

Inhalt

Körperkunst und Körpermodifikation

AGLAJA STIRN, OLIVER DECKER, ELMAR BRÄHLER Editorial	5	SEBASTIAN EULER, ELMAR BRÄHLER, BURKHARD BROSIG Das Dorian Gray-Syndrom	75
AGLAJA STIRN Körperkunst und Körpermodifikation – Interkulturelle Zusammenhänge eines weltweiten Phänomens	7	MARCUS ROTH Das Körperbild im Jugendalter	93
OLIVER DECKER Vergötterte Körper	13	ELMAR BRÄHLER, HILDEGARD FELDER, JÖRG SCHUMACHER Wenn der Körper zur Last wird – Zum Einfluss von Alter, Geschlecht und Epoche auf körperliche Beschwerden	105
MATHIAS HIRSCH Psychodynamische und psychothera- peutische Aspekte bei Ess-Störungen aus psychoanalytischer Sicht	25	Aus Forschung und Praxis	
WOLFGANG HARTH, MARKUS WENDLER, RUTHILD LINSE Lifestyle-Medikamente: Definition und Kontraindikation bei körperdys- morphen Störungen	37	DAGMAR SCHMAUKS Nonverbale Interaktion zwischen Trampern und Autofahren	125
ADA BORKENHAGEN Pygmalions Töchter: Weibliche Selbstinszenierung mittels Schönheits- chirurgie	45	REZENSIONEN	135
UWE GIELER Psychodynamische Diagnostik und Therapie der körperdysmorphen Störung	55	AUTORINNEN UND AUTOREN	139
PETER ULRICH HEIN Kunstkörper und Körperkunst – Identifikationsstrategien im säkularisierten Alltag	65		

Zeitschrift »psychosozial« im Psychosozial-Verlag

Herausgeber: Hellmut Becker†, Dieter Beckmann, Iring Fetscher, Hannes Friedrich, Albrecht Köhl, Annegret Overbeck, Horst-Eberhard Richter, Hans Strotzka†, Ambros Uchtenhagen, Eberhard Ulich, Jürg Willi, Hans-Jürgen Wirth und Jürgen Zimmer.

Redaktion: Priv.-Doz. Dr. Hans-Jürgen Wirth und Lars Steinmann, Goethestraße 29, 35390 Gießen, Telefon 06 41/7 78 19, Telefax 06 41/7 77 42, e-mail: hans-juergen.wirth@psychosozial-verlag.de, lars.steinmann@psychosozial-verlag.de

Sekretariat und Abo-Verwaltung: Elke Maywald, Telefon 06 41/7 78 19, e-mail: elke.maywald@psychosozial-verlag.de

Verlag: Psychosozial-Verlag, Goethestraße 29, 35390 Gießen, Telefon 06 41/7 78 19, Telefax 06 41/7 77 42, e-mail: info@psychosozial-verlag.de

Umschlaggestaltung: Christof Röhl nach Entwürfen des Ateliers Warminski, Büdingen.

Umschlagabbildung: Aglaja Stirn

Satz: Lars Steinmann

Druck und Bindung: KM-Druck, Groß-Umstadt

Bezugsgebühren: Für das Jahresabonnement EUR 49,90 (inkl. MwSt.) zuzüglich Versandkosten. Studentenabonnement EUR 24,90 (incl. MwSt.) zuzüglich Versandkosten. Lieferungen ins Ausland zuzüglich Mehrporto. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern nicht eine Abbestellung bis zum 15. November erfolgt. Preis des Einzelheftes EUR 16,-.

Bestellungen richten Sie bitte direkt an den Psychosozial-Verlag, oder wenden Sie sich an Ihre Buchhandlung.

Anzeigen: Zur Zeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 12/2003. Anfragen bitte an den Verlag.

Copyright: Psychosozial-Verlag, Gießen.

Erscheinungsweise: Viermal im Jahr.

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, bleiben vorbehalten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendung, im Magnettonverfahren oder ähnlichem Wege bleiben vorbehalten. Fotokopien für den persönlichen und sonstigen eigenen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopien hergestellt werden.

Manuskripte: Die Redaktion lädt zur Einsendung von Manuskripten (in zweifacher Ausfertigung) ein. Mit der Annahme des Manuskriptes erwirbt der Verlag das ausschließliche Verlagsrecht auch für etwaige spätere Veröffentlichungen.

Datenbanken: Die Zeitschrift *psychosozial* wird regelmäßig im *Sozialwissenschaftlichen Literaturinformationssystem SOLIS* des Informationszentrums Sozialwissenschaften (Bonn) und in der Literaturdatenbank *PSYINDEX* der *Zentralstelle für psychologische Information und Dokumentation (ZPID)*, Universität Trier, Postfach 3825, 54286 Trier erfasst.

CIP-Einheitsaufnahme der Deutschen Bibliothek: Psychosozial. - Gießen : Psychosozial-Verl. Erscheint jährlich viermal - Früher im Rowohlt-Taschenbuch Verl., Reinbek bei Hamburg, danach in der Psychologie Verl. Union, Beltz Weinheim.- Erhielt früher Einzelbd.- Aufnahme.- Aufnahme nach 53= Jg. 16, H. 1 (1993).

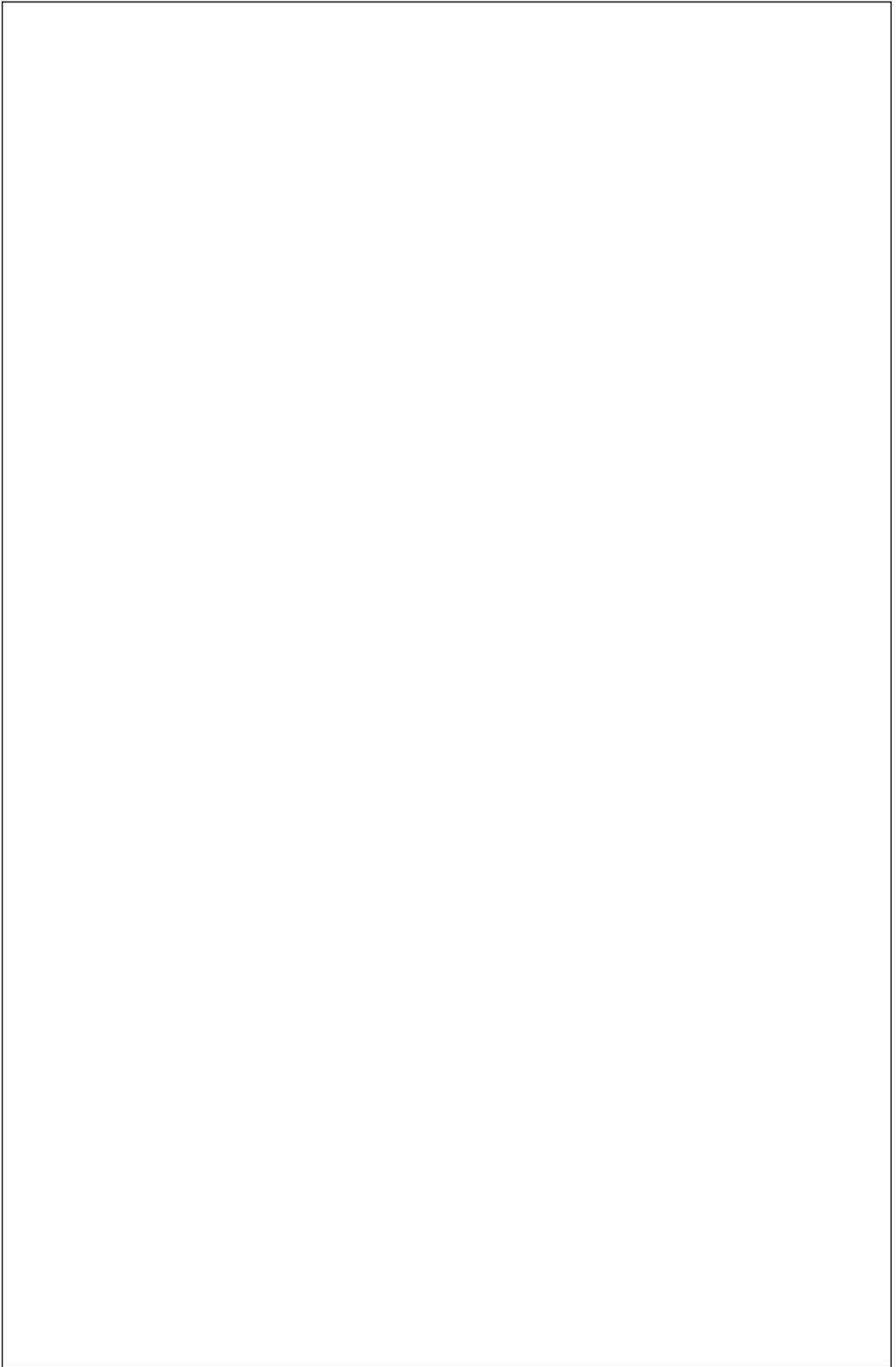
ISSN 0171-3434

Abonnement-Verwaltung: Bitte teilen Sie dem Verlag bei Adressänderungen unbedingt Ihre neue Anschrift mit.

Schwerpunktthema:

**Körperkunst
und
Körpermodifikation**

Herausgegeben von
Elmar Brähler, Oliver Decker und Aglaja Stirn



Körperkunst und Körpermodifikation

Editorial

Die Zeit, in der wir leben, wurde in einem rezenten Fotografie-Bildband »Das Jahrhundert des Körpers« genannt. Der Titel suggeriert, dass in diesem Jahrhundert dem Körper eine verstärkte Bedeutung und Wichtigkeit zugeschrieben wird. Daran ist sicherlich einiges wahr. Doch muss im vorliegenden Zusammenhang wohl gleich einschränkend-erweiternd bemerkt werden, dass die Entwicklung dem Körper eine verstärkt psychische Relevanz zuzuweisen und den Umgang mit ihm verstärkt zu modifizieren wohl eher ein Phänomen der letzten 20 Jahre ist. Die Möglichkeiten der körperlichen Eingriffe haben sich enorm erweitert – vom medizinisch Lebensnotwendigen über die In-Vitro-Fertilisation und Stammzellforschung bis hin zur Befriedigung der Bedürfnisse einer zunehmend narzisstisch-körperorientierten Welt.

Man kann sich die Frage nach der Gerichtetheit dieser Entwicklung stellen. Sind die gesellschaftlichen Bedürfnisse, aber auch eine zunehmend über den Körper ausagierte Identitätsunsicherheit ausschlaggebend? Ist es eine Medizinindustrie, die neue Betätigungsfelder findet und neue Bedürfnisse schürt? Ist es die zunehmend unkörperliche Arbeitswelt, in der physische Anstrengung – zumindest im Bereich der intellektuellen Betätigung – nur noch eine untergeordnete Rolle spielt, die Fitness- und Jugendwahn und vermehrte Risikosuche bedingt?

Gegenseitig zu bedingen scheinen sich wohl auch die medizintechnische Entwicklung zu größerer Sicherheit hin und die Bereitschaft der Bevölkerung kalkulierbare Risiken auf sich zu nehmen. In Anlehnung an den oben zitierten Fotoband ließe sich durchaus vom »Jahrhundert des Machbaren« sprechen. Dies betrifft sowohl

Technik wie auch die für die Anwendung dieser Technik aufgebrachte Bereitschaft auf seiten der Bevölkerung.

Es scheint sich ein multifaktorielles Geschehen abzuzeichnen.

Doch welchen Stellenwert nimmt der Körper in der gegenwärtigen Gesellschaft eigentlich ein? Ist diese Entwicklung zur vermeintlich vermehrten Körperlichkeit, zur vermehrten Beschäftigung mit dem Körper wirklich ein so neues Phänomen? Neben der Beschäftigung mit dem Körpern in allen Stilepochen der Kunst, neben den vielen Wellen von »Leibesertüchtigung«, »Fitness« und gesunder Ernährung wurde der Körper zu allen Zeiten und in allen Gesellschaften der Welt als Ausdrucksmittel von psychischen Befindlichkeiten, als physische Kommemoration von Lebensabschnitten, in temporärer Veränderung und Inszenierung als Medium der Verständigung über und Darstellung von besonderen Momenten des Lebens eingesetzt. Jedoch sind die Möglichkeiten des Eingriffes und die damit verbundene Bedeutung oder Symbolisierung heute anders.

Der vorliegende Band bietet ein breites Spektrum an Beiträgen zur Diskussion. Definitorischer Ausgangspunkt könnte die von *Euler*, *Brähler* und *Brosig* in ihrem Beitrag zum »*Dorian-Gray-Syndrom*« diskutierte evolutionstheoretische und kulturelle Frage nach dem Wesen von Schönheit sein, das in den westlichen Gesellschaften zumeist mit Jugendlichkeit gleichgesetzt wird und um derentwillen so viele Körpermodifikationen durchgeführt werden. Dieses Syndrom bedeutet, dass die körperliche Attraktivität im Vordergrund der Betrachtung

des Selbst steht und damit jedes Zeichen der körperlichen Veränderung Leidensdruck, Scham und sozialen Rückzug erzeugt. Die Zeitlichkeit dieses jugendlichen Zustandes führt jedoch *Roth* in seinem Literaturüberblick zum Körperbild, wie es im jugendlichen Alter selbst erlebt wird und z.B. welche Wahrnehmungsasymmetrien innerhalb dieser Altersgruppen bestehen, vor Augen. Im Krankheitsbild der Essstörungen, das Hirsch aus psychoanalytischer Sicht vorstellt, werden diese Asymmetrien körperlich manifest und zeigen die intensiven Bedingungen zwischen psychischem Zustand und physischem Ausagieren auf. Den »Jugendlichkeitswahn« kontrastierend belegt *Brähler* in der Vorstellung seiner mittels des Gießen-Test durchgeführten Untersuchungen, wie sehr sich das körperliche Beschwerdebild im Alter zwischen 1975 und 1994 verringert hat. Die Gründe hierfür sind vielfältig – u. a. soziodemographische, zeitgeschichtliche und kulturelle Bedingungen sowie die subjektive Verbesserung des Gesundheitszustandes.

Mit den Thesen *Deckers*, der Körper sei eine »Prothese des Ichs«, an dem die »Prothesenmedizin« das transzendenzlose Versprechen auf Erlösung von Leiden und Tod inszeniert, bekommt die Gestaltung des Körpers eine sakrale Bedeutung: Hin zum *Prothesengott*. In den alltagskulturellen Techniken der Körpergestaltungen erkennt *Decker* dieselbe Bemühungen um Schutz. Nicht nur das *Dorian-Gray-Syndrom*, die Beschreibung der »Lifestyle-Medizin« als Bewältigungsversuch von Todes- und Vergänglichkeitsängste, auch der Beitrag von *Hein* bietet hier Anschluss. Der Wandel des in der Kunst dargestellten und durch die Kunst bearbeiteten Körpers führt ihn zurück zum real bearbeiteten Körper. In dieser Bearbeitung erkennt er den Versuch einer Sakralisierung, die in Riten der Initiation ihren manifesten Ausdruck finden.

Gieler geht in seinem Beitrag auf die psychodynamischen Zusammenhänge der körperdysmorphen Störungen ein und erläutert diese anhand einer interessanten Fallvignette zusammen mit der entsprechend durchgeführten Psychotherapie. Hierzu und zum vorgenannten Beitrag passend sprechen sich *Harth*,

Wendler und *Linse* dafür aus, dass die sog. »Lifestyle-Medikamente« nicht bei Körperdysmorphophobien eingesetzt werden sollten. In »*Pygmalions Töchter*« stellt sich *Borkenhagen* die Frage nach der »Psycho-Logik« von Schönheitschirurgie und untersucht dieses anhand der Ergebnisse des digitalen Körperfoto-Tests. Sie schließt, dass die Schönheitschirurgie Medium der Identitätsgestaltung ist. Dieser Gedanke findet sich auch im Beitrag von *Stirn*, die die historischen und interkulturellen Zusammenhänge von Körperkunst und Körpermodifikationen im Spannungsfeld von Identität und Individualität vorstellt.

Das Thema ist komplex und der vorliegende Band bietet Anregungen der Annäherung an die multifaktoriellen Zusammenhänge zwischen Tatsächlichkeit, Wunsch- und Trugbild, fehlgeleiteter Wahrnehmung, psycho-physischer Krankheit und Natürlichkeit im psychisch-physischen Erleben.

Aglaja Stirn, Oliver Decker, Elmar Brähler,
Frankfurt am Main und Leipzig, Oktober 2003.

Körperkunst und Körpermodifikation: Interkulturelle Zusammenhänge eines weltweiten Phänomens

Aglaja Stirn

»Und wer ist so barbarisch nicht zu verstehen, dass der Fuß eines Menschen edler ist als sein Schuh und seine Haut edler ist als die des Schafs in die er gekleidet ist?« – Michelangelo

Der Kulturtheoretiker Efrat Tseelon (2001) vertritt die Auffassung, dass im Rahmen kapitalistischer Konsumentenkultur der Status des Körpers radikal transformiert worden ist. Anstatt eine feste und naturgegebene Größe zu sein, hat sich der Körper in ein käufliches und den gesellschaftlichen Strömungen unterworfenes Kulturprodukt verwandelt. Dies hat zu verschiedenen Möglichkeiten der Körperveränderung geführt: Während einerseits die Obsession den Körper zu gestalten einen Schönheitswahn entstehen lassen kann, der von der Schönheitsindustrie in massiven Werbekampagnen als Mittel benutzt wird, die Psyche gesamter Gesellschaften zu verändern, kann andererseits die Idee der körperlichen Veränderung ein Instrument sein, mit dem Individuen Lebenserfahrungen, soziale Vorstellungen oder politische Orientierung ausdrücken.

Körperliche Markierungen finden sich in nahezu allen vorindustriellen Kulturen auf der ganzen Welt, die ihre Kunstpraktiken auf die magisch-mythische Weltsicht prähistorischer Zeiten beziehen. Der Glaube, dass Körpermarkierungen eine Person vor bösen Kräften bewahren würde, findet sich schon in den Mythen der Hindus. So wird erzählt, dass Gott Vishnu seiner Frau Lakshmi die Muster der Muschel (*shankha*) und der Scheibe (*chakra*) in die Hände tätowierte, um sie vor dem Bösen zu schützen. Ob im Dienste der Dämonenabwehr oder der Schönheit durchgeführt, folgen tradi-

tionelle Körperkunstpraktiken speziellen Regeln. So beginnen die Körpermarkierungen unter gewissen ethnischen Gruppen Nordost-Indiens mit dem Durchstoßen der Ohrläppchen, nachdem das Kind in einem Ritual zum ersten Mal der Sonne gezeigt wurde. Beim Einsetzen der Menstruation folgen Tätowierungen als Vorbereitung auf die Verlobung; vor der Hochzeit werden sie verfeinert und ergänzt und bei Schwangerschaft erweitert (Stirn & van Ham 2000). Auf der anderen Seite begann man Männern Tattoos einzubringen als festliche Kommemoration, dass ein Junge sich den Status des Kriegers oder erfolgreichen Jägers erworben hatte. Jedem weiteren in einer Kopffjagd erlegten Feind wurde durch eine neue Tätowierung gedacht, womit der Sieger seinen Status als Krieger festigte und nach außen hin für alle sichtbar dokumentierte (Stirn & van Ham 2003).

Diese Form von Körpermarkierungen stellt einen kontinuierlichen Prozess dar, der bis zum Tode eines Menschen fort dauert. Sie verwandeln den Körper in einen Bericht über alles, was derjenige in seinem Leben erfahren hat. Dies leitet sich aus den eschatologischen Vorstellungen dieser Völker her. So glaubten beispielsweise viele ethnischen Gruppen, dass ihre Tattoos ein determinierender Faktor für ihren Status in der Nachwelt seien und über ihr Schicksal dort entscheiden würden. Sie glaubten, dass wenn sie ohne Körpermarkierungen ins Reich des Todes eingehen würden, ihre Seele zu einem rastlosen Geist in der Zwischenwelt verdammt würde (Stirn & van Ham 2003).

Warum und wie die verschiedenen Gesellschaften Körpermarkierungen einsetzen ist eine Frage inhärenter kultureller Logik. Die alten Griechen beispielsweise benutzten Brandmarkungen, um ihre im Geheimen agierenden Soldaten zu bezeichnen. Die Römer bezeichneten damit ihre Sklaven. Die einfallenden Angelsachsen brachten die Kunstform des Tätowierens nach Britannien und benutzten ihre Tattoos, um ihren Status als stolze Seemacht zu dokumentieren (Oettermann 1994). Andererseits tätowierte man im vorindustriellen Burma, Russland und Japan Verbrechern ihre Vergehen auf die Stirn. Generell gesprochen wurden Körpermarkierungen wie Tätowierungen aber auch Narbenzeichnungen und das Durchbohren der Haut gewisser Körperteile wie Lippen, Nase und Ohren (Piercing) zum Zweck der Identifikation aber auch der Isolation einer speziellen sozialen Gruppe verwendet, die entweder die selbe innere Ideologie teilte oder die abgeschlossen von anderen ein von außen auferlegtes Schicksal teilte. Gleichzeitig hing das für die Markierung ausgewählte Körperteil nur von dem Zweck ab, um dessenthalten es markiert wurde. Von einem soziologischen Standpunkt aus betrachtet spielten Körpermarkierungen unter nomadisierenden oder nichtsesshaften Gruppen eine signifikante Rolle, da in diesen aufgrund des Fehlens fester Inventarien und Dokumente, wie sie ansonsten in landwirtschaftlichen oder industriellen Gesellschaften vorhanden sind, z. B. spezielle Tätowierungen, die Identität einer jeweiligen Person bedeuten konnten.

Die bei Soldaten und Seeleuten zu findende Tendenz, sich tätowieren zu lassen, scheint aufgrund der passageren Lebensform dieser Berufsgruppen ähnliche Hintergründe zu haben: Das Leben von Soldaten findet vor allem in von der restlichen Gesellschaft abgeschlossenen Bezirken wie Kasernen statt. Seeleute verdienen ihren Lebensunterhalt primär in menschenfernen Gebieten (auf See). Doch sind diese wie auch viele unter Jugendlichen, Mitgliedern von Motorrad-Clubs oder Musikern angebrachte Tätowierungen auch Ausdruck der Abgrenzung von der als »mainstream« erachteten Gesellschaft und Identifikation mit einer speziellen Gruppe (Sanders

1989). Der Analytiker Walter Bromberg (1935) ging, der Freudschen Theorie folgend, so weit, zu behaupten, dass Tätowierungen bei Menschen (dieser Gruppen), die unter sadistischen Phantasien, Schuldgefühlen und unterdrückten sexuellen Wünschen leiden, Ausdruck des Einsatzes des Körpers als Protest gegen die sozialen Normen seien, die »Entweihung des Körpers«, wie er es nannte, der Behauptung der individuellen Existenz diene.

Einer der Faktoren, auf den die Ursprünge einer solchen Inversion zurückzuführen sind, ist die Etablierung der christlichen Kirche in Europa, die die Praktiken der Körpermarkierung bannte. So verbot Papst Adrian der Erste das Tätowieren auf dem Ökumenischen Konzil in Nicaea 787 n. Chr. Er berief sich dabei auf Moses: »Ihr sollt keine Male um eines Toten willen an eurem Leib reißen, noch Buchstaben an euch ätzen, denn ich bin der Herr« (Mose 3/19/28) (was darauf hinweist, dass auch z. B. in vorderasiatischen Gesellschaften Körpermarkierungen mit gewissen Lebensanlässen einhergingen); »Sie sollen auch keine Platte machen auf ihrem Haupt und an ihrem Leib kein Mal stechen« (Mose 2/21/5), und verdammt Tätowierungen als »barbarische Praktik von Wilden«. Von diesem Zeitpunkt an wurden Körpermarkierungen in Europa immer wieder als Protestwaffe gegen das päpstliche Dekret gesehen, und als Stimme der Individuation, die gegen religiöse oder soziale Diktate opponierte.

Die Grenze zwischen Körperkunst und »Körperentweihung« ist nur von geringer Dichte, da diese Konzepte mit spezifischen soziokulturellen und individuellen Wahrnehmungen verknüpft sind. Doch liegt es auf der Hand, dass sich die zeitgenössischen Praktiken der Körpermarkierung von einem kollektiven Bewusstsein, wie es in Stammesideologien für die Selbstbehauptung propagiert wurde, hin zu einem Ausdruck individueller Veränderungswünsche gewandelt haben.

Dem Anthropologen W. D. Hambly (1974) nach dient die zeitgenössische Präsentation des Körpers als Oberfläche für kreativen Ausdruck oder Zur-Schau-Stellung durch entweder temporäre oder permanente Markierungen eher der Darstellung des eigenen Selbst als dem

Verstehen durch andere. Er schließt, dass Körpermarkierungen essentiell mit der menschlichen Psyche verbunden sind und Schattierungen der menschlichen Sensibilitäten ausstellen, die von spiritueller Kommunion bis zu perverter Vorstellung reichen, je nach dem individuellen Verhältnis zwischen Leib und Seele. Den Körper temporär zu bemalen, wie dies in vielen orientalischen und asiatischen Gesellschaften z. B. durch die Handbemalungen mit Henna während der Hochzeitsfeierlichkeiten betrieben wird, markiert den Übergangsraum zwischen Profanem und Heiligem, in dem diese Feierlichkeiten durchgeführt werden. Im Gegensatz dazu funktionieren permanente Körpermodifikationen wie Tätowierungen, Narbenzeichnungen, Piercings mit Erweiterungen und eingebrachten Einlagen wie Lippenteller, Nasenpflocke oder Ohrscheiben auf einem anderen Niveau der Kommunikation, in dem die Veränderungen zu konstanten Repräsentationen der persönlichen, sozialen oder politischen Botschaft des Einzelnen werden, in tribalen Kulturen gesellschaftlich motiviert und herbeigeführt, in westlichen Gesellschaften als Zeichen von individuellem Ausdruck sowie persönlicher Macht und Kontrolle.

Ein persönlicher, doch vor allem auch der Kommunikation mit der Gesellschaft dienender Hintergrund kam auch immer wieder in den Performances der französischen Künstlerin Gina Pane in den frühen 1970er Jahren zum Ausdruck: Ganz in Weiß gekleidet, präsentierte sie sich als Objekt künstlerischer Erfahrung und in einer Anzahl komplexer Gesten schnitt sie sich mehrmals mit einer Rasierklinge, bis aus einem Netzwerk von Wunden Blut auf ihre »Körperleinwand« tropfte. Pane rechtfertigte im Nachhinein ihre Performances als Gedenken »ihrer physischen Identifikation mit der Leidenserfahrung der Gesellschaft im ganzen« und bezeichnete ihre Auftritte als psychische Anteilnahme am Prozess der Heilung (Hewitt 1997).

Pane's Kunst beinhaltete den Körper als Schauplatz und dramatisierte das Ausströmen von Blut als Prozess der Heilung, ein Konzept, das schon für alte schamanistische Praktiken zentral war. Die Schamanen von Zentral- und Ostasien benutzten in ihren Zeremonien Kör-

permarkierungen, Körperbemalungen und Vernarbungen; in ihren Händen war dies ein Prozess in dem sie mit den Kräften, die über die menschliche Kontrolle hinausgingen, kommunizierten. Dass der Körper durchaus auch als Symbol der Macht über diese Kräfte verstanden wird, zeigt sich nach wie vor drastisch in den Heilungszeremonien der Schamanen aus dem Kulturraum des Himalaya. In ihren Trance-Ritualen durchbohren sie sich die Wangen mit Spießen, meist ohne dass die entstehenden Wunden bluten. Sie fahren sich jedoch andererseits auch mit langen Säbeln durch den Mund und über die Zunge und verletzen sich absichtlich bis Blut fließt (van Ham & Stirn 1999). Dieser Vorgehensweise liegt das Konzept zugrunde, dass einerseits der Schamane in seiner machtvollen Position als Mittler zwischen der menschlichen Welt und der Welt der Geister Schutzfunktion für die Menschen übernimmt und »das Übel abwehren kann« – was symbolisch durch das Akt des Durchbohrens von Körperteilen ohne dass Blut fließt zum Ausdruck kommt – ein allgemein in diesem Kulturkreis anerkanntes Zeichen spiritueller Größe und Macht. Zugleich übernimmt der Schamane jedoch auch Anstatt-Funktion für die Mitglieder seiner Gesellschaft: Er, als spirituell besonders ausgebildetes und fortgeschrittenes Individuum, stellt sich für die im Weltbild seiner Gesellschaft als z. B. krank machend verstandenen Mächte an Stelle des befallenen Individuums zur Verfügung, nimmt dessen Stelle ein und zeigt dies durch das Beifügen von Wunden am eigenen Leib. Er öffnet seinen Leib und lässt sein Blut austreten, damit die notwendige Reinigung vonstatten gehen kann, damit das Gleichgewicht zwischen der irdischen und überirdischen Welt wiederhergestellt werden kann, denn Krankheit wird als Ausdruck der Verletzung dieses Gleichgewichts verstanden, zu dessen Wiederherstellung, die mit der Gesundung des Individuums einhergeht, ein Opfer gebracht werden muss – das Blutopfer des Schamanen.

Ein fortlaufendes Thema durchzieht sich von den schamanistischen Praktiken der Tätowierungen über die Schnitt-Performances einer Gina Pane bis zu den gegenwärtigen Praktiken der Körpermodifikationen: das Thema des

Körpers als letzte Grenze, dem Ort oder der Leinwand auf der Konflikte zwischen der inneren persönlichen Realität und der äußeren Welt behandelt und zu lösen versucht werden.

Auch die schon unter den kopfjagenden Gesellschaften Nordost-Indiens zu findenden Motivationen zur Körpermodifikation – die Verwendung des Körpers als Medium der fortlaufenden Kommunikation einer persönlichen Lebensgeschichte unter Verwendung eines in dieser Gesellschaft decodierbaren Zeichensatzes – sind bis heute in der modernen Tattoo-/Piercing-Community auffindbar, wenngleich hier auch die Hintergründe, die zur Körpermodifikation führten, andere sind. In einer jüngst an 434 Tätowierten und/oder Gepiercten durchgeführten Befragung, gaben mehr als ein Drittel der Befragten spezielle, persönliche Gründe dafür an, warum sie entschieden hatten, ihren Körper durch die eine oder andere Art invasiver Praxis zu modifizieren. Zu diesen Gründen zählte die Kommemoration einer speziellen Lebensphase mit negativem wie positivem Hintergrund genauso wie die Verarbeitung von Trennung, Tod, Trauma und Verlust, der Umgang mit und die Überwindung von Krankheit oder Unfällen, die Dokumentation der persönlichen Einstellung oder psychischen Verfassung und Gründe, die mit der eigenen Peer-group in Verbindung stehen.

Der Hintergrund dafür, dass sich in modernen westlichen Zivilisationen in jüngster Zeit auf körperlichem Niveau quasi tribale Strukturen auszudrücken scheinen, ist in zwei grundsätzlichen Entwicklungen zu sehen.

Zum einen ist die Körpermodifikationswelle eine Teilerscheinung der generellen Veränderung der gesellschaftlich präsenten Einstellung zum Körper. Sie geht einher mit der Entwicklung, die sich auch in den der gesellschaftlich normierten Schönheitsidealvorstellung zuträglichen Körpermodifikationen ablesen lässt – dass nämlich die einstmaligen festen Grenzen des Körpers und das Konzept der Aufrechterhaltung der körperlichen Unversehrtheit eine Modifikation erfahren bzw. je nach individueller Vorstellung verändert werden. Dabei sind die durchgeführten Körpermodifikationen der heutigen Schönheitschirurgie z. T. von erhebli-

cher invasiver Natur, die z. T. an die drastischen Maßnahmen, die gewisse Ethnien zur Formung ihrer Identität und Abgrenzung gegenüber anderen durchführten und -führen erinnern (z. B. die Abbindungen der Füße chinesischer und die Verlängerungen der Hälse burmesischer Frauen sowie die Tellerlippen afrikanischer und südamerikanischer Ethnien). Die Risiken, die Frauen aber auch Männer in westlichen Gesellschaften bereit sind auf sich zu nehmen um den in ihren Gruppen tradierten Schönheitsidealen zu genügen sind hoch – 6,6 Millionen waren es 2002 alleine in den USA (ASPS 2003).

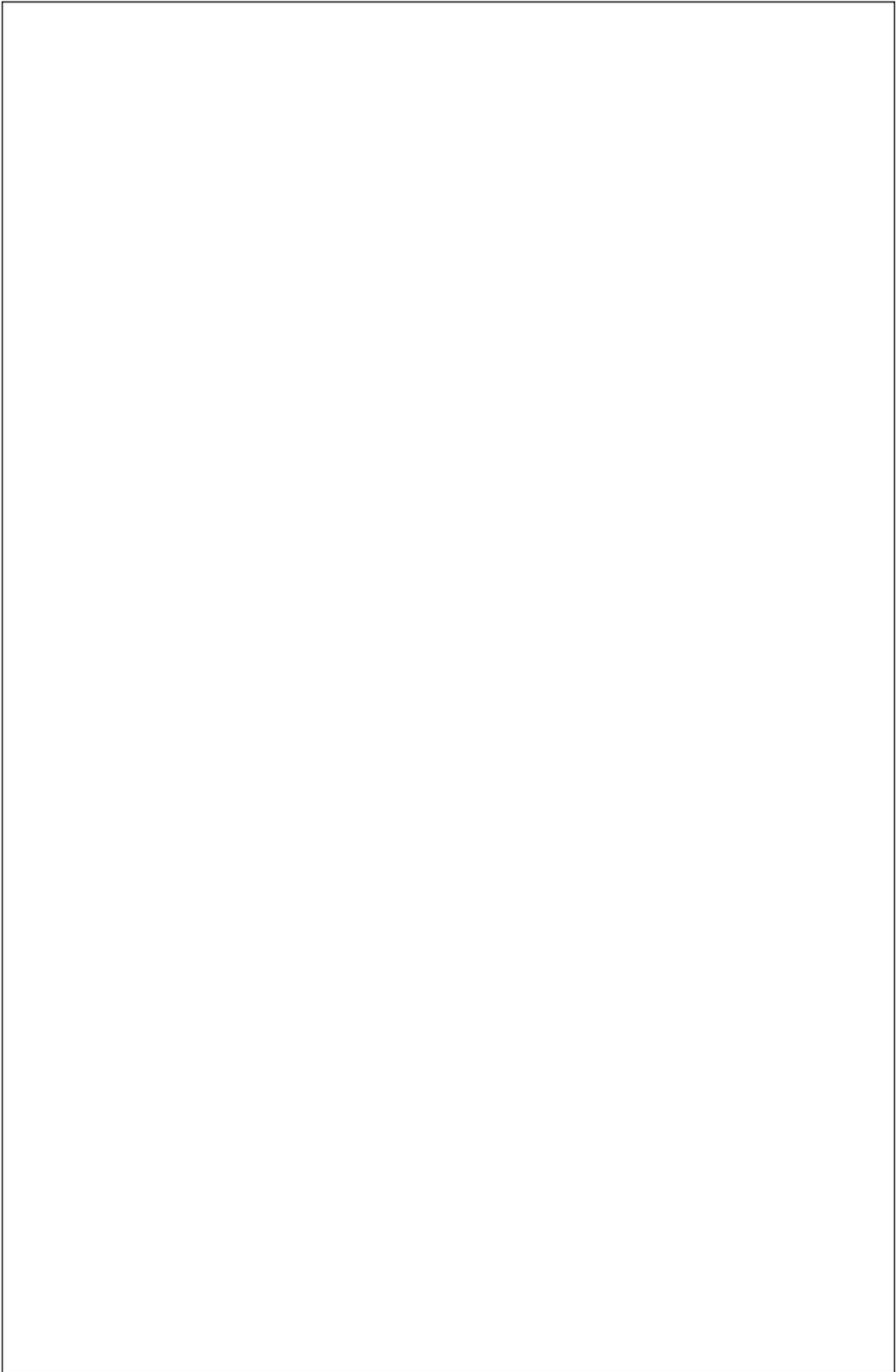
Hierzu markiert die Tattoo-/Piercingwelle quasi ein gesellschaftlich komplementäres Schönheitsideal, die jedoch von der gleichen zugrunde liegenden Einstellung zum Körper und seiner Veränderbarkeit durchdrungen zu sein scheint. Diese Einstellung kommt z. B. klar in den Äußerungen von amerikanischen College-Studenten zum Ausdruck (Greif et al 1999), die, befragt nach der Hauptmotivation für ihre Tattoos, angeben: »Mein Körper gehört mir, ich kann damit machen was ich will.« Genauso wie die im Rahmen der Schönheitschirurgie durchgeführten Eingriffe, zum Teil mit Risiken behaftet (Stirn 2003), sind Tattoo und Piercing Körpermodifikationspraktiken, die sozusagen »ein Zeichen setzt«, die ihre entweder glänzend metallenen, schwarz geschlängelten oder leuchtend bunten Markierungen bewusst einsetzt, um gesehen zu werden. Auch wenn mitunter Tattoos gerade im Verborgenen fungieren – sozusagen nur für ihre Träger, die diese bewusst an nicht einsehbaren Stellen anbringen lassen haben (Stirn 2004) – tritt ein Tätowierter/Gepiercter aus einer westlichen Zivilisation in Beziehung mit seiner Umwelt, sollten seine Tattoos/Piercings sichtbar sein, da seine Form der Körperveränderung in seiner Gesellschaft keine Tradition hat bzw. schon sehr lange gesellschaftlich gebannt wurde. Doch vor dem Hintergrund der beschriebenen gesellschaftlich präsenten Bereitschaft zur Veränderung der Körpergrenzen haben die in tribalen Zivilisationen bestehenden Motivationen konzeptionell auch in die Motivationswelt westlicher Gepiercter und Tätowierter Einlass gefunden, da innerhalb der verminderten körperlichen Herausforderung

der Lebenswelt bei gleichzeitiger gesellschaftlicher Überbetonung der Körperlichkeit, in der die seelische Befindlichkeit außer Acht gelassen wird und das Individuum spaßgesellschaftlich funktionieren soll, nun nicht mehr das Tagebuch, der Brief, das Gespräch oder die Therapie, sondern der Körper als Medium des Ausdrucks und der Verarbeitung von Erlebtem eingesetzt wird – man schreibt seine Lebensgeschichte auf die eigene Leinwand aus Haut. Wie oben beschrieben umfasst dies vor allem auch die Kommemoration von Übergangszeiten bzw. Abschluss und/oder Neubeginn gewisser Lebensphasen, derer man in tribalen Gesellschaften schon immer mittels Ritualen, aus denen Körpermarkierungen folgten, gedachte.

Auch wenn die in westlichen Gesellschaften zu diesem Zwecke verwendeten Zeichen hochindividualisiert sind und nicht mit einem tradierten Zeichensatz operieren, zieht dies eine direkte Verbindung zu den Körpermodifikationen tribaler Kulturen, die in Papua-Neuguinea gar so weit gingen, Tod und Verlust durch die willentliche Amputation von Fingergliedern zu gedenken. Körpermarkierungen gleich welcher Art, seien es Tätowierungen, Piercings, Brandmarkungen oder sogar Amputationen, sind auch in Stammesgesellschaften als Medien der Formation persönlicher Identität präsent – auch wenn diese Identität nicht mit Individualität im westlichen Sinne gleichgesetzt werden kann. Doch auch in westlichen Gesellschaften scheint der Übergang zwischen Identität und Individualität, deren Formierungen von Körpermodifizierenden gleichermaßen als Motivation für ihre Praktiken angegeben wird, mittlerweile immer fließender zu werden.

Literatur

- American Society of Plastic Surgeons (ASPS) (2003): 6-6-Million Americans get a nip, tuck and lift. Erhältlich unter: http://www.plasticsurgery.org/news_room/press_releases/6-6-Million-Americans-Get-A-Nip-Tuck-And-Lift.cfm. 30.06.2003.
- Bromberg, W. (1935): Psychologic motives in tattooing. In: *Archives of Neurology* 33, S. 228–232.
- Greif, J.; Hewitt, W. & Armstrong, M.L. (1999): Tattooing and body piercing. Body art practices among college students. In: *Clinical Nursing Research* 8, S. 368–385.
- Hambly, W.D. (1974): *The history of tattooing and its significance*. Detroit (Gale Research).
- Hewitt, K. (1997): *Mutilating the Body. Identity in blood and ink*. Bowling Green (Bowling Green State University Popular Press).
- Oettermann, S. (1994): *Zeichen auf der Haut. Die Geschichte der Tätowierung in Europa*. Hamburg (Europäische Verlagsanstalt).
- Sanders, C.R. (1989): *Customizing the body. The art and culture of tattooing*. Philadelphia (Temple University Press).
- Stirn, A. (eingereicht): *Psychological characteristics of tattooed and body pierced individuals with special reference to sexual abuse, self-cutting, and addiction*.
- Stirn, A. (2004): *Motivationen von Tätowierten und Gepiercten für ihre Körpermodifikationen. Ergebnisse einer ersten deutschen Fragebogenerhebung*. Zeitschrift Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie 1.
- Stirn, A. (2003): *Body Piercing – Medical Consequences and Psychological Motivations*. *The Lancet* 361, S. 1205–15.
- Stirn, A. (2002): *Körpermagie, Körpernarzissmus und der Wunsch, Zeichen zu setzen: Eine Psychologie von Tattoo und Piercing*. In: Hirsch, M. (Hrsg.) (2002): *Der eigene Körper als Symbol? Der Körper in der Psychoanalyse von heute*. Gießen (Psychosozial-Verlag).
- Stirn, A. (2001) *Vom Initiationsritual zur geschmückten Haut. Tätowierung im Spiegel von Stammestraktionen und neuem Kunstverständnis*. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 3/4, S. 283–305.
- Stirn, A. & van Ham, P. (2003): *The Hidden World of the Naga. Living Traditions in Northeast India and Burma*. München, Berlin, London, New York (Prestel).
- Stirn, A. & van Ham, P. (2000): *The Seven Sisters of India. Tribal Worlds between Tibet and Burma*. München, London, New York (Prestel).
- van Ham, P. & Stirn, A. (1999): *Buddhas Bergwüste. Tibets geheimes Erbe im Himalaya*. Graz (Akademische Druck- und Verlagsanstalt).
- Tselon, E. (Hrsg.) (2001): *Masquerade and identities – Essays on gender, sexuality and marginality*. London (Routledge).



Vergötterte Körper

Oliver Decker

Einleitung

Techniken der Körpergestaltungen gehören zur Alltagskultur. Diese neue Präsenz an Körpertechniken zeigt den Körper nicht nur als äußerlich zu gestaltenden, sondern die Gestaltungstechniken überschreiten die Körpergrenzen, durchdringen den Körper. Die Zunahme von invasiven Körpergestaltungen weist eine Koinzidenz mit einer anderen Entwicklung auf: Die Medizin wie auch der naturwissenschaftliche Erkenntnisfortschritt scheinen es zu gestatten, bisher naturförmig imponierende Körper unter die Autonomie des Individuums zu bringen. In verschiedenen Arbeiten ist der Autonomieversuch, in anderen der tatsächliche Autonomiegewinn durch Körpergestaltungstechniken betont worden. In der folgenden Arbeit wird diese These hinsichtlich ihrer kulturellen und individuellen Plausibilität diskutiert. Mit dem Verständnis des Körpers als Prothese des Ichs gewinnen die Körpergestaltungstechniken eine Tiefendimension. Mit einem älteren Konzept, mit dem in den sechziger Jahren die Konstitutionsbedingungen von Subjektivität kritisiert worden sind, kann dieser Tiefe Schärfe verliehen werden: der repressiven Entsublimierung.

Der Fortschritt in der Medizin geht einher mit einer Verschiebung der Körpergrenzen. Die Transplantationsmedizin war eine der ersten, bis heute mit großer medialer Aufmerksamkeit verfolgten neuen medizinischen Techniken (Bergmann 2000, Schlich 1998). Sie steht im Kontext einer Vielzahl von Techniken, mit denen der menschliche Körper geheilt, manipuliert oder beeinflusst wird. Die In-Vitro-Fertilisation, die plastische Chirurgie wie auch Transplantationsmedizin sind hier zu nennen. Als jüngeres Phänomen ist nun die Gentechnik, der Eingriff in die Keimbahn, hinzugekommen.

Die Inszenierung eines zu gestaltenden Körpers hat aber nicht nur die Medizin als Bühne. Es gibt noch schillerndere Erscheinungen, in denen der Körper als einer präsentiert wird, der gestaltet werden kann, sogar gestaltet werden muss (Decker 2003). Die nicht mehr nur szenetypische Gestaltung des Körpers durch Body Building, Tattoo und Piercing sind wie die Medizin gesellschaftliche Inszenierungen des Körpers. Weniger schillernd ist die Fitnessbewegung. Der Langstreckenlauf etwa ist auch eine Inszenierung des Körpers, wenn nicht sogar der Vorläufer gesellschaftlicher Inszenierungen in der Moderne: Kam er doch mit dem Kraftsport und mechanistisch anmutenden Ausdauersportarten zum Ende des neunzehnten Jahrhunderts als Darstellung der Disziplinierbarkeit des Körpers auf (Sarasin 1998).

Zeitgleich zur Inszenierung des Körpers als eines durch medizinische Maßnahmen zu vervollkommenden hat also eine Vielzahl an Gestaltungstechniken ihren Weg in die Kultur der Moderne gefunden.

Dieser künstlerische und medizinische Gestaltungen einschließende Blick auf die Körpermodifikation ist deshalb interessant, weil das zunehmend geräuschlose Funktionieren der neuen medizinischen Techniken doch erstaunt. Während noch in den siebziger Jahren etwa die Wirkung der Transplantationsmedizin auf den Patienten eindrücklich war, hat sie sich nun gewandelt. Die Literatur berichtete von dauerhaftem psychotischen Leiden und dokumentiert damit die zerstörerische Wirkung der Transplantationserfahrung (Basch 1973; Castelnuovo-Tedesco 1973, 1978). In der Wirkung der medizinischen Technik auf die Patienten scheint nun eine Normalisierung statt-

gefunden zu haben. Als invasive und den Körper gestaltende Kraft ist sie nicht mehr so traumatisierend, wie sie aus der Anfangszeit berichtet worden ist (Appelsmeyer 2001; Brosig & Woidera 1993; Hauser-Schäublin et al. 2001; Decker 2003). In den letzten zwanzig Jahren hat sich also die Wirkung von übergriffigen Techniken der Körpergestaltung verändert. Diese Veränderungen zusammen mit den alltagskulturellen Körpermodifikationen zu betrachten, kann etwas vom gemeinsamen Untergrund beider sichtbar machen.

Der gestaltete Körper

SozialwissenschaftlerInnen haben die Veränderungen begleitet. Dabei sind die forschenden BegleiterInnen nicht bloß ChronistInnen, sondern selbst Akteure und Aktrizen des Wandels. In dieser doppelten Funktion sollen ausgewählte Arbeiten im Folgenden wiedergegeben werden.

Stirn (2001) berichtet, dass Körper häufig durch Tätowierungen geschmückt werden, um sie als einen über sein mechanistisches Funktionieren hinaus bedeutsamen Ort zu demonstrieren. Sie beschreibt zunächst den Vorgang: »Im Tätowieren werden Körpergrenzen überschritten.« (a. a. O., S. 301). »Der Tätowierte verletzt zunächst mutwillig seinen Körper und lässt ›freiwillig‹ Blut austreten (...). Hernach wird Farbe in den Körper eingebracht – eine äußere Substanz passiert die Körperschwelle.« (a. a. O., S. 302). Ausgehend von Forschungsberichten, die auf die Funktion des Abschlusses und Neubeginns eines Lebensabschnittes hinweisen (De Mello 2000, zit. n. Stirn 2003), beschäftigt sie sich mit den berichteten Motiven von Tätowierten. Sie versteht die Körpermodifikation zum Teil als Versuch, nach traumatischen Erlebnissen Selbstermächtigung durch die gleichzeitig verletzende und fürsorgliche Handlung zu erreichen: »In der Beschädigung und Gestaltung des eigenen Körpers liegt der Autonomieversuch, die versuchte Korrektur, die der Reparatur und schließlich der Selbstgewinnung dienen soll.« (a. a. O., S. 142).

Die Annahme der Selbstermächtigung wird von Davis (1999) und von Borkenhagen (2001) zugespitzt. Wie Davis (1999), die von der Möglichkeit spricht, dass Frauen durch die Schönheitschirurgie statt bloßer Körper verkörperte Subjekte werden können, konstatiert Borkenhagen eine Tendenz, den »Körper als Projekt« (2001, S. 307) zu begreifen. Schönheitschirurgische Eingriffe beschreibt sie als Versuch der Identitätsstiftung durch Überschreiten der Körpergrenzen. Einen Adressaten, etwa für die vergrößerte Brust, kann Borkenhagen bei den von ihr Interviewten nicht ausmachen und wertet dies als Fortschritt (a. a. O., S. 311) der Selbstaneignung. Sie entwickelt ein psychodynamisches Verständnis der Schönheitsoperation als hysterische Handlung der Verhüllung.

Auch Spiess (2001) spricht von einer Selbstermächtigung, wenn er seine Zukunftsvision der medizinischen Versorgung formuliert. Vor dem Hintergrund der bildgebenden Verfahren in der Medizin beschreibt er einen durch technische Möglichkeiten selbstermächtigten Patienten, der vom konkreten Arzt befreit, selbst den ärztlichen Blick auf seine Organe in einem virtuellen Raum richtet. Der Fortschritt an Selbstermächtigung vollzieht sich Spiess zufolge durch die Aufhebung der paternalen Beziehung zwischen Arzt und Patienten in Folge einer computersimulierten Innenschau. Spiess beschreibt eine medizinische Zukunft, in der der Patient – attestiert durch die Technik – Reisen in seinen Körper unternimmt: »(...) so werden in Zukunft riesige Datenmengen einen realen und einen virtuellen Körper so verbinden, daß der Patient zum ›hyperbasierten‹ Beobachter innerhalb seines Körpers werden kann.« (a. a. O., S. 133). »Mit diesem Fortschritt in der Bildgebung vom Körper, der früher nur von außen betrachtet werden konnte, haben die Patienten im gewissen Sinne den Blickwinkel des beschädigten Organs selbst übernommen.« (a. a. O., S. 134). Die Beziehung zum Körper wird, so beschreibt es auch Spiess, instrumentell: »Die ehemals vielzitierte ›Bauchspeicheldrüse auf Zimmer 6‹ (...) wird so zur tatsächlichen Bauchspeicheldrüse auf Zimmer 6. Der Patient kann über eine Bildimagination durch die Verfahren tatsächlich seine Bauch-

speicheldrüse sein.« Aber nicht mehr nur der erkrankte Körper ist dieser fragmentierenden Innenschau ausgesetzt: »Während man in die Pedale des Hometrainers tritt oder vegetative Folgen einer Streitigkeit mit dem Partner erlebt, wird man zu einer optimalen Belastung einzelner Blutwerte und innerer Organe durch entsprechende Rückmeldung aufgefordert.« (a. a. O., S. 134). Diese Ausgestaltung einer bereits in Grundzügen im Fitnessstudio zu erkennenden Innensicht des Körpers wird abgerundet durch den Eintritt in die Psyche: »Innerhalb dieser Datenmenge können auch psychische Variablen programmiert und ihr Einfluß auf den Blutzucker beobachtet und vorherberechnet werden.« (a. a. O., S. 133).

Als Chronisten geben die Sozialwissenschaften das Interesse am gestalteten Körper wieder. Die Nachfrage, die sie damit befriedigen, ist groß. Als einprägsamstes Beispiel für die Nachfrage kann die öffentliche Inszenierung des gestalteten Körpers in der Ausstellung »Körperwelten« (Landesmuseum für Technik und Arbeit 1997) gelten. Als Wanderausstellung erreichte sie weltweit ein Millionenpublikum (Kirchhoff 2002). Der Veranstalter setzte seine Ausstellung unter das Vorzeichen der Aufklärung: »Die Ausstellung will aufklären und vor allem dem medizinischen Laien die Möglichkeit eröffnen, den Körper und seine Funktionen besser zu verstehen. Sie will helfen, die Natürlichkeit unseres Körpers wieder ins Bewusstsein zu rufen und eine Vorstellung von der Individualität und anatomischen Schönheit des Körperinneren zu gewinnen.« (von Hagen 2003).

Körper als Objekt

Der erfahrene Körper ist historisch und individuell kein statisches Gebilde. Hirsch hat mit seinen Arbeiten sehr deutlich gemacht, wie der Körper als Bedeutungslandschaft zerfallen kann (Hirsch 1989). Dass diese Fragmentierung des Körpers ihre historischen Wurzeln hat, zeigte Warsitz in Anlehnung an Horkheimer und Adorno: Im Gang von der Ilias zur Odyssee wird der fragmentierte Körper zum ganzen

Körperselbst (Warsitz 1989). Diese historische Entwicklung lässt sich mit anderen Worten wiedergeben, die auch das individuelle Erleben fassen: Ist das Ich in der Lage, die Körperinseln zu einem gemeinsamen Binnenraum zusammenzufügen, in dem sich das Begehren äußern und durch Interaktion realisieren kann, ohne die gesamte Kartographie des Ichs durch den Sturm des Begehrens zu gefährden? Die Leistung, das Ich am Modell des Körpers zu einem Ganzen zusammenzufügen, war lange Zeit vornehmste Aufgabe von Initiationsritualen (Wegenast 1991). Von dieser Aufgabe religiöser oder später säkularisiert-initialer Rituale ist die Gesellschaft im Zuge der Aufklärung scheinbar zurücktreten: Die schützende Einschreibung in den Körper wurde sublimer und verschwand. Nun begegnen uns Körpergestaltungstechniken, die das Erbe der Initiationsriten nur schwer verdecken können. Die Frage nach ihrer Funktion drängt sich auf. Bleiben diese Handlungen auch in ihrer Funktion Initiationen, so würden sie damit die Schwierigkeit anzeigen, einen psychischen Binnenraum zu sichern.

Die Einschätzung der Körpermodifikationen gestaltet sich schwierig. Die Erfahrung der psychoanalytischen Therapie ist, dass ähnliches Körperhandeln unterschiedliche Funktionen haben kann und unterschiedliche energetische Besetzungen im Hintergrund stehen können. Die hypochondrische Verwendung des Körpers kann die Inszenierung des Begehrens sein, die Darstellung des begehrenden Körpers oder das Ergebnis eines narzisstischen Restitutionsversuches, die Begrenzung in einem Körperteil.

Küchenhoff orientiert sich bei einem jüngeren Versuch der Systematisierung an einem früher (Küchenhoff & Warsitz 1993) formulierten Verständnis des Körpers als Schutz des ganzen Ichs. Das Körpersymptom bekommt hierbei den Charakter eines Kitts oder Bandes (Warsitz 1983, S. 38), das die auseinander driftenden Inseln des Körpers zusammenhält. Der »Versuch, diesen »Rahmen«, der die Trümmer beisammenhält zu präzisieren, oder das Band, das die durchhängenden Fragmente (...) verbindet, (...) zu benennen« kann auf die »Selbst-Konzepte der ichpsychologischen Psychoanalyse« zurückgreifen (a. a. O.). Küchenhoff

versucht die kategoriale Fassung der bedrohten Struktur. Er stellt sich die Frage, »(...) wann der Körper, wann das Körpererleben zum ›Container‹ werden kann oder muß, weil das Containing in der intersubjektiven Beziehung als nicht mehr ausreichend erlebt wird.« (Küchenhoff 2000, S. 145). Anknüpfungspunkte bieten die körperlich kommunizierten Beziehungsangebote. »Bei der klinischen Beurteilung (von Körperinszenierungen, O. D.) gilt es immer zu überlegen, ob das äußere Objekt gefordert, benutzt oder gebraucht werden kann oder ob es als bedrohlich oder bedroht erlebt wird, so dass es nicht belastet werden darf (...).« (Küchenhoff 2000, S. 147). So fragt Küchenhoff nach den strukturellen Bedingungen, die eine Objektverwendung des eigenen Körpers notwendig machen: Dabei hat er etwa hysterische Körpersymptome aber auch autoaggressives Verhalten im Blick. Küchenhoff erfasst vier Stufen der Körperinszenierung, also der Fähigkeit, das, »was ich in mir an Repräsentationen habe, in eine Beziehung (wie vollständig oder unvollständig, wie verzerrt auch immer) einbringen« zu können (Küchenhoff 2000, S. 147). Dabei versucht Küchenhoff eine Einteilung entsprechend der Strukturachse (Achse IV) der OPD (Arbeitsgruppe OPD 1996, S. 154 f.), die zwischen einem Niveau guter Integration, mäßiger Integration, geringer Integration und einem desintegrierten Niveau unterscheidet.

Bei desintegriertem Strukturniveau erkennt Küchenhoff die Objektverwendung des Körpers als Bemühen, die Unfähigkeit zur Erfahrung von Außen und Innen und zur Trennung von Selbst- und Objektrepräsentanzen zu kompensieren (Küchenhoff 2000, S. 149). Einprägsamstes Beispiel ist ein autoaggressives Verhalten, wie das Zufügen von Schnitten in die Haut oder die Verbrennung von Hand- und Fußsohlen (a. a. O., S. 155). Küchenhoff erkennt in diesen körperlichen Inszenierungen den Wunsch, durch die Schmerzerfahrungen an der Körpergrenze das Gefühl der Abgrenztheit und Selbst-Kohärenz herzustellen. Diese »Selbstkonstitution durch den Körper« (a. a. O., S. 159) versucht mit dem Schmerz eine Zentrierung, die durch eine mangelhafte oder nicht vorhandene innerpsychische Grenzziehung nicht gelang.

Bei einer gering integrierten Struktur stellt Küchenhoff die Fähigkeit zur Trennung der Repräsentanzen fest, allerdings geht er von einem Defizit der Verbindung der durch Repräsentanzen aufgehobenen Erfahrung aus. Im Hintergrund dieser psychischen Struktur steht, so schreibt Küchenhoff, ein »brüchiges Netzwerk« (a. a. O., S. 149), dessen Verbindung gefährdet oder unterbrochen ist, »wodurch mehrere Bühnen abgespaltener Beziehungsinzenierungen entstehen.« (a. a. O.). Gemeint ist damit, dass eine integrierende Leistung des Ichs nicht möglich ist, das Begehren mit dem ganzen Körper nicht gelingt. Küchenhoff illustriert dieses brüchige Netzwerk mit dem Körperhandeln eines Patienten, der sich systematisch der Reihe nach die Fingernägel abbeißt. Der aggressiv-verfolgende Affekt wird nicht gegenüber der Person geäußert, die gemeint ist, sondern der Körper wird zum Stellvertreter dieser Person. Der Körper ist so ein Ersatz des begehrten Objekts geworden. Der Patient, so berichtet Küchenhoff, realisiert, dass sich hier ein eigener Affekt in seinem Verhalten gegenüber seinem Körper äußert, der einem anderen Erlebnisbereich entzogen bleibt (a. a. O., S. 152). Der Affekt bleibt dem Patienten unzugänglich, nicht aber, dass hier ein innerpsychischer Konflikt seinen Ausdruck findet. Küchenhoff bezeichnet dieses Körperhandeln als »Beziehungsinzenierung am eigenen Körper« (a. a. O., S. 159). In einer weiteren Differenzierung dieser »Beziehungsinzenierung am eigenen Körper« ist bedeutsam, ob es sich um eine Spaltung oder eine Dissoziation handelt: »Bei Spaltung nehmen wir noch einen Ich-Anteil an, der um den Widerspruch zwischen den Inszenierungen weiß, auch wenn er persönlich nicht mehr zu bewältigen ist.« (a. a. O.). Dies ist im oben genannten Beispiel der Fall. »Bei der Dissoziation wird (...) diese potentielle Verbindung ebenfalls durchschnitten, dann sind die Erfahrungsbereiche getrennt.« (a. a. O.).

Die »Objektprovokation durch Körpersymptome« ist ebenfalls ein Körperhandeln bei einer gering integrierten psychischen Struktur. Diese Beziehungsgestaltung über den Körper soll nach Ansicht Küchenhoffs das Objekt dazu zwingen, eine Containerfunktion wahrzunehmen.

men (a. a. O., S. 159), also der Ort zu sein, an dem der zerstückelte Körper als ganzer Körper erlebt werden kann. So sind selbstschädigende Verhaltensweisen als Objektprovokationen zu verstehen, die sich an ein Gegenüber richten und dieses zu einer Reaktion, wie etwa der Hilfe oder dem Entsetzen, provozieren sollen. Hier ist zum einen an offene Selbstverletzung zu denken, häufig in leichten Formen als oberflächliche Schnitte mit scharfen Gegenständen in die Haut, aber auch an schwere Verletzungen, die sich Patienten selbst zufügen, wie etwa Verbrennungen, tiefe Einschnitte in den Körper oder Verätzungen. Im Phänomen ist diese Körperhandlung zunächst nicht von der desintegrierten psychischen Struktur zu unterscheiden. Dies gelingt besser, berücksichtigt man, dass dieses Körperhandeln sich an eine Person richtet. Dies ist deutlich bei verdeckteren Formen dieser Körperverwendung zu sehen, die ebenfalls als Objektprovokation zu verstehen sind, etwa heimliche Selbstverletzungen, die Patienten sich durch Manipulationen am Körper zufügen und damit den Arzt konsultieren. So verunreinigen Patienten Wunden, die sich in Folge chronisch entzünden oder führen etwa durch Kontakte mit Reinigungsmitteln chronische Reizungen der Haut herbei.

Die Ebenen der guten und der mäßigen Struktur fasst Küchenhoff zusammen, da bei beiden Begehren – bewusst oder unbewusst – repräsentiert ist. Das Begehren kann in den Beziehungen zu Objekten realisiert werden (a. a. O., S. 148). Küchenhoff versteht damit das körperliche Symptom und auch das Körperverhalten vor dem Hintergrund einer gut oder mäßig integrierten Struktur als »Signifikant« des Begehrens (a. a. O.). Eine hysterische Lähmung kennzeichnet in der Unfähigkeit, die begehrte Situation aufzusuchen, immer noch das Begehren, das sich auf diese verwehrte Situation richtet. Eine Patientin kann den innerpsychischen Konflikt aus sexuellem Begehren einerseits und einer rigiden Sexualmoral andererseits durch die Lähmung eines Beines lösen. Energetisch wird die Libido gebunden und es findet sich ein realer Grund, die begehrte Situation nicht mehr aufsuchen zu können. Trotzdem wird durch die Lähmung immer noch das

Begehren bezeichnet. Als »Inszenierung einer Botschaft durch den Körper« wird dieses körperliche Handeln verstanden, da es »eine unbewußte Botschaft an das Objekt« birgt. Wie die »Beziehungsinszenierung am eigenen Körper«, so ist die »Botschaft durch den Körper« zum einen Kennzeichen der Trennung von Selbst- und Objektrepräsentanzen und zum anderen Ausdruck des Begehrens.

Gespiegelte Autonomie und Gestaltungsnot

Unabhängig von der strukturdiagnostischen Einordnung einzelner Körperhandlungen wird zunächst deutlich, dass sie aus der Not geboren sind. Sie verweisen auf einen Konflikt und der Körper bekommt eine prominente Rolle beim Lösungsversuch des jeweiligen Konflikts. Vor dem vom Küchenhoff entwickelten diagnostischen Verständnis von Körperhandlungen sollen die eingangs zitierten Arbeiten diskutiert werden. Dabei steht die Not der Körperverwendung im Vordergrund.

Auch nach Stirns (2001, 2003) Verständnis ist der Körper erst durch die Manipulation an seiner Grenze vollständig: Das, was der Verwertung und der mechanistischen Konzeption mit dem Tattoo entgegengestellt wird, bleibt doch der kulturellen Inszenierung des Körpers als eines zu Gestaltenden verhaftet. Als Stütze dieser Sicht kann die Wiederkehr von vormodernen Stammesritualen gelten, mit denen der Körper sichtbar gezeichnet wird. Die Faszination, die von einem gestalteten Körper ausgeht, ist unter anderem seine Beherrschbarkeit und Begrenzung. Die Tätowierung soll demonstrieren, wer über den Körper verfügt, löst aber nicht auf, dass über den Körper verfügt wird. Im Gegenteil schreibt sie die Realität öffentlich fest, dass der Körper gestaltet werden muss, um ihn zu begrenzen. Dieser gesellschaftlichen Codierung können sich die tätowierten Körper nicht entziehen. Sie werden zu sichtbaren Zeichen der Gestaltungsnot. Im Versuch der Selbstdefinition bestätigt sich die Fremddefinition des Körpers. Dabei bleibt unklar, ob im

Einzelfall die zum Ausdruck kommende Not das Verbot des Begehrens oder die Unfähigkeit des Begehrens im Hintergrund hat: Richtet sich die Körpergestaltung an ein Objekt oder dient es der Herstellung von Einheit? Diese Frage scheint für die weiteren Überlegungen wichtig, soll aber zunächst hinten angestellt werden.

Den Zusammenhang von Not und Körpergestaltung verkennen Davis (1999) und Borkenhagen (2001), wenn sie von Frauen berichten, die sich einer plastischen Operation unterziehen. Das psychodynamische Verständnis der Körperhandlung als eines Spiels aus Verhüllung und Enthüllung bricht sich schon an der Realität der medizinischen Maßnahme: Der Enthüllung vor und der Entgrenzung durch einen zumeist männlichen Chirurgen (Ensel 1994). Im hier diskutierten Zusammenhang ist aber die doppelte Bewegung dieses Versuchs der Identitätsstiftung bedeutsamer: Eine von Borkenhagen so interpretierte hysterische Handlung hat eigentlich einen (verhüllten) Wunsch zum Gegenstand, in der kategorialen Fassung Küchenhoffs wäre es dann eine »Inszenierung einer Botschaft durch den Körper«. Wenn es ums Wünschen geht, bedarf es eines Objekts, auf das sich das Wünschen richtet. Gerade dass von den interviewten Frauen – wie Borkenhagen als Beleg für den Autonomiegewinn angibt – kein Objekt als Adressat der Brustvergrößerung genannt oder gesucht wird, macht das psychodynamische Verständnis als verdecktes Begehren zweifelhaft. Wo das Begehren aber zweifelhaft ist, sexuelle Kommunikation in den Hintergrund tritt, sollte von einem Autonomiegewinn für das Selbst mit Vorsicht gesprochen werden. So beschreibt Borkenhagen primär, dass hinter dem Sich-Unterziehen unter die Schönheitschirurgie ein Bedürfnis steht. Dabei orientieren sich die Frauen an einem kollektiven Ideal von Weiblichkeit, dessen instrumentelle Erreichung an keinem Selbst spurlos vorüber geht. Und ja auch nicht vorübergehen soll: Als Autoinitiationsversuche sollen sie ja Spuren hinterlassen, und damit die Not beheben (Bürgin 1991).

Auch Spiess' Zukunftsidee einer Selbstermächtigung des Patienten gerät ihm unter der Hand zu einer negativen Utopie der Entsinnlichung. Diese Entgrenzung des Körpers und die

Entsinnlichung der körperlichen Erfahrung beim Versuch, der bedrohlichen Hinfälligkeit des Körpers zu begegnen, folgt einer emanzipativ gemeinten Losung: »Alle sollen Alles wissen.« Der von Spiess bejubelte Blick des Patienten in seinen Körper ist allerdings ein entsinnlicher: Es ist das Ende der asymmetrischen Beziehung zwischen Arzt und Patient, aber es ist auch das Ende der körperlichen Interaktion und Beziehungen. Erhalten bleibt der ärztliche Blick, nur ohne Arzt. Dieser Blick bleibt auch asymmetrisch und gewaltvoll, dieses Merkmal verschwindet nicht, weil der Arzt verschwindet. Dabei berücksichtigt Spiess nicht eine drohende Gefahr: dass sich das Selbst durch diese Erkundungsreisen in den Körper verlieren kann, wie Narziss sich an sein Spiegelbild verloren hat. Sehr stark erinnert die von Spiess als Emanzipation gemeinte Innenschau an die etwa von Transplantationspatienten praktizierten Restitutionsbemühungen (Hauser-Schäublin et al. 2001; Decker 2004) durch den ärztlichen und instrumentellen Blick in ihren Körper. Bei dem Versuch, den Patienten aus der parernalistischen Beziehung mit dem Arzt zu befreien, beschreibt Spiess dessen Entgrenzung und Fragmentierung. Das Bemühen um Selbstermächtigung geht auf Kosten des Selbst. Die Sozialwissenschaften erweisen sich hierin als Protagonisten der Körperinszenierung: Sie versprechen wie Spiess die virtuelle Erlösung, oder spiegeln wie Borkenhagen und Davis ihren Interviewpartnerinnen mit der Interpretation die ersehnte Vollständigkeit und Einheit. Die Kehrseite der Sehnsucht, das mit der Körpermodifikation vorgebrachte Bedürfnis nach Autonomie und Vollständigkeit, bleibt sprachlos. Es scheint, als sollte Münchhausen bestätigt werden, sich tatsächlich am eigenen Zopf aus dem Sumpf ziehen zu können.

Die Ausstellung »Körperwelten« zeigte in dem entwickelten Verständnis entgrenzte und prothetisierte Körper. Mag die Schaulust des Publikums auf die entblößten Körper zuerst auffallen, die von Sarial (1998) beschriebene Wirkung einer Stärkung des Narzissmus und der Restitution des Ichs legt den Blick frei auf das verborgene Motiv: das Bedürfnis, einen gestalteten Körper zu sehen, um die Angst vor

einem unbeherrschten Körper zu binden. Dass eine Ausstellung mit plastinierten Leichnamen zuerst von einem Museum für Technik und Arbeit ausgerichtet wurde, ist dabei von großer Bedeutung. Dieser Umstand verweist auf die besondere historische Qualität im Unterschied zum anatomischen Theater des Mittelalters. Der Körper wurde dort öffentlich, unter anderem um die ewige Ordnung der Gesellschaft in der »ewig gleichen Anordnung der Organe« zu spiegeln (Sarasin 1998, S. 434). In der kapitalistischen Gesellschaft dagegen wird der menschliche Körper immer schon maschinell präsentiert, nur bisher ungenügend prothetisiert: Der Mensch wird »(...) also geistig und leiblich zur Maschine herabgedrückt und aus einem Menschen eine abstrakte Tätigkeit und ein Bauch (...). Da der Arbeiter zur Maschine herabgesunken ist, kann ihm die Maschine als Konkurrent gegenüberreten.« (Marx 1844, S. 474). Die Ausstellung im Technikmuseum umfasste auch vervollständigte Leichen: Ihnen wurden medizinisch-technische Prothesen eingesetzt, sie sind als Leichen zu Prothesengöttern geworden (vgl. Landesmuseum für Technik und Arbeit 1997, S. 167–170, Abb. 9.38–9.40). Die prothetisierte Leiche bietet das Spiegelbild für Menschen, die weder ihren ungebändigten oder zerfallenden Körper zu fürchten, noch die Konkurrenz der Maschine zu scheuen brauchen. Hier hat die promethische Scham des Menschen vor seinen Produkten scheinbar ein Ende im Triumph gefunden: Im Prothesengott (Anders 1956; Decker 2002a).

Vergötterte Körper?

Freud schreibt (1930): »Das Sexualleben des Kulturmenschen ist doch schwer geschädigt, es macht mitunter den Eindruck einer in Rückbildung befindlichen Funktion, wie unser Gebiß und unsere Kopfhare als Organe zu sein scheinen.« (a. a. O., S. 465). Freud schreibt dies unter dem Eindruck der Verdrängung genitaler Sexualität durch Kulturforderungen. Denn die Sexualität war eine verdrängte. Wie im ödipalen Konflikt erfahren sexuelle Wünsche eine Trans-

formation unter großem Druck. Während der von Freud beschriebenen Epoche war die Identifizierung mit dem Vater eine sublimierte Initiati-on. Sie verwandelte den unbeherrschten Körper unter Zwang, seine Äußerungen werden sublimiert: Das eigentliche Sexualziel wird aufgegeben und die sexuelle Energie wird, gelenkt von Identifizierungen mit dem Vater, einem anderen Objekt zur Verfügung gestellt. Das Versprechen, an der Macht des Vaters teilzuhaben, entschädigt für den Verlust des früheren Objekts. Wird dieses aufgegeben, ist der Weg in die Erwachsenenwelt geebnet. Nun prognostiziert Freud den körperlichen Bedürfnissen im Verlauf der Kulturentwicklung noch ein ganz anderes Schicksal: Die Sexualität scheint in Rückbildung befindlich, so schreibt Freud hellsichtig vor mehr als siebzig Jahren.

Gegen den ersten Augenschein, der Omnipräsenz der Sexualität, betont Sigusch (1998) diesen Gedanken, wenn er von »Prothesen der Sexualität« (a. a. O., S. 1203) spricht. Wesentlich sind für ihn aber weniger die vielen Hilfsmittel, die der genitalen Betätigung zur Verfügung stehen und für die Freud noch den Begriff der Perversion bemüht hätte. Sigusch denkt weniger an die Wortbedeutung von »Prothese« als Vervollständigung, sondern an den Ersatz für die menschliche Sexualität, die er ebenfalls im psychoanalytischen Sinne als Bedingung der Subjektivität fasst. So beschreibt er eine »neosexuelle Revolution« (a. a. O.), die ihren Kontrast im Körper- und Sexualitätsverständnis der sexuellen Revolution der siebziger Jahre findet (a. a. O., S. 1203): »Vor drei Jahrzehnten hatte ein Verheißungs-Diskurs mehr oder weniger alle Gesellschaftsmitglieder erfaßt. Damals wurde die Sexualität (also die Lustfähigkeit des Körpers, O. D.) mit einer solchen Mächtigkeit ausgestattet, daß einige Theoretiker davon überzeugt waren, durch die Entfesselung die ganze unfreie Gesellschaft stürzen zu können. Die hohe *symbolische* Bedeutung, die die Sexualität zuletzt am Ende der sechziger und am Beginn der siebziger Jahre hatte, wurde in den achtziger und neunziger Jahren durch die neosexuelle Revolution wieder reduziert.« (a. a. O., S. 1203; H. i. O.). In der Epoche der sexuellen Revolution war der Körper und sein Begehren

für einen kurzen historischen Moment ein Verweis auf eine befreite Gesellschaft: Die hypostasierte Natürlichkeit des Körpers galt als Ausblick auf eine mit sich selbst versöhnte Natur. Es folgte nach Siguschs Verständnis die neosexuelle Revolution: »Die neue Sexualität wird negativ mystifiziert als Quelle und Tatort von Unfreiheit, Ungleichheit der Geschlechter, Gewalt, Mißbrauch und tödlicher Infektion.« (a. a. O.). Sigusch verweist auf einen grundlegenden Wechsel im Umgang mit dem Körper, den er in Zusammenhang mit der genitalen Befriedigung feststellt: In den Körperdiskursen der siebziger Jahre wurde der Körper als Signifikant für Unversehrtheit und Natürlichkeit verwendet. Ob der Körper dieses Versprechen einlösen konnte, sei dahingestellt, die Frage muss wohl verneint werden. Gerade dass er als begehrender Körper sowohl Versprechen auf und als mangelbehafteter Körper Widerspruch gegen seine eigene Erlösung ist, hat möglicherweise einer ganz anderen Begegnung mit dem Körper Raum geschaffen: Es folgte ein Verständnis des Körpers als Bedrohlichem und Bedrohtem, in den korrigierend eingegriffen werden muss. Die mit der »Neosexualität« (a. a. O.) gekennzeichnete Entsexualisierung beschreibt den Verlust des Körpers als Ort der Lust. Nun geht es um »Selbstermächtigung« (a. a. O., S. 1208) durch die inwendige Gestaltung des Körpers. Diese Selbstermächtigung geht aber nicht spurlos an den Menschen vorbei. Am Beispiel der Medizialisierung des männlichen Körpers führt Sigusch aus: »Indem Mediziner eine Erektion des Penis mechanisch, medikamentös oder chirurgisch herstellen, trennen sie Verlangen, Erektion und Potenz auf künstliche Weise voneinander.« (a. a. O., S. 1209).

Siguschs Gedanke zur Entsexualisierung greift aber möglicherweise an einem hier bedeutsamen Punkt zu kurz: Die von Freud beschriebene Sozialisierungserfahrung mit der initialisierenden Instanz des Vaters hatte für die von Sigusch beschriebene Generation der siebziger Jahre bereits an Wirkmächtigkeit verloren. Der innere Zusammenhang beider von Sigusch beschriebenen Epochen besteht möglicherweise in derselben Not: Den Körper als Ort des Begehrens aufrecht zu erhalten, ohne tatsäch-

lich auf Initiationsrituale zurückgreifen zu können. Damit läge den Körperdiskursen der siebziger dasselbe latente Motiv zugrunde, das seine manifeste Ausprägung aber in der Hoffnung auf den natürlichen Körper fand.

Brosig (2002) weist darauf hin, dass das menschliche Begehren in seiner Mischung von physisch verankertem Begehren und gesellschaftlicher Organisation des Begehrens aus psychoanalytischer Sicht immer schon »sublim« ist. In der Reproduktionsmedizin, die Brosig betrachtet, wird der Körper diesem Verständnis nach »entsublimiert« (Brosig 2002, S. 179). Brosig bedient sich hierbei eines Begriffs der Kritischen Theorie, um die Entsubjektivierung zu beschreiben: Der repressiven Entsublimierung.

Wie nun, wenn Brosigs Überlegungen stimmen, aber der Reproduktionsmedizin die Entsublimierung nicht zuzurechnen ist, sondern die Reproduktionsmedizin selbst bereits Ausdruck der vollzogenen Entsublimierung ist: der Suche nach Einheit stiftenden Körperhandlungen in gott- und haltloser Zeit (Türcke 1989)? Dann würde sich diese – wie Tätowierungen, Piercing, Organtransplantation und Eingriffe in die Keimbahn – einreihen in eine lange Kette von Techniken der Gestaltung des Körpers, die eines sichtbar macht: Die Beschädigung der psychischen Struktur. Die Wirkmächtigkeit der gesellschaftlichen Inszenierung des Körpers als eines zu gestaltenden setzt voraus, dass der Einzelne von diesen Inszenierungen auch erreicht werden kann und diese Inszenierung braucht. Dann würde mit den Techniken der Selbstermächtigung die Not des Selbst zum Ausdruck kommen.

»Wir haben hier eine hochentwickelte Zivilisationsstufe, auf der die Gesellschaft die Individuen ihren Erfordernissen unterordnet, indem sie Freiheit und Gleichheit erweitert – anders ausgedrückt, auf der das Realitätsprinzip sich vermittels ausgedehnter, aber kontrollierter Entsublimierung durchsetzt. Die bessere und größere Befriedigung ist sehr real und doch, im Sinne Freuds, insofern repressiv, als sie in der individuellen Psyche die Quellen des Lustprinzips und der Freiheit mindert: den triebbestimmten – und geistigen – Widerstand gegen

das Realitätsprinzip.« (Marcuse 1963, S. 75; H. i. O.). Eros ist die Aussicht auf die mit sich selbst versöhnte Natur (Decker 2002b). In dem Maße, in dem Energie von der Welt der Objekte abgezogen wird, reduziert sