arreca alcun beneficio in quanto, nel decorso postoperatorio, sono spesso esasperati i sintomi del disturbo.

È stato riportato che dal 6 al 15% delle persone con disturbi dell'immagine corporea richiedono interventi di CE senza, peraltro, trarne beneficio<sup>15</sup> anzi a volte l'esito di tali interventi promuove un peggioramento del disturbo stesso, cui segue una progressiva richiesta di ulteriori procedure volte a migliorare un difetto fisico spesso inesistente ed un peggioramento della sintomatologia psichica associata.

La conoscenza dello stato psicologico e mentale delle persone che richiedono un intervento di chirurgia estetica è ancora piuttosto limitata. La maggior parte degli studi effettuati tiene conto solo del grado di soddisfazione del paziente in seguito ad un intervento di CE.

I pazienti, spesso, riferiscono alti livelli di soddisfazione a seguito di un intervento estetico, anche se la soddisfazione a lungo termine non è stata ben investigata<sup>16</sup>. Alla luce di tali evidenze, lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare la presenza di alterazioni dell'immagine corporea e di sintomi psichiatrici in un

campione di pazienti candidati ad interventi di chirurgia plastica e la presenza differenze nella percezione dell'IC e nella sintomatologia psichiatrica in base alla tipologia di intervento (ricostruttivo o estetico) richiesto. Sono state, inoltre, valutate le caratteristiche psicopatologiche rilevanti nei soggetti con alterazione dell'immagine corporea indipendentemente dal tipo di intervento effettuato.

## Materiali e metodi

Sono stati reclutati 54 pazienti, afferenti consecutivamente presso l'ambulatorio di Chirurgia Plastica dell'Università degli Studi di L'Aquila nel periodo compreso tra Novembre 2006 ad Aprile 2007.

A tutti i pazienti sono stati somministrati un questionario anonimo, autocompilato, per la raccolta dei dati socio-demografici, la *Symptom Check List 90 (SCL-90)*<sup>17</sup>, per la valutazione della psicopatologia generale ed il *Body Uneasiness Test (BUT)*<sup>18</sup> per la valutazione della percezione della propria IC.

La *Symptom Check List 90 (SCL-90)* è una scala di valutazione generale della psicopatologia basata sull'autovalutazione del paziente<sup>17</sup>. È costituita da 90 item che indagano l'eventuale presenza di sintomi nella settimana precedente la compilazione. I 90 item, che hanno tutti risposte di tipo Likert a 5 livelli, fanno capo a 10 fattori: 1) somatizzazione; 2) ossessività/compulsività; 3) sensibilità interpersonale; 4) depressione; 5) ansia; 6) rabbia/ostilità; 7) fobia; 8) psicoticismo; 9) paranoia; 10) disturbi del sonno. Il punteggio va da 0 a 4 e un valore superiore ad 1 è indice di patologia.

Il *Body Uneasiness Test (BUT)* è una scala di autovalutazione indicata per lo studio dell'immagine del corpo e delle sue patologie<sup>18</sup>. È composto da 71 item con risposta a scelta multipla ed è diviso in due parti:

- BUT a, composta da 34 item clinici
- BUT b, composta da 37 item che elencano parti e funzioni del corpo.

Gli item sono valutati su una scala a 6 punti, da 0 (mai) a 5 (sempre); i punteggi più elevati indicano una maggiore compromissione. Si possono ottenere diversi punteggi, indici e fattori. Oltre al *punteggio totale*, si calcola il *Global Severity Index (GSI)* o punteggio medio complessivo, che si ottiene sommando i punteggi della scala clinica (BUT a) e dividendo per il loro numero (34). Il numero degli item con punteggio  $\geq 1$  corrisponde al *Positive Symptom Total (PST)*. La somma dei punteggi degli item con punteggio  $\geq 1$  diviso per il PST fornisce il *Positive Symptom Distress Index (PSDI)*.

Sono stati definiti 5 fattori: Fobia del Peso (*WP-Weight Phobia*), Preoccupazioni per l'Immagine del Corpo (*BIC-Body Image Concerns*), Condotte di Evitamento (*A-Avoidance*), Controlli Compulsivi della propria Immagine (*CSM-Compulsive Self-Monitoring*), Depersonalizzazione (*D-Depersonalization*).

Tabella I - Tipi di interventi richiesti.

Interventi Ricostruttivi (A)	Interventi Estetici (B)
a) Mastoplastica Additiva (post patologia)	a) Mastoplastica Additiva cosmetica
b) Exeresi neoformazioni cutanee	b) Rinoplastica
c) Cicatrici	c) Otoplastica
d) Laser chirurgia cutanea	d) Blefaroplastica
e) Trattamento locale di patomimie	e) Facelift
f) Mastopessi	f) Lipoaspirazione
g) Trattamento di inestetismi congeniti	g) Addominoplastica
	h) Lifting coscia
	l) Trapianto di capelli
	m) Genioplastica
	n) Laser chirurgia cutanea
	o) Tossina botulinica e fillers

Nella valutazione della scala BUT, la presenza di un disagio del corpo clinicamente significativo è *improbabile* se il punteggio GSI è <1,2, mentre è *probabile* se il punteggio GSI è >1,2.

Gli altri punteggi e le risposte ai singoli item possono essere d'aiuto per individuare aree problematiche sulle quali soffermarsi nel dialogo clinico e nel lavoro terapeutico e per seguire l'andamento dei fenomeni nel corso del tempo.

Nel nostro studio abbiamo considerato come positivo per un'alterazione della percezione dell'immagine corporea un punteggio GSI ≥ 1,2.

Il campione è stato suddiviso e quindi valutato, in base al tipo di intervento richiesto, distinguendo le più frequenti procedure Ricostruttive (A) da quelle propriamente Estetiche (B) come mostrato in Tab. I.

In base alla positività alla BUT, nel senso di un punteggio GSI ≥ 1,2, il campione è stato ulteriormente suddiviso in un gruppo BUT positivo, ovvero composto da soggetti che mostravano un'alterazione dell'immagine corporea, ed in gruppo BUT negativo. Nei gruppi così suddivisi sono state indagate eventuali differenze nelle caratteristiche psicopatologiche attraverso l'impiego della SCL-90.

L'analisi statistica è stata effettuata con l'ausilio del software SPSS. I confronti tra medie sono eseguiti utilizzando il t-test di Student per campioni indipendenti. Tutte le analisi con un *p* minore o uguale a 0,05 sono state considerate statisticamente significative.

## Risultati

Le caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione totale sono riassunte in Tab. II.

Il 37,7% del campione totale è risultato positivo alla scala BUT (GSI ≥ 1,2; punteggio medio= 2,1, ds= 0,7), mentre il 62,3% non presentava un'alterazione significativa della propria IC (GSI < 1,2; punteggio medio= 0,4; ds= 0,3).

TABELLA II - Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione

	MEDIA e DS
Età	37,4 ± 13,4
Scolarità	12,9 ± 3,2
N. interventi effettuati precedentemente	1,69 ± 3,9
M/F	12/42

TABELLA III - Caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei due gruppi di soggetti distinti in base all'intervento chirurgico a cui erano candidati (medie ± DS).

	Chirurgia Ricostruttiva (N=23)	Chirurgia Plastica (N=31)
N. interventi effettuati	1 ± 0	2,2 ± 5,2
Età media	36,1 ± 14,9	38,4 ± 12,3
Scolarità media	12,5 ± 2,9	13,2 ± 3,4
M/F	6/17	6/25

TABELLA IV - Caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei due gruppi di soggetti distinti in base alla positività al BUT (medie ± DS)

	BUT POSITIVO (N=20)	BUT NEGATIVO (N=33)	t	p
Età media	36,8 ± 13,4	38,3 ± 13,4	0,40	ns
Scolarità media	11,5 ± 3,9	13,6 ± 2,4	2,15	<0,05
N. Interventi	1,30 ± 0,9	1,0 ± 0,3	-1,28	ns
M/F	1/19	10/23	3,43*	ns

\*Chi<sup>2</sup>

I punteggi medi delle varie dimensioni ed il punteggio totale della scala SCL-90 sono rappresentati in Fig. 1. Nel campione totale, la valutazione psicopatologica con la scala SCL-90 ha evidenziato che le dimensioni sintomatologiche maggiormente rappresentate erano: "Depressione" (Punteggio medio= 9,70 ds= 10,1), "Somatizzazione" (Punteggio medio= 9,41 ds= 8,1), "Ossessività-compulsività" (Punteggio medio= 8,25 ds= 7,4) e "Ansia" (Punteggio medio= 8,02 ds= 7,5).

Del campione totale formato da 54 soggetti, 23 (42,6%) erano candidati ad intervento di chirurgia ricostruttiva e 31 (57,4%) ad intervento di chirurgia estetica. Le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei due diversi gruppi suddivisi in base al tipo di intervento a cui erano candidati sono riassunti in Tab. III.

Non sono state evidenziate differenze statisticamente significative tra i due gruppi nelle variabili socio-demografiche e cliniche esaminate.

La percentuale di soggetti rispettivamente positivi (GSI ≥ 1,2) e negativi (GSI < 1,2) alla scala BUT sono rappresentate in Fig. 2.

Non sono state riscontrate differenze statisticamente

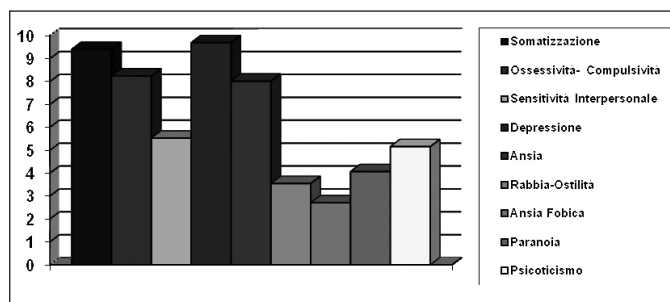


Fig. 1: Punteggi medi delle varie dimensioni della scala SCL-90 nel campione totale.

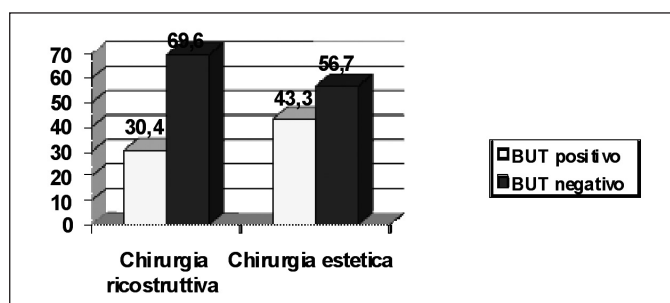


Fig. 2: Percentuali di soggetti rispettivamente positivi e negativi alla scala BUT nei due gruppi distinti in base al tipo di intervento a cui erano candidati.

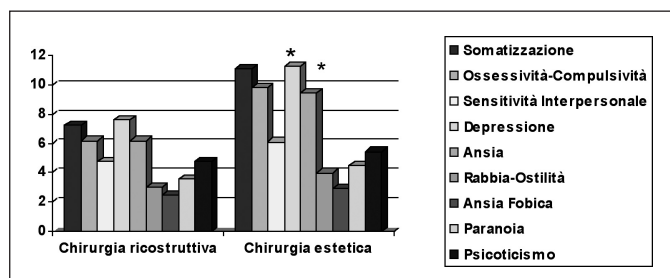


Fig. 3: Punteggi medi delle varie dimensioni della SCL-90 nei due gruppi distinti in base al tipo di intervento a cui erano candidati.

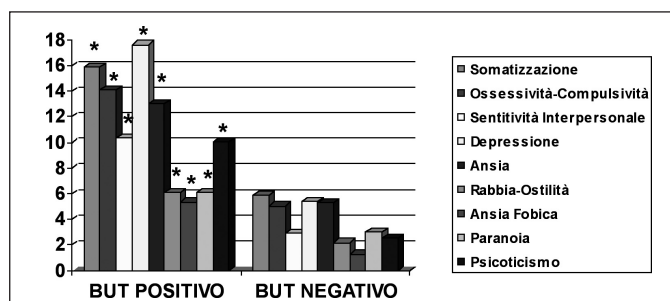


Fig. 4: Punteggi medi delle varie dimensioni della SCL-90 nei due gruppi distinti in base alla positività alla BUT.

significative tra i due gruppi nella percentuale di soggetti rispettivamente positivi e negativi alla scala BUT.

I punteggi medi delle varie dimensioni e del punteggio totale della scala SCL-90 nei due diversi gruppi, sono rappresentati in Fig. 3.

Sono state riscontrate differenze statisticamente significative ( $p < 0,05$ ) tra i due gruppi nei punteggi medi delle dimensioni "Somatizzazione" e "Ossessività-compulsività", più elevati nel gruppo candidato ad interventi di chirurgia estetica rispetto al gruppo candidato ad interventi di chirurgia ricostruttiva.

Il campione totale è stato suddiviso anche in base alla positività alla BUT, considerando come positivo per un'alterazione della percezione dell'immagine corporea un punteggio  $GSI \geq 1,2$ .

Il 33,92% (20 pz) dei soggetti sono risultati positivi al BUT ( $GSI > 1,2$ ) con un punteggio medio pari a 2,11 ( $\pm 0,71$ ), mentre il 66,02 (33 pz) non presentavano un'alterazione significativa della propria immagine corporea.

Le caratteristiche sociodemografiche dei due campioni sono riportati in Tab. IV.

I due gruppi di pazienti non presentavano differenze statisticamente significative per quanto concerne il tipo di intervento richiesto, anche se un maggior numero di soggetti con BUT positivo avevano effettuato un intervento di chirurgia estetica.

I due gruppi non presentavano differenze statisticamente significative relativamente alle caratteristiche socio-demografiche e cliniche tranne che per la scolarità, nel senso di un maggior numero di anni di scolarità nel gruppo con BUT negativo.

La valutazione psicopatologica nei due campioni mette in evidenza differenze statisticamente significative in tutte le dimensioni della SCL-90 nei due gruppi, nel senso di punteggi significativamente più elevati nei soggetti positivi alla BUT (Fig. 4).

## Discussione

Nella gran parte dei paesi nord-americani, di norma i pazienti candidati ad un intervento di Chirurgia Plastica, vengono sottoposti ad una valutazione clinica psichiatrica. Tale procedura in Europa è molto meno diffusa. Questa osservazione, sottolinea il forte nesso associativo presente tra due categorie mediche apparentemente dissonanti, quali la psichiatria e la chirurgia plastica, sia per la modalità di intervento che la tipologia di paziente, ma che attualmente risultano esser molto vicine, ponendo l'accento sulla necessità di arrivare ad una collaborazione tra le due discipline, allo scopo di effettuare una diagnosi precoce e di bloccare in fase nascente l'eventuale sviluppo di un disturbo psicopatologico, tenendo conto di tutte le sue conseguenze e gli impatti futuri. Tali considerazioni hanno un maggior peso se si tiene conto del fatto che, negli ultimi dieci anni, si è osservata una riduzione dell'età media dei pazienti candidati ad interventi di CE. Nel 2002,

infatti, almeno il 70% dei pazienti aveva un'età compresa tra i 19 e i 50 anni. Almeno 225.000 adolescenti (4%), inoltre, si sottopongono a trattamenti cosmetici non invasivi, con un aumento della percentuale di soggetti di sesso maschile<sup>19</sup>. Questa tendenza è in linea con quanto riportato nel nostro studio, l'età media dei pazienti valutati era, infatti, di 37,4 ( $\pm$  13,4) anche se non si sono rilevati differenze significative tra i vari gruppi esaminati. I dati riportati nel nostro studio evidenziano che il 37,7% dei soggetti del campione totale presentava una positività alla BUT ovvero un'alterazione dell'IC. Non sono state riscontrate, tuttavia, differenze significative relativamente alla compromissione dell'IC tra i soggetti candidati alla CE rispetto a quelli candidati alla CR, anche se è stata osservata una percentuale maggiore di soggetti positivi al BUT nel primo gruppo (43,3% versus 30,4%). Tali dati sono difficilmente confrontabili con quelli riportati in letteratura, in quanto non si rilevano evidenze relative ad alterazioni dell'IC in pazienti che si sottopongono a CE. La maggior parte degli studi, infatti, pone l'attenzione principalmente sull'incidenza del DDC in tale popolazione clinica. La mancanza di dati a riguardo dovrebbe essere colmata attraverso protocolli specifici che tengano conto del fatto che diversi studi hanno dimostrato che molti adolescenti, in particolare le ragazze, presentano un'insoddisfazione per il proprio corpo e che è in aumento il numero degli adolescenti che si sottopongono a trattamenti cosmetici non invasivi<sup>7,19</sup>. In un recente studio su circa 500 studentesse universitarie, inoltre, è stato rilevato che almeno il 5% si è sottoposto ad un intervento di CE, il 40% ha riferito di pensare di effettuarlo in un prossimo futuro ed il 48% intorno ai 50 anni.

La valutazione psicopatologica nei gruppi con BUT positivo e BUT negativo, ha evidenziato che i soggetti con alterazione dell'IC presentavano caratteristiche psicopatologiche più marcate. Nel gruppo BUT positivo, rispetto a quello BUT negativo, si osservano, infatti, punteggi significativamente più elevati in tutte le dimensioni psicopatologiche della SCL-90. Tali risultati, quindi, evidenziano ancora la necessità di una valutazione psichiatrica più approfondita dei soggetti che presentano un'alterazione dell'IC anche quando questa alterazione non rientra in un quadro sintomatologico riferibile ad un DDC. Un limite del nostro studio, infatti, è stato quello di non effettuare una valutazione diagnostica che avrebbe permesso di definire quali disturbi psichiatrici sono più frequenti nei soggetti con un'alterazione dell'IC che si sottopongono ad interventi di CE. L'obiettivo dello studio, tuttavia, era quello di indagare l'eventuale presenza di sintomi psicopatologici nel campione esaminato. Se si osservano, però, tali risultati nell'ambito di una diagnosi dimensionale, e non categoriale ovvero con i criteri diagnostici del DSM-IV, si evidenzia che i sintomi maggiormente rappresentati sono la 'depressione', la 'somatizzazione', la 'ossessività-compulsività' e l' 'ansia'. Tali sintomi sono riconducibili sia ad un Disturbo Depressivo che ad un Disturbo d'Ansia, come anche ad un DDC. In letteratura è stato ampia-

mente riportato che i soggetti che si sottopongono ad interventi di CE, presentano un disturbo in Asse I, soprattutto Depressione, Ansia e DDC<sup>3,20,21</sup>.

Su questa linea si possono anche comprendere i risultati ottenuti nella valutazione delle differenze psicopatologiche nei campioni che si sottopongono rispettivamente ad interventi di CE e CR. Dai dati da noi riportati emerge, infatti, che i soggetti candidati alla CE mostrano, rispetto a quelli candidati alla CR, punteggi significativamente più elevati nelle dimensioni 'somatizzazione' e 'ossessivo-compulsivo' dalla SCL-90 riconducibili ad un DDC.

Da quanto sinora riportato si comprende come le alterazioni dell' IC sono fondamentali nel motivare i pazienti a cercare la CE ed il motivo per cui che la CE viene definita come la "psicoterapia dello scalpello"<sup>14,10</sup>.

## Conclusioni

I nostri risultati sembrano confermare la presenza di alterazioni dell'IC tra i pazienti che richiedono un intervento di chirurgia plastica e la loro comorbidità con altri sintomi psichiatrici. Tale prevalenza sembra, inoltre, non dipendere dal tipo di intervento richiesto.

Nonostante i limiti del nostro studio, relativi alla bassa numerosità del campione, alla mancanza di un colloquio con uno specialista in psichiatria e, quindi, la carenza di una diagnosi formale, esso sembra confermare l'importanza di una valutazione psicologica nei pazienti candidati ad un intervento di chirurgia plastica considerando che un disturbo dell'immagine corporea, come suggerito dalla letteratura scientifica, può essere considerato come un criterio di esclusione a questo tipo di intervento, potendo favorire la cronicizzazione di disturbi gravi con un'alta percentuale di comorbidità psichiatrica e, quindi, con una prognosi spesso infausta.

I dati da noi riportati sottolineano l'importanza di una collaborazione attiva tra i servizi di Chirurgia Plastica e Psichiatria, al fine di formulare una diagnosi precoce, selezionare una adeguata popolazione candidabile all'intervento chirurgico, migliorare la prognosi e l'esito dell'intervento stesso ed, inoltre, per evitare un peggioramento della sintomatologia psichiatrica, l'instaurarsi di una compromissione del funzionamento globale del soggetto e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

## Riassunto

**OBIETTIVO:** Lo scopo del nostro studio è stato quello di investigare la presenza di alterazioni dell'immagine corporea e di sintomi psichiatrici in un campione di pazienti candidati ad interventi di chirurgia estetica.

**MATERIALE DI STUDIO:** Sono stati reclutati 56 pazienti (M=12; F=44) di età media 37,55 anni (ds 13,31) afferenti consecutivamente presso l'ambulatorio di Chirurgia Plastica dell'Università degli Studi di L'Aquila nel perio-

do compreso tra Novembre 2006 ad Aprile 2007. Tutti i pazienti erano candidati ad un intervento di Chirurgia Estetica. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione clinica standardizzata attraverso l'impiego dei seguenti strumenti di valutazione: Self-report Symptom Inventory – Revised (SCL-90) e il Body Uneasiness Test (BUT).

**RISULTATI:** Il campione è stato suddiviso in due gruppi in base alla positività al BUT (33,92% positivo vs 66,02% negativo). I due gruppi si distinguevano in tutte le dimensioni della SCL-90, con differenze statisticamente significative ( $p < 0,01$ ): i pazienti positivi al BUT, infatti, raggiungevano punteggi significativamente maggiori in tutte le dimensioni della SCL-90.

**DISCUSSIONE.** I risultati sembrano confermare l'elevata prevalenza dei disturbi dell'immagine corporea e la presenza di altri sintomi psichiatrici nei pazienti che richiedono un intervento di Chirurgia Plastica.

**CONCLUSIONI.** Il nostro studio sembra confermare l'importanza di effettuare una valutazione psichiatrica in questa popolazione di pazienti. Una liaison tra la Psichiatria e le equipe di Chirurgia Plastica sembra, quindi, essenziale per fornire indicazioni per la candidabilità all'intervento chirurgico, per effettuare una diagnosi precoce ed eventualmente iniziare un eventuale trattamento tempestivo.

## Bibliografia

- 1) American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons (ASPRS): *2003 plastic surgery procedural statistics*. Arlington Heights, II, 2003.
- 2) Powers PS, Santana CA: *Surgery*. In: Levensons JL. (Ed.): *Essential of Psychosomatic Medicine*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2007; 261-84 .
- 3) Napoleon A, Lewis C: *Psychological considerations in lipoplasty: The problematic or "special care" patient*. *Ann Plast Surg*, 1989; 23, 430-32.
- 4) Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S: *Demographic features of patients seeking cosmetic surgery*. *Psychiatry Clin Neurosci*, 1998; 52(3):283-87.
- 5) ICD-10: *Classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organisation, Geneva, 1992 (tr. it. Masson, Milano), 1995.
- 6) Sarwer DB, Brown GK, Evans DL: *Cosmetic breast augmentation and suicide*. *Am J Psychiatry*, 2007; 164(7):1006-13.
- 7) Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA: *The psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization*. *Clin Psychol Rev*; 1998; 18(1):1-22.
- 8) Nowak R; *Special report: cosmetic surgery. When looks can kill: the nip and tuck generation faces a danger far worse than the operation going wrong*. *New Sci*, 2006; 21-27; 192 (2574):18-21.
- 9) Adamson PA, Zavod MB: *Changing perceptions of beauty: A surgeon's perspective*. *Facial Plast Surg*, 2006; 22(3):188-93.
- 10) Grossbart TA, Sarwer DB: *Cosmetic surgery: Surgical tools - psychosocial goals*. *Semin Cutan Med Surg*, 1999; 18(2):101-11.
- 11) Cash TF, Winstead BA, Janda LH: *The great American shape-up: Body image survey report*. *Psychology Today*, 1986; 20:30-37.
- 12) Garner DM: *The 1997 body image survey results*. *Psychol Today*, 1997; 31:30.
- 13) American Psychiatric Association: *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC, 1994 (tr. it. Milano: Masson, 1996).
- 14) Sarwer DB, Wadden TA, Whitaker LA: *An investigation of changes in body image following cosmetic surgery*. *Plast Reconstr Surg*, 2002; 109:363-9.
- 15) Castle DJ, Honigman RJ, Phillips KA: *Does cosmetic surgery improve wellbeing?* *Med J Aust*, 2002; 176:601-4.
- 16) Wengle HP: *The psychology of cosmetic surgery. A critical overview of the literature. 1960-1982*. *Pert I. Ann Plast Surg*, 1986; 16:435.
- 17) Derogatis LR, Lipman RS, Covi L: *SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale - preliminary report*. *Psychopharmacol Bull*, 1973; 9(1):13-28.
- 18) Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, Garfinkel P.E: *The Body Uneasiness Test (BUT): development and validation of a new body image assessment scale*. *Eat Weight Disord*, 2006; 11(1):1-13.
- 19) American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons (ASPRS): *2003 plastic surgery procedural statistics*, Arlington Heights, II: Author, 2003.
- 20) Vargel S, Ulusahin A: *Psychopathology and Body image in Cosmetic Surgery Patients*. *Aesth Plast Surg*, 2001; 25:474-78.
- 21) Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB: *Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery*. (Review), *Plast Reconstr Surg*, 2008; 118(7):167e-80e.