

Der **Maßstab** der modernen ästhetischen Chirurgie sollte nur **der zufriedene Patient** sein

Körperbildforschung im Rahmen der rekonstruktiven und ästhetischen Plastischen Chirurgie

Autoren Dr. Simone Preiß, Dr. Ada Borkenhagen, Dr. Theresa Schedl, Dr. Kristin Schikora, Dr. W. Schneider, Magdeburg

Einführung

Im Rahmen der Outcome-Evaluation plastisch-chirurgischer Maßnahmen wird die Einschätzung psycho-sozialer Effekte, wie der Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis aus Sicht der Patienten, immer wichtiger. Auch auf den Fachtagungen Plastischer und Ästhetischer Chirurgen in Deutschland ist dies seit einigen Jahren zu beobachten. So hieß das Motto der 40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRAC) und der 14. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC) 2009 „Lebensqualität durch Plastische Chirurgie“. Immer häufiger wird die Forderung laut: „Der Maßstab der modernen ästhetischen Chirurgie sollte nur der zufriedene Patient sein!“ Leider erschöpft sich die Einschätzung der Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis in den vorgestellten Studien noch allzu häufig in der Erwähnung: Die Patienten seien mit dem bei ihnen erzielten Ergebnis zufrieden oder eben nicht. Eine wissenschaftliche Herangehensweise bei der Erhebung der Patientenzufriedenheit nach plastischen und ästhetischen Eingriffen ist im deutschen Sprachraum noch extrem selten. Ebenso wenig werden die spezifischen Störungen des Körper- und Selbsterlebens von Patienten der Plastischen Chirurgie sowie ihre Motive und Erwartungen näher erfasst und bleiben somit unverstanden. Insbesondere ist die Veränderung des Körperbilds männlicher Patienten im Verlauf eines plastisch-chirurgischen Eingriffs weithin stark unterbelichtet.

Zufriedenheit und Wohlbefinden im eigenen Körper werden im Rahmen der Gesundheits- und Lebensqualitätsforschung immer stärker akzentuiert. Dabei wird die Zufriedenheit oder auch die, insbesondere bei Jugendlichen zunehmend festzustellende, Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper durch das Konstrukt des Körperbildes erfasst. Um der Forderung nach vergleichbaren wissenschaftlichen Untersuchungen gerecht zu werden, sollten Studien zur Patientenzufriedenheit auch in der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie das subjektive Körperbild einbeziehen (Sarwer et al., 1998b), dem im amerikanischen Sprachraum (englisch: Body Image) bereits seit den 1980er-Jahren zunehmend klinisches und empirisches Interesse zukommt.

Da der Begriff Körperbild im deutschen Sprachgebrauch, aber auch in der Literatur zum Körpererleben uneinheitlich und zum Teil inflationär gebraucht wird, soll der Inhalt und die Geschichte dieses mehrdimensionalen Konstruktes im Folgenden näher beleuchtet werden.

Der wahrnehmungspsychologisch orientierte Prager Neurologe Arnold Pick definierte 1908 den Begriff des Körperschemas als „Orientierung am eigenen Körper“ und verstand hierunter das sinnesphy-

siologisch vermittelte und im ZNS verarbeitete Raumbild des eigenen Körpers. Auch der 1886 in Wien geborene Psychiater und Psychoanalytiker Paul Ferdinand Schilder untersuchte zwischen 1914–40 neuropathologische Phänomene der Körperwahrnehmung, wie den Phantomschmerz. Mit dem von Schilder in seinem Buch „The image and the appearance of the human body“, das 1935 in London erschien, eingeführten Begriff des Körperbildes wird der Einfluss der subjektiven Erlebniswirklichkeit auf das Körpererleben anerkannt. In Erweiterung des neurophysiologischen Körperschema-Begriffs um die psychologische Dimension subsumiert Schilder unter dem Körperbild-Begriff Konzepte des Körperbewusstseins, der Körperbegrenzung, der Körperbesetzung und des Körpererlebens (Kiener 1973, Strauß und Richter-Appelt 1996). Diese Kategorien werden auch als emotional-affektive Komponenten der Körpererfahrung (Brähler et al. 2000) verstanden.

