

Borstvergroting en borstverkleining

Een literatuuronderzoek

I. VAN HAM

De huisarts wordt in toenemende mate geconfronteerd met vrouwen die hun borsten willen laten verkleinen of juist vergroten. Bij vrouwen die vragen om een borstverkleining, zijn de motieven merendeels lichamelijk bepaald. Achter de wens tot borstvergroting liggen vaak nog andere motieven, bijvoorbeeld op het psychische of relationele vlak. Hiermee dient de huisarts bij de indicatiestelling rekening te houden; borstvergroting is geen medicijn tegen huwelijksproblemen. Bij borstverkleining wordt een subtotale wigvormige mastectomie uitgevoerd; hierbij moet de tepel worden verplaatst. Bij borstvergroting wordt een incisie gemaakt in de submammariale plooï of in de oksel. Via deze incisie wordt een week implantaat van kunststof ingebracht, dat retroglandulair of retropectorale wordt geplaatst. Complicaties die zijn onder meer: infectie, hematomen en naaddehiscentie. Bij borstvergroting kan zich rond het implantaat een kapsel vormen, waardoor de borst hard aanvoelt. Verreweg de meeste vrouwen zijn tevreden met het resultaat van de operatie.

Van Ham I. Borstvergroting en borstverkleining. Een literatuuronderzoek. Huisarts Wet 1990; 33(3): 98-102

Mw. I. van Ham, huisarts, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

Inleiding

Borstvergroting en borstverkleining behoren tot de meest voorkomende plastisch-chirurgische operaties. De huisarts wordt dan ook regelmatig benaderd door vrouwen die een dergelijke operatie willen.

In de literatuur, vooral in de plastisch-chirurgische tijdschriften, worden voornamelijk de operatietechnieken beschreven. Voor de huisarts zijn deze gegevens echter van ondergeschikt belang en op chirurgisch-technische aspecten zal in dit artikel dan ook slechts kort worden ingegaan.

Hoewel minder in aantal, zijn er ook nogal wat artikelen over persoonlijkheidskenmerken van vrouwen die om een borstvergroting of borstverkleining vragen. Hierover blijken nogal verschillende opvattingen te bestaan.

Met behulp van een literatuuronderzoek is getracht, zoveel mogelijk uitgaand van de situatie van de huisarts, de volgende vragen te beantwoorden:

- Om hoeveel operaties gaat het en wat kost het?
- Welke vrouwen vragen om borstvergroting of borstverkleining?
- Wat zijn de indicaties?
- Wat zijn contra-indicaties?
- Welke operatietechnieken worden er gebruikt?
- Wat zijn de gevolgen en complicaties van deze operaties?

Literatuur

Allereerst werden de jaren 1983 t/m mei 1989 via Index Medicus (CD-ROM) nagezocht op de volgende trefwoorden en combinaties daarvan: *breast-surgery, enlargement, reduction, surgery-plastic-methods, breast, indications* en *referral*. Niet-geïndexeerde plastisch-chirurgische tijdschriften werden met de hand doorgenomen. De aldus bestudeerde tijdschriften waren: *British Journal of Plastic Surgery, Annals of Plastic Surgery, Journal of Plastic and Reconstructive Surgery, Clinics in Plastic Surgery, Excerpta Medical Plastic Surgery* en *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*.

Omdat de gezochte literatuur uitsluitend in deze gespecialiseerde tijdschriften werd

aangetroffen, is de algemene medische literatuur van vóór 1983 alleen gericht nagezocht. De volgende Nederlandstalige tijdschriften op het gebied van de huisartsgeneeskunde werden daartoe doorgenomen vanaf 1975: *Practitioner, Huisarts en Wetenschap, Modern Medicine, Patient Care, Consult voor de Huisarts, Nieuw Kompas voor de Huisarts, Vademecum Permanente Nascholing Huisartsen, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en *Huisarts nu*, benevens de reeks *Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde*. Het jaar 1975 is gekozen, omdat relevante artikelen die eerder zijn verschenen, zullen zijn opgenomen in latere literatuuropgaven.

Verder is de belangrijkste medisch-psychologische literatuur en de literatuur op het gebied van vrouwenhulpverlening geraadpleegd. Voor de medisch-psychologische literatuur ging het om de laatste tien jaargangen van de volgende tijdschriften: *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie, Psychological Abstracts, Tijdschrift voor Sexuologie, Patient Education and Counseling, Psychology of Women Quarterly, Bulletin Klinische Praktijk van de Medische Psychologie, Gedrag en Gezondheid, Journal of Clinical Psychology, Metamedica* en het *International Journal of Obesity*. Op het gebied van vrouwenhulpverlening zijn de laatste tien jaargangen van de volgende tijdschriften geraadpleegd: *Tijdschrift voor Vrouwenstudies, Vrouwenhulpverlening* (tegenwoordig: *Slangengodin*) en *Abstracts Studies on Women*.

Uiteraard is ook gezocht aan de hand van literatuuropgaven bij reeds gevonden artikelen.

Van opname werden uitgesloten:

- artikelen over (herstel)operaties na mamma-amputatie of aangeboren misvormingen;
- artikelen die uitsluitend medisch-technische informatie bevatten die niet relevant is voor de huisarts;
- artikelen met geen of onvoldoende bronvermelding;

Omvang en kosten

Hoeveel vrouwen jaarlijks het spreekuur van hun huisarts bezoeken met de vraag om correctieve chirurgie van de borsten, blijkt

niet na te gaan. Wel is het mogelijk een indruk te krijgen van het aantal operaties dat per jaar wordt verricht.

In 1980 werden volgens telefonische opgave van het Centraal Bureau voor de Statistiek 2494 plastische operaties van de borsten verricht, in 1986 3838. Bij deze aantallen zijn ptosis-operaties (corrigerende operaties van borsten die normaal van omvang zijn maar te veel hangen) en corrigerende operaties na mamma-amputatie niet meegerekend. In zes jaar heeft zich dus een toename met 54 procent voorgedaan.

Bij particulier verzekerde patiënten hangt het af van de polisvoorwaarden in hoeverre deze operatie wordt vergoed; bij ziekenfondsverzekerden dient vooraf toestemming te worden verkregen. Veel patiënten ervaren de gang naar de geneeskundig adviseur van het ziekenfonds als vernederend, te meer daar zij zich erg afhankelijk van hem voelen.

De totale kosten voor een borstvergroting of borstverkleiningsoperatie bedragen ongeveer NLG 6000,-. De opnameduur is ongeveer een week. Veel ziekenhuizen hebben een wachtlijst.

Persoonlijkheidskenmerken

Correctieve operaties van de borsten komen bij vrijwel alle leeftijdscategorieën voor, maar het meest bij vrouwen tussen 15 en 40 jaar.

Welke vrouwen vragen om een borstverkleining?

Edgerton, een Amerikaans chirurg, is een der eersten die een artikel aan dit onderwerp heeft gewijd. Volgens hem is het hebben van te grote borsten primair een anatomisch probleem van vrouwen die zich verder niet wezenlijk onderscheiden van vrouwen met een normale borstomvang.⁴

Ook de psycholoog *Groenman* constateert in zijn proefschrift dat de vrouw die een borstverkleining ondergaat, zich pre- en postoperatief onderscheidt van de gemiddelde Nederlandse vrouw anno 1972-1975. Wel heeft zij vóór de operatie een negatiever gevoel over haar borsten.⁶

Heel anders is het gesteld met vrouwen die om borstvergroting vragen. In de literatuur zijn twee stromingen te onderscheiden.

Aanhangers van de ene stroming, waartoe onder andere *Edgerton* en *Groenman* behoren, hebben geconstateerd dat vrouwen die om een borstvergroting vragen op een aantal punten verschillen van vrouwen die geen borstvergroting nastreven.^{4 6-8 10} Zo stelt *Edgerton* dat borstvergroting vooral wordt gevraagd door vrouwen met emotionele problemen, die soms zelfs geen objectieve anatomische afwijkingen hebben. Volgens hem zouden zulke patiënten psychiatrisch behandeld moeten worden als belangrijk onderdeel van de totale behandeling. Hij liet een aantal vrouwen voor de operatie uitgebreid psychiatrisch onderzoeken met behulp van vraaggesprekken en schriftelijke persoonlijkheidsvragenlijsten¹ (in andere onderzoeken werd volstaan met het invullen van deze lijsten), maar vermeldt niet of dit door een onafhankelijke psychiater gebeurde.⁶ De meeste onderzochte vrouwen hadden in principe een normale karakterstructuur; alle vrouwen verkeerden echter in een situatie waarin belangrijke veranderingen in hun leven plaatsvonden (meestal een echtscheiding). Wat ze gemeen hadden, is een gemaskeerde depressie, die zich uitte doordat ze al hun gevoelens op hun borsten fixeerden. Met de kleine afmetingen van hun borsten lieten ze de wereld zien dat er iets aan hen ontbrak, dat ze innerlijk leeg en inadequaat waren.

Een hoog percentage vrouwen in het onderzoek van *Edgerton* gaf ook anamnestic korte perioden van depressies aan.⁵ Sommigen hadden in hun puberteit langdurig onder depressieve gevoelens geleden. Oppervlakkig gezien presenteerden deze vrouwen zichzelf als levendige, efficiënte vrouwen die de nadruk leggen op vrouwelijke aantrekkelijkheid en een sociale instelling. In hun presentatie vindt *Edgerton* 'hysterische karaktereigenschappen' terug. Verder constateert hij dat vrijwel al deze vrouwen een zeer ongelukkige jeugd hadden doorgemaakt. Ook zijn zij in en na de puberteit vaker geopereerd, waardoor hun chirurgische voorgeschiedenis meer lijkt op die van vrouwen met een neurotische karakterstructuur dan op die van normale vrouwen. Dit alles laat overigens onverlet dat deze vrouwen in principe toch een normale karakterstructuur zouden hebben.

De rol van de chirurg voldoet, aldus *Edgerton*, aan onbewuste fantasieën en verwachtingen van de patiënte en zou mede kunnen bijdragen aan de mate waarin de vrouwen tevreden zijn over de chirurgische resultaten en aan het opmerkelijke psychotherapeutische effect, dat duurzaam van aard blijkt te zijn.

De conclusies van een aantal andere auteurs zijn dat de gemiddelde vrouw die om borstvergroting vraagt, begin 30, getrouwd en moeder is, een opleiding heeft en behoort tot de sociale middenklasse.⁷ Al sinds de puberteit is zij erg verlegen en heeft zij het gevoel in seksueel opzicht te kort te schieten. Vaak loopt ze al jaren aan borstvergroting te denken, maar vond ze het medisch te riskant of was het iets onbereikbaars. Voor veel van deze vrouwen zijn noodoplossingen, zoals vullingen in de BH, niet acceptabel. Ook geldt voor velen dat zij ooit wel een normale borstontwikkeling hebben gehad, maar door zwangerschap en borstvoeding kleine, gerimpelde borsten hebben gekregen.⁸

Baker et al wijzen erop dat het een taak van de huisarts is om bij vrouwen die sterk het gevoel hebben dat ze tekortschieten omdat ze zulke kleine borsten hebben, deze gevoelens te identificeren en te wijzen op de mogelijkheid van chirurgische en/of psychiatrische hulp. Dat er zo weinig vrouwen verwezen worden, zou deels kunnen worden verklaard uit het moralistische oordeel van veel artsen over vrouwen die een secundair geslachtskenmerk willen laten verbeteren.⁷

Aanhangers van de andere stroming onderschrijven deze ideeën niet.

Shipley et al. stellen dat er methodologisch nogal wat schort aan voorafgaande onderzoeken.⁹ Steeds was het de ondervragende psycholoog bekend dat de vrouw kwam voor een borstoperatie. Ook ontbreekt in alle onderzoeken een controlegroep. Zelf vergelijken zij vrouwen die kleine borsten hebben en daaraan geopereerd willen worden, met dito vrouwen die dat niet willen of met vrouwen met een gemiddelde borstontwikkeling (die dus ook geen plastische chirurgie willen). Uit hun onderzoek blijkt dat vrouwen die borstver-

grotting willen, psychologisch net zo stabiel zijn als andere vrouwen. Ze verschillen slechts op een paar punten: in de eerste plaats het negatieve gevoel over de kleine borsten en in de tweede plaats het feit dat zij meer nadruk leggen op kleding en lichamelijke aantrekkelijkheid.

Shipley *et al.* vinden geen aanwijzingen voor de conclusies van eerdere onderzoekers, dat vrouwen die een borstvergroting willen, een lage dunk van zichzelf hebben of een armzalig lichaamsbeeld. Er zijn ook geen aanwijzingen voor depressies, sociaal dysfunctioneren of een hoge incidentie van grote gynaecologische operaties of psychiatrische behandelingen.

Indicaties

Van der Lande en Lichtveld wijzen erop dat men bij de indicatiestelling aandacht moet schenken aan psychosociale factoren.¹² Het lijkt hen bovendien nuttig om na te gaan of er werkelijk van een lijden sprake is en, zo ja, of dit exclusief operatief behandeld moet worden of dat psychotherapeutische of medicamenteuze hulp moet worden geboden.

Voor het stellen van de indicaties voor zowel borstvergroting als borstverkleining is volgens Lichtveld een uitvoerig gesprek onder vier ogen noodzakelijk. Dit gesprek moet plaatsvinden in een ontspannen sfeer, kan eventueel gedeeltelijk worden bijgewoond door de partner, en zal zo nodig moeten worden gevolgd door een tweede of zelfs derde gesprek. Allereerst dient de hulpvraag van de patiënt te worden verhelderd, en dient onderzocht te worden of er depressieve of paranoïde momenten zijn en in hoeverre de vrouw hierdoor dreigt te compenseren. Ook moet men nagaan hoe de naaste omgeving op het probleem reageert, onder andere om inzicht te krijgen in de mate van vereenzaming die de vrouw beleeft.¹³

In dit gesprek moeten volgens Lichtveld de volgende criteria de revue passeren:

- de mate van objectiviteit van de afwijking; hoe groter de afwijking, des te gemakkelijker is de patiënt tevreden te stellen;
- de duur van de klacht; een klacht die recent ontstaan is, kan gebonden zijn aan

actuele gebeurtenissen en snel weer verdwijnen;

- de ernst van de dysforie: zijn de te grote of te kleine borsten een dagelijks weerkerende kwelling of speelt het probleem slechts enkele dagen per jaar (bij voorbeeld in de vakantie);
- de mate van psychische integratie;
- de motivatie; ‘verbetering’ van het uiterlijk, bij voorbeeld om een gestoorde relatie met de partner te verbeteren, heeft een grote kans op mislukking, in tegenstelling tot de wens tot verhoging van het eigen welbevinden.^{5 8}

Huffstadt stelt dat de indicatie tot opereren voor *borstverkleining* berust op het klachtenpatroon en op de omvang van de borsten.¹¹ Als klachten bij te zware borsten noemt hij:

- zware belasting bij fysieke activiteiten;
- mechanische bezwaren bij het liggen;
- snoerende schouderbandjes van de BH;
- moeilijkheden bij het vinden van prettig passende en modieuze kleding;
- neiging tot intertrigo in de submammarie huidplooi;
- psychische gêne ten aanzien van anderen.

Wat betreft de omvang van de borsten wordt ook de maat van de BH als indicatie genoemd.^{3 14} De cupmaten B en C zijn de meest gedragen maten in Nederland. Wanneer een vrouw verder niet extreem lang of erg zwaar gebouwd is, zullen borstafmetingen die comfortabel in een B- of C-cup passen als normaal mogen worden beschouwd.

Bellmann en Hinze vermelden als indicatie een gewichts- (of volume)toename van de borsten van meer dan 50 procent boven de fysiologische grenswaarde, dat wil zeggen als een borst meer dan 600 gram weegt.¹⁵ Niet duidelijk wordt echter hoe je een borst zou moeten wegen.

Huffstadt legt ook een verband tussen mammareducties en adipositas.¹⁴ Bij vrouwen die te dik zijn, zullen de bovenstaande klachten bij te grote borsten in heviger mate optreden. Ook zal het resultaat van een borstverkleining bij dikke vrouwen tegenvallen. Na de operatie blijven de klachten die zijn veroorzaakt door het dik-zijn, immers bestaan, terwijl de resterende vet-

rollen op rug en buik het effect van de verbeterde borstcontour te niet doen. Bovendien brengt opereren onder algehele narcose bij dikke mensen meer risico met zich mee en is de kans op post-operatieve complicaties groter.

Concluderend stelt hij dat bij vetzucht eerst gestreefd moet worden naar een acceptabel gewicht. Hierin kan de huisarts een belangrijke rol spelen. Geeft deze het advies om eerst af te vallen, dan voorkomt hij daarmee dat de patiënt dit advies na verwijzing ontvangt. Ook wordt voorkomen dat de specialist zich in eerste instantie afwijzend moet opstellen tegenover een patiënt die verwacht dat zij zal worden ‘geholpen’.

Vindt de chirurg dat hij de behandeling moet weigeren, dan moet dit uitvoerig worden toegelicht. Zo mogelijk dient een alternatief te worden geboden en de mogelijkheid van herbeoordeling na enige tijd – al dan niet door een andere chirurg – dient te worden opgehouden.

Veel van het boven beschrevene is ook van toepassing op de huisarts. Hulpvraagverheldering, indicatiestelling en begeleiding zijn immers in de eerste plaats een taak voor de huisarts.

Ten aanzien van *borstvergroting* stelt Huffstadt dat de indicatie tot borstvergroting eigenlijk maar op één pijler rust: de psychische problemen die een vrouw heeft met betrekking tot haar weinig ontwikkelde borsten.¹¹ Ohlsen *e.a.* schrijven in hun artikel over de resultaten van borstvergroting dat het belangrijker is de juiste patiënt te selecteren dan de juiste prothese.¹⁰

Contra-indicaties

Als contra-indicaties voor borstvergroting worden genoemd:^{4 13}

- tekenen die wijzen op diepere psychische stoornissen nu of in het verleden; een psychiatrisch advies is hier op zijn minst vereist;
- actuele levens-, gezins- of relatieproblemen; deze dienen bij voorkeur niet chirurgisch te worden behandeld;
- het in de eerste plaats geopereerd willen worden om aan de wens van derden – in het bijzonder de partner – te voldoen;

- zo'n haast hebben met de operatie dat de patiënte de chirurg verleidt om af te stappen van de gebruikelijke pre-operatieve routine;
- carcinofobie;
- vóórkomen van borstkanker bij de moeder van patiënte, als deze borstvoeding heeft gegeven;
- abcessen in de borst in het recente verleden;
- meer dan één mislukte eerdere poging tot borstvergroting;
- diffuse pijnlijke cysten of tumoren;

Operatietechnieken

Bij borstverkleining wordt een subtotale wigvormige mastectomie uitgevoerd. Hierbij moet de tepel worden verplaatst; deze wordt daartoe op een steel omhoog gedraaid. Omdat de tepel hierbij niet wordt losgemaakt van zijn ondergrond, blijft de sensibiliteit meestal intact. Is de steel langer dan ongeveer 8 cm, dan bestaat het risico van necrose van de tepel en vindt een vrije tepeltransplantatie plaats. Uiteraard is de tepel hierna gevoelloos. Het litteken is na deze operatie veel groter en meer zichtbaar dan na een borstvergroting.

Bij borstvergroting wordt een incisie gemaakt in de submammarie plooï of in de oksel. Via deze incisie wordt een week implantaat van kunststof ingebracht, dat retroglandulair of retropectorale wordt geplaatst. Er is slechts een klein litteken op een weinig zichtbare plaats.

Gevolgen

Over de chirurgische en psychische gevolgen van borstcorrecterende operaties is relatief veel geschreven.^{4 5 10 16-23} Alle auteurs vermelden dat een groot aantal vrouwen zeer tevreden is over hun borstvergroting of borstverkleining. Van alle patiënten zou 96 procent zich opnieuw laten opereren als ze weer voor de keus stonden. De voordelen wegen voor hen zwaarder dan de nadelen. Nogal eens is de patiënte enthousiaster over het resultaat dan de plastisch chirurg die de operatie heeft verricht. Veel vrouwen melden spontaan dat de operatie 'hun hele leven heeft veranderd'.⁴ Vaak verdwijnt na de operatie het gefixeerd zijn op

de borsten en gaan vrouwen veel meer ondernemen, vooral activiteiten die op de buitenwereld zijn gericht. Ze vinden zichzelf als vrouw aantrekkelijker, hun seksuele relaties verbeteren, ze krijgen meer zelfvertrouwen en zijn eindelijk gelukkig.

Deze veranderingen zijn van blijvende aard. Bovendien ontstaan er geen nieuwe fixaties, zoals werd gevreesd. Door de operatie verandert de persoonlijkheidsstructuur van de vrouw niet wezenlijk, maar een andere instelling ten aanzien van haar borsten bevrijdt haar van haar eerdere ongemak en schaamte en zij voelt zich minder geremd.¹⁸

Ohlsen, die verbaasd was over de ernst van de psychische problemen van vrouwen die hem om een borstvergroting vroegen, heeft onderzoek gedaan naar de resultaten van zijn interventie.¹⁰ De behoefte aan psychiatrische hulp nam na de operatie aanzienlijk af. Wel constateert hij, en niet alleen hij, het vóórkomen van postoperatieve depressieve reacties; hij wijt deze aan extreme schuldgevoelens, maar waarover, wordt niet duidelijk. Hij concludeert dat het interessant en belangwekkend is dat bij vrouwen met te kleine borsten bijna alle symptomen van psychische aard zijn, terwijl de behandeling chirurgisch is.

In een Deens artikel wordt gesteld dat een psychiatrisch onderzoek vóór de operatie de selectie waarschijnlijk niet zal kunnen verbeteren.¹⁸

Complicaties

Complicaties die vaak worden genoemd, voor zowel vergrotings- als verkleiningsoperaties, zijn: infectie, hematomen en naaddehiscentie. De mate waarin deze complicaties optreden, is vooral afhankelijk van de ervaring en bekwaamheid van de chirurg: hoe ervarener en bekwamer, des te minder complicaties.

Als belangrijkste nadeel bij borstverkleining worden de littekens genoemd, die hinderlijk en/of lelijk kunnen zijn.¹⁶ De sensibiliteit van de tepel na een verkleiningsoperatie is afhankelijk van de gebruikte techniek. Borstvoeding na mammareductie is in principe wel mogelijk, maar de chirurg moet er bij de keuze van de operatietechniek rekening mee houden.¹⁹

Hetter noemt aantal negatieve gevolgen van borstvergrotingsoperaties.¹⁶ Zo kan zich rond het implantaat een kapsel vormen, waardoor de borst hard aanvoelt. De afmeting van de borsten wordt soms niet zo als men had gehoopt, en de gevoeligheid van de tepel kan tijdelijk afnemen. Bovendien ontstaan er littekens. Borstvergroten-de operaties hebben geen invloed op de zogsecretie, daar de prothese achter het klierweefsel of onder de musculus pectoralis wordt geplaatst. Hoewel nooit een hogere incidentie van mammamaligniteiten is gevonden tengevolge van het inbrengen van een prothese, bestaat hierover nog geen absolute zekerheid.^{4 5}

Beschouwing en aanbevelingen

Geen van de artikelen voldoet aan alle methodologische eisen. Men heeft te kleine aantallen vrouwen onderzocht, of er is selectie van vrouwen opgetreden of de controlegroep ontbreekt wanneer er psychiatrisch onderzoek is gedaan. Hierdoor hebben de resultaten slechts betrekkelijke waarde.

Opvallend is verder dat er in de huisartsgeneeskundige literatuur bijzonder weinig over dit onderwerp is te vinden; slechts drie bronnen geven min of meer een overzicht van alle relevante aspecten van borstvergroting of borstverkleining.¹⁻³ Een daarvan is een boekje dat is geschreven door vrouwen die zelf een borstverkleiningsoperatie hebben ondergaan.³ Iedereen die regelmatig te maken heeft met vrouwen die zo'n operatie wensen, zou dit boekje moeten lezen.

Men kan de volgende aanbevelingen doen:

- Een vrouw die om een borstcorrectie vraagt, heeft vaak jarenlang rondgelopen met het probleem van te grote of te kleine borsten. Dat betekent een grote psychische belasting, met daarnaast bij te grote borsten ook aanzienlijk lichamelijke ongemak. De huisarts moet daarom een sfeer scheppen waarin de vrouw het probleem ter sprake kan brengen.
- Het is zaak om belangrijke psychiatrische stoornissen – zoals depressies – van tevoren uit te sluiten bij vrouwen die om

een borstvergroterende operatie vragen. Dergelijke stoornissen kunnen een contra-indicatie vormen en vragen op zijn minst om een psychiatrisch consult. Verhelder de hulpvraag, zodat u oneigenlijke hulpvragen kunt opsporen. Voorbeeld van een oneigenlijke hulpvraag is de vrouw die om een borstvergroting vraagt om haar huwelijk te redden.

- Geef de vrouw uitvoerig informatie over hetgeen haar te wachten staat. Dat betekent niet alleen informatie over de operatie en de te verwachten gevolgen, maar ook over bijvoorbeeld de gang naar de medisch adviseur van het ziekenfonds.
- Adviseer vrouwen die te dik zijn, om af te vallen voor zij zich laten opereren aan te grote borsten.
- Vermijd moraliseren of een waardeoordeel. Zonder uitzondering voelen vrouwen zich hierdoor diep gekwetst.

Literatuur

- ¹ Kaye BL. Micromastia vs macromastia. *Medical Aspects of Human Sexuality* 1973; 8: 96-119.
- ² Lichtveld P. Correctieve chirurgie van de mammae. *Practitioner (NI)* 1985; oktober: 1021-6.
- ³ Anoniem. Zware borsten een zware last. Utrecht: Vrouwengezondheidscentrum, 1986.
- ⁴ Edgerton MT, McClary FACS, McClary AR. Augmentation mammoplasty, psychiatric complications and surgical indications. *J Plast Reconstr Surg* 1958; 21: 275-305.
- ⁵ Edgerton MT, Meyer E, Jacobson WE. Augmentation mammoplasty. *J Plast Reconstr Surg* 1961; 27: 279-302.
- ⁶ Groenman NH. Zelfbeeld en borstbeeld [Dissertatie] Groningen: Rijksuniversiteit, 1978.
- ⁷ Baker JL, Kolin IS, Bartlett ES. Psychosexual dynamics of patients undergoing mammary augmentation. *J Plast Reconstr Surg* 1974; 53: 652-59.
- ⁸ Grossman AR. Psychological and psychosexual aspects of augmentation mammoplasty. *Clin Plast Surg* 1976; 3: 167-70.
- ⁹ Shipley RH, O'Donnell JM, Bader KF. Personality characteristics of women seeking breast augmentation. *J Plast Reconstr Surg* 1977; 60: 369-76.
- ¹⁰ Ohlsen, et al. Results of augmentation mammoplasty. *Ann Plast Surg* 1979; 2: 46-51.
- ¹¹ Huffstadt AJC. Kosmetische chirurgie. *Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu*, 1981: 125-75.
- ¹² Van der Lande JL, Lichtveld P. Hypoplasia mammae, een psychosociaal lijden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1972; 116: 428-31.
- ¹³ Lichtveld P. Indicatiestelling voor correctieve plastische operaties. *Ned Tijdschr Geneesk* 1978; 122: 419-21.
- ¹⁴ Huffstadt AJC, Spauwen PHM. Over mammareducties, vetschortcorrecties en adipositas. In: Bol FA, red. *Territoriaal gedrag in het grensgebied tussen huisarts en specialist*. Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1988: 105-111.
- ¹⁵ Bellmann KP, Hinze O. Reduktionsplastik der weiblichen Brust. *Zentralbl Chir* 1986; 111: 929-34.
- ¹⁶ Hetter GP. Satisfactions and dissatisfactions of patients with augmentation mammoplasty. *J Plast Reconstr Surg* 1979; 64: 151-5.
- ¹⁷ Druss RG. Changes in body image following augmentation breast surgery. *Int J Psychoanal Psychoth* 1973; 2: 248-56.
- ¹⁸ Sihm F, Jagd M, Pers M. Psychological assessment before and after augmentation mammoplasty. *Scand J Reconstr Surg* 1978; 12: 295-8.
- ¹⁹ Anoniem. Vraag en antwoord. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 1324-5.
- ²⁰ Wenderlein JM, Hoffmann E. Psychosozialer Nutzen augmentations- und reductionsplastischer Operationen an der weiblichen Brust im Vergleich. *Langenbecks Arch Chir* 1983; 359: 171-9.
- ²¹ Werner C, Drähne A, Heinzen D, Berger M. Nachuntersuchungsergebnisse nach Mamma Reduktionsplastiken. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1983; 43: 567-72.
- ²² Usbeck W, Usbeck B. Rechtfertigen die Ergebnisse von Reduktionsplastiken der Mamma die Indication zur Operation? *Langenbecks Arch Chir* 1986; 369: 291-3.
- ²³ Liedtke B, Badura HO, Jung H. Änderung der psychosomatischen Situation nach operativer Augmentation und Reduktion der weiblichen Brust. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1985; 45: 316-9.