In den folgenden Jahrzehnten erfuhr der Körperbild-Begriff vielfache Erweiterungen, die jedoch mit überlappenden Definitionen einhergingen. 1969 grenzte Shontz die wahrnehmungspsychologischen Aspekte aus dem Körperbild-Begriff aus und wies diese allein dem Körperschema-Begriff (als die perzeptiven Leistungen des Individuums hinsichtlich des eigenen Körpers) zu.

Joraschky (1986) hob für die Differenzierung zwischen Körperbild und Körperschema die Bedeutung der Veränderung im Laufe der Entwicklung hervor. So sei das Körperschema bereits im Säuglingsalter vorhanden und wird hier als intakt vorausgesetzt. Es beschreibt die Vollständigkeit und regelrechte Funktion des Körpers. Dagegen wird das Körperbild, das nach Joraschky (1986) die Leibeswahrnehmung und die Leibesvorstellung einer Individualität beschreibt, erst im Laufe der Kindheit erworben. Mit etwa zehn Jahren hat sich die Körperwahrnehmung stabilisiert. Sie chaotisiert sich noch einmal in der Pubertät, um sich anschließend erneut zu formen. Gesundheitliche und soziale Einflüsse wandeln, ergänzen oder stören das Körperbild im Laufe eines Lebens (Joraschky 1986). Cash (2006) betont für die Konzeption des Körperbildes die gesellschaftliche Dimension einer Außenperspektive (body-in-society view) auf den eigenen Körper, die einer inneren Perspektive (body-in-self view) gegenüberstehe.

Noch heute wird der Begriff in der deutschsprachigen Literatur teilweise als Beschreibung spezifischer Teilbereiche oder als Oberbegriff für die Gesamtheit aller Körpererfahrungen verwendet. Einigkeit besteht jedoch darüber, dass individuell verschiedene, erfahrungsabhängige Komponenten des Verhältnisses zum eigenen Körper als Körperbild zusammengefasst werden können, die sich in enger Relation zur Sprachentwicklung kognitiv ausdifferenzieren (Röhrich 2009). Damit ist es ein Teil der Identität eines jeden Menschen, der durch Wechselbeziehung

konkurrierender Einflüsse determiniert wird. Hierzu gehören körperliche Erfahrungen, Entwicklungseinflüsse, Persönlichkeitsmerkmale, interpersonelle Erfahrungen sowie soziokulturelle Einflüsse.

Um die verschiedenen Dimensionen, die zur Konzeption des Konstruktes Körperbild beitragen, erfassen zu können, empfahlen Sarwer et al. (1998a) die Einschätzung von vier zentralen Elementen, wenn man die Effekte der ästhetischen Chirurgie untersuchen will:

1. das reale physische Aussehen,
2. die Wahrnehmung des eigenen Aussehens,
3. die Bedeutung des Aussehens und
4. das Maß an Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen.

Method

Ein Untersuchungsinstrument, das die o.g. Forderungen weitgehend erfüllt, ist der Multidimensional Body-Self-Relations Questionnaire (MBSRQ; Cash 2000, deutsche Übersetzung Mühlhan 2002), ein Fragebogen, mit dem sich die spezifischen Störungen des Körper- und Selbsterlebens von Patienten, die sich einer plastisch-chirurgischen Körperkorrektur unterziehen, empirisch geprüft werden können. Der MBSRQ ist eines der am besten validierten und international am häufigsten eingesetzten Instrumente zur Erfassung des Körperbildes. Die Vollversion umfasst 69 Items und bildet auf 10 Faktorskalen evaluative, kognitive und behaviorale Dimensionen der körperbezogenen Selbsteinstellung spezifischer Bereiche ab. Er umfasst auf jeweils zwei Dimensionen (Bewertung und Orientierung) die Bereiche: a) Äußeres Erscheinungsbild, b) Leistungsfähigkeit, c) Gesundheit und unidimensional (Orientierung) den Bereich d) Krankheit. Drei zusätzliche Skalen erfassen die Bereiche: e) Selbsteingeschätztes Gewicht, f) Sorge um Übergewicht und g) Zufriedenheit mit spezifischen Körperbereichen. Die Items sind auf einer fünfstufigen Skala nach dem Grad der Zufriedenheit bzw. der Zustimmung mit „trifft überhaupt nicht zu“¹ bis „trifft vollkommen zu“⁵ zu beantworten.

Ergänzt werden kann dieses Fragebogeninstrument mit dem nonverbalen Digitalen Körperfototest (DKFT; Preiß & Borkenhagen 2001), bei dem zur Bewertung von Zufriedenheit und Bedeutung der äußeren Erscheinung individuelle Körperfotos herangezogen werden. Die Ergänzung des MBSRQ ist notwendig, da das subjektive Erleben des Körpers nur bedingt verbal erfasst werden kann und Fragebögen somit bzgl. ihrer Inhaltsvalidität limitiert sind. Das Verfahren basiert auf der Beobachtung, dass der Einfluss von Persönlichkeitsvariablen auf die Selbstwahrnehmung gut mit Testinstrumenten untersucht werden kann, die die kognitive Kontrolle so weit wie möglich ausschließen.

Der DKFT kombiniert die Vorteile von Ganzkörpermethoden und Selbsteinschätzungsverfahren, wie der Body-Cathexis-Scale (BCS; Secord & Jourard 1953) und des Color-A-Person-Tests (CAPT; Wooley & Roll 1991). Gemalte Umrissfiguren in Frontal- und Seitenansicht dienen beim Color-A-Person-Test (CAPT; Wooley & Roll 1991) als Vorlagen zur Messung der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit einzelnen Partien des Körpers. Basierend auf dem CAPT entwickelte Juchmann (1994) einen Körper-Foto-Test, bei dem anstelle der Standardschablonen individuelle Umrissvorlagen aus Fotokopien von Gegenlichtaufnahmen der Versuchspersonen angefertigt werden. Während alle bisherigen Varianten des Color-A-Person-Test Körperbildstörung und Körperzufriedenheit mittels vorgegebener Körperschablonen, Umrissvorlagen oder in Abhängigkeit der individuellen Zeichenfertigkeiten der Versuchspersonen zu erfassen suchten, betont der DKFT den Aspekt des realen physischen Aussehens, indem hier individuelle Digitalfotos der Proband(inn)en erstellt und bearbeitet werden. Dies ermöglicht neben einer besseren Beurteilung der einzelnen Körperteile eine maximale Identifikation (Konfrontationseffekt) der Testperson mit der Testvorlage und eine starke emotionale Beteiligung, was zu validen Bewertungen einzelner Körperpartien und des Gesamtkörpers führt und sozial erwünschtes Antwortverhalten reduziert.

Analog zum MBSRQ erfolgt beim DKFT die Einschätzung entlang einer fünfstufigen Skala a) nach dem Grad der Zufriedenheit mit einem Körperteil und b) der Orientierung auf das Aussehen eines Körperteils mit „sehr zufrieden bzw. sehr wichtig“¹ bis „sehr unzufrieden bzw. absolut unwichtig“⁵.

Die Auswertung des DKFT erfolgt durch Indexbildung in Anlehnung an den CAPT (Wooley & Roll 1991), wobei die einzelnen Körperteile unter verschiedene Körperpersonen (Indizes) subsumiert werden. Ein Problemzonenindex (DKFT-ZA bzw. DKFT-WA) errechnet sich als Durchschnittswert folgender Körperpartien: Brüste, Oberbauch, Unterbauch, Taille, Hüften, Po und Oberschenkel in den zwei Dimensionen: Bewertung (Z) und Orientierung (W). Aus der durchschnittlichen Bewertung der übrigen Körperpartien wird ein neutraler Körperzonenindex (DKFT-ZC bzw. DKFT-WC) gebildet. Ein Gesamtkörperwert (DKFT-Z-Total bzw. DKFT-W-Total) ergibt sich aus dem Durchschnitt aller Körperpartiebewertungen. Auf Itemebene können alle Körperzonen, insbesondere der operationsindikative Körperteil, auch einzeln betrachtet werden (Abb. 1).

Ergebnisse

Die internationale Literatur und eigene Untersuchungen mit dem MBSRQ legen nahe, dass kosmetische Patienten spezifische Störungen des Körper- und Selbsterlebens aufweisen: Trotzdem sie deut-

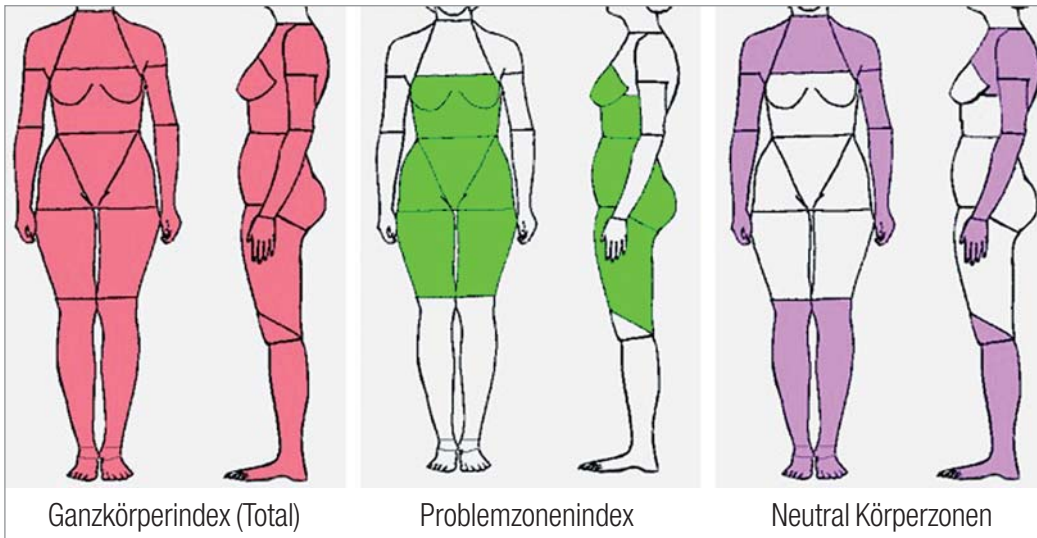


Abb. 1_Indexbildung.

lich mehr Zeit in ihr Aussehen investieren, bewerten diese Patienten ihre äußere Erscheinung negativer als Menschen, die keinen kosmetischen Eingriff wünschen. Mühlhan (2002) untersuchte 30 Patientinnen, die sich verschiedenen kosmetischen Operationen unterzogen mittels MBSRQ und bestätigte, dass Personen die ästhetisch-plastische Operationen in Anspruch nahmen, nicht zufriedener oder unzufriedener mit körperlichen Aspekten der eigenen Selbstdefinition im Allgemeinen und ihrem körperlichen Erscheinungsbild im Speziellen waren, nur beurteilten diese Personen die ercheinungsbezogenen Aspekte für die persönliche Selbstdefinition als wichtiger.

Es scheint charakteristisch für Patienten der ästhetischen Chirurgie zu sein, dass sie sich stärker mit ihrem Körper auseinandersetzen als die Normalbevölkerung (Sarwer et al. 2002, Borkenhagen et al. 2007). Eine globale Körperbildstörung kann bei den meisten Patienten jedoch ausgeschlossen werden. Sarwer et al. (2003) schlussfolgerten aus einer Untersuchung des Körperbildes von Mammaaugmentationspatientinnen, dass die erhöhte Unzufriedenheit mit einem bestimmten Körperteil das Charakteristikum zu sein scheint, was Patientinnen der plastischen Chirurgie von den Frauen unterscheidet, die sich keiner chirurgischen Körperkorrektur unterziehen. In einer eigenen präoperativen Untersuchung von 54 Patienten (48 Frauen, 6 Männer, Untersuchungszeitraum: 10/06 bis 03/08) der kosmetischen Sprechstunde der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie des Universitätsklinikums in Magdeburg unterschieden sich diese, neben der negativeren Bewertung des eigenen Aussehens und der verstärkten Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen, auch in der Bewertung ihrer Gesundheit und der Orientierung auf körperliche Fitness im MBSRQ signifikant von einer Vergleichsgruppe (VG) aus Internetnutzern (n = 190; 112 Frauen, 70 Männer, 8 ohne Geschlechtsangabe).

Ferner bestand innerhalb der Patientengruppe eine starke Verunsicherung bezüglich ihrer gesundheitlichen Verfassung. Körperliche Fitness und athletische Komponenten hatten eine deutlich geringere Bedeutung für die Patientengruppe als für die VG. Die VG fühlte sich durch ihr Aussehen dagegen weniger in ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt als die Patientengruppe, die aufgrund ihres Aussehens öfter von Schamgefühlen geplagt wurde. Durch Anpassung der Körperhaltung versuchten die Patienten bestimmte, schambesetzte Körperpartien zu verstecken.

Die durchgeführten operativen Körperkorrekturen entsprachen bezüglich ihrer Häufigkeit den internationalen Verteilungen (49% Brustkorrekturen, 16% Fettabsaugungen, 17% Operationen an Gesicht/Hals, 9% Straffungen Oberarme/Oberschenkel). Am unzufriedensten waren die weiblichen Probanden mit den sogenannten Problemzonen, das heißt Brust, Bauch, Beine und Po. Bei den männlichen Teilnehmern fiel dagegen in beiden Gruppen die Tendenz auf, eher mit der Körper-/Muskelmasse bzw. mit als typisch männlich angesehenen Körperteilen wie Oberarmen, Schultern und Waden unzufrieden zu sein.

In einer prospektiven Untersuchung von 25 Patientinnen (18–65 Jahre, Untersuchungszeitraum: 04/03–04/05, Messzeitpunkte: prä- und 6 Monate postoperativ), die sich aufgrund einer Mammahypertrophie einer Mammareduktionsplastik unterzogen, wurde zusätzlich der DKFT eingesetzt. Auch mit diesem Instrument wurde deutlich, dass die Patientinnen ihre äußere Erscheinung negativer als Frauen einer alters- und geschlechtsspezifischen Kontrollgruppe (22 Frauen, 17–68 Jahre) bewerteten, die keine Brustkorrektur wünschten. Darüber hinaus wird mithilfe des DKFT abbildbar, dass sich die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bei plastisch-chirurgischen Patienten vor allem aus der Unzufriedenheit mit dem operationsindikativen



Körperteil ergibt. Durch die starke Unzufriedenheit mit den Brüsten wird auch die Wahrnehmung der eigenen Leistungsfähigkeit und der eigenen Gesundheit beeinflusst, womit eine häufigere Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung verbunden ist. Dies lässt darauf schließen, dass eine massive Unzufriedenheit bezüglich eines spezifischen Körperteils auch andere Bereiche des Lebens beeinflusst und maßgeblich die Lebensqualität der Betroffenen einschränkt.

Mit dem DKFT kann ferner die Veränderung der Zufriedenheit mit einzelnen Körperteilen/-partien und die Gesamtzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen nach einem plastisch-chirurgischen Eingriff untersucht werden. Nach der Mammareduktionsplastik waren die untersuchten Frauen deutlich zufriedener mit ihrem Aussehen. Erwartungsgemäß zeigte sich ein höchst signifikanter Anstieg der Zufriedenheit der Patientinnen mit den Brüsten. Die Zunahme der körperbezogenen Zufriedenheit betraf auch die weiblichen Problemzonen, wobei die neutralen Körperzonen unverändert eingeschätzt wurden. Damit konnte eine häufig vorgebrachte These, wonach bei einer Brustverkleinerung der Unzufriedenheitsfokus lediglich von einem Körperteil auf einen anderen verschoben wird, widerlegt werden. Die positiven Effekte der Mammareduktionsplastik auf das Körper- und Selbsterleben der Patientinnen waren sowohl mit dem DKFT als auch mit dem MBSRQ deutlich abbildbar.

Zusammenfassung

Seit den 1980er-Jahren sind das Konstrukt des subjektiven Körpererlebens bzw. des Körperbildes auch

in der Gesundheits- und Lebensqualitätsforschung in den Blickpunkt des Interesses gerückt. Die Fähigkeit, ein positives Erleben des eigenen Körpers und körperliches Wohlbefinden herstellen und erleben zu können, wird als zentrale Kompetenz der eigenen Lebensgestaltung erachtet. Dabei korrelieren ein positives Körperbild wie auch ein positives Körpererleben mit der subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheitszustands. Die subjektive Bewertung des eigenen Körpers hängt zudem stärker mit Interventionserfolgen zusammen als objektive Parameter oder die Einschätzung des behandelnden Arztes dies tun (Bothe 2003). Aus diesem Grund wird gerade in der Interventionsforschung dem subjektiven körperlichen Wohlbefinden und dem positiven Körpererleben als Erfolgsparameter für die Krankheitsbewältigung und das Gesundheitserleben zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt.

Im Rahmen plastisch-chirurgischer und ästhetischer Interventionen stellt sich darüber hinaus die Frage, welche spezifischen Störungen des Körper- und Selbsterlebens bei Patienten vorliegen, die sich elektiven aussehensverändernden Eingriffen unterziehen. Vor dem Hintergrund zunehmender Unzufriedenheit der Menschen in den modernen westlichen Gesellschaften mit dem eigenen Aussehen besteht häufig die Neigung, eine Körperbildstörung zu unterstellen. Angesichts der Ergebnisse der vorgestellten Untersuchungen muss dies jedoch klar verneint werden. Vielmehr als um die Selbsttherapie einer Körperbildstörung scheint es bei ästhetischen Operationen um eine Strategie zu gehen, die Unzufriedenheit mit dem Körper für sich selbst, im ambivalenten Spannungsfeld gesellschaftlicher Forderungen zu lösen und bis zu einem gewissen Grade als aktive und bewusste Lebensgestaltung zu begreifen. Die von uns untersuchten Patienten (Preiß 2007) lebten meist in langjährigen, von der Mehrheit mit gut und sehr gut bewerteten Partnerschaften; waren berufstätig und gaben an, die Operation nur für sich selbst zu machen. Sie liebten sich weniger durch das gängige Schönheitsideal oder durch äußere Einflussfaktoren wie Freunde, Bekannte, Familienmitglieder, Schauspieler oder Models in Zeitschriften beeinflussen, vielmehr ging der Wunsch nach einer Körperkorrektur von ihnen selber aus (intrinsische Motivation). Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich plastisch-chirurgische Patienten nicht wie bisher angenommen nur bezüglich ihrer äußeren Erscheinung eingeschränkt fühlen, sondern auch in Bezug auf ihre Gesundheit und ihre körperliche Fitness durch den Makel und den damit verbundenen Schamgefühlen beeinträchtigt werden.

Schlussfolgerung

Das Verständnis des Plastischen Chirurgen für die spezifischen Störungen des Körper- und Selbsterle-

bens ästhetischer Patienten bildet neben seinen chirurgischen Fertigkeiten die Voraussetzung zum Erzielen postoperativer Patientenzufriedenheit. Bei der empirischen Untersuchung der Ergebnisse neuer Operationstechniken sollte eine differenzierte Evaluation der Zufriedenheit aus Patientensicht zum Standard werden. Mit dem MBSRQ und dem DKFT liegen nun zwei sich ergänzende Instrumente zur Untersuchung der unterschiedlichen Aspekte des Körperbildes, wie dem Maß an Zufriedenheit mit dem Aussehen, vor. _

Literatur

Borkenhagen A., Röhrich F., Preiss S., Finck C., Schneider W. & Brähler E. (2007). Changes in Body Image and Health-Related Quality of Life Following Breast Reduction Surgery in German Macromastia Patients: A New Tool for Measuring Body Image Changes. *Annals of Plastic Surgery*, 58(4):364.

Bothe L. (2003). Veränderungen der Lebensqualität durch Mammareduktion. Ein prä- und postoperativer Vergleich. Unveröffentlichte Dissertation an der Abteilung für medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Leipzig.

Cash T.F. (2000). *The Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire*. User Manual. Third Revision.

Cash, T. F.: *Body Image and Plastic Surgery*. In: *Psychological Aspects of Reconstructive and Cosmetic Surgery*. Sarwer, Pruzinsky, Cash, Goldwyn, Persing, Whitaker (Hrsg.) Lippincott Williams & Wilkins, 37–56. USA 2006.

Joraschky, P.: *Das Körperschema und das Körper-Selbst*. In: E. Brähler. *Körpererleben*. Springer, 34–39. Heidelberg 1986.

Kiener F. (1973). Untersuchungen zum Körperbild. *Z Klein Psychol Psychother* 21:335–351.

Mühlhan H. (2002). Aspekte des präoperativen Körperkonzepts in der Ästhetischen Chirurgie. Differenzierung, Erweiterung und Prüfung zentraler Komponenten eines heuristischen Modells. Unveröffentl. Diplomarbeit an der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Institut für Psychologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Preiß S. (2007). *Das Körpererleben von Frauen vor und nach Mammareduktionsplastik*. Unveröffentlichte Dissertation an der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.

Röhrich F.: *Das Körperbild im Spannungsfeld von Sprache und Erleben – terminologische Überlegungen*. In: *Körpererleben und Körperbild*. Ein Handbuch zur Diagnostik. Joraschky, Loew, Röhrich (Hrsg.) Schattauer, 25–34. Stuttgart 2009.

Sarwer D.B., Wadden T.A., Pertschuk M.J. und Whitaker L.A. (1998a). *The Psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization*. *Clinical Psychology Review*, 18: 1–22.

Sarwer D.B., Wadden T.A., Pertschuk M.J. und Whitaker L.A. (1998b). *Psychological Investigations in Cosmetic Surgery: A Look Back and a Look Ahead*. *Plast and Reconstr Surg*, 101(4):1136–1143.

Sarwer D.B., Wadden T.A., Whitaker L.A. (2002). *An Investigation of Changes in Body Image following Cosmetic Surgery*. *Plast Reconstr Surg*, 109(1): 363–369.

Sarwer D.B., LaRossa D., Bartlett S.P., Low D.W., Bucky L.P., Whitaker L.A. (2003). *Body Image Concerns of Breast Augmentation Patients*. *Plast Reconstr Surg*, 112(1): 83–90.

Schilder, P.: *The image and appearance of human body*. Kegan Paul, Trench, Trubner & Co. London 1935.

Secord P.F. & Jourard S.M. (1953). *The appraisal of body cathexis: Body-cathexis and the self*. *Journal of Consulting Psychology*, 17:343–347.

Shontz, F.C.: *Perceptual and cognitive aspects of body experience*. Academic Press. New York 1969.

Strauß, B. und Richter-Appelt, H.: *Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek)*. Hogrefe. Göttingen 1996.

Wooley O. und Roll S. (1991). *The Color-a-person Body Dissatisfaction Test*. Stability, Internal Consistency, Validity and Factor structure. *Journal of Personal Assessment*, 56:395–413.

| | |
|--|-------------|
| _Kontakt | face |
| <p>Dr. Simone Preiß Universitätsklinikum Magdeburg Plastische, Ästhetische und Handchirurgie Leipziger Straße 44 39120 Magdeburg E-Mail: Simone.Preiss@med.ovgu.de</p> | |

ANZEIGE

Effektive und erfolgreiche Kombinationsbehandlung Mesotherapie + Radiofrequenz- Hautstraffung + RF Lipolyse



Das „new MIDAS“ ist ein einzigartiges und neues Radiofrequenzsystem für ästhetische Behandlungen, wie Bodyshaping und Hautstraffung. Der Vorteil dieses Radiofrequenzsystems besteht darin, Infrarotlicht und Radiofrequenz zu kombinieren. Mithilfe der „new MIDAS“-Technologie und eines speziellen monopularen Handstücks ist eine Gewebeerwärmung in einer Tiefe von bis zu 20mm möglich.

Infolgedessen wird eine Tiefenwärme im Fett- bzw. Bindegewebe hervorgerufen. Die Radiowellen treffen somit auf den höchstmöglichen Widerstand im Körper – das menschliche Fettgewebe. Zusätzlich regt die Erwärmung die Blutzirkulation an, fördert die Schrumpfung der dermo-subkutanen Septenverbindungen und kann auch effektiv zur Minderung von Ödemen und Hämatomen, sowohl prä- als auch postoperativ eingesetzt werden. Die Anwendung der italienischen Mesoprodukte MD-MATRIX und MD-TISSUE, während der RF-Behandlung, unterstützt erheblich die Neokollagenese und führt zur Straffung der Haut, Fettabbau und Lymphdrainage.

Eine Vielzahl von Behandlungen mit dem „new MIDAS“ hat gezeigt, dass es möglich ist, eine grundlegende Verbesserungen der Gewebestruktur zu erzielen. Bereits in den ersten Sitzungen werden die Erwartungen der Patienten übertroffen.

Überzeugen Sie sich selbst in den von uns angebotenen Workshops.

| Termine: | | | |
|--------------|-----|------------|-------------------|
| März | Sa. | 12.03.2011 | München |
| April | Sa. | 09.04.2011 | Berlin |
| April | Sa. | 16.04.2011 | Hamburg |
| Mai | Sa. | 07.05.2011 | Freiburg |
| Mai | Sa. | 28.05.2011 | Düsseldorf |

Nähere Informationen unter www.mesowelt.de und www.dmt-med.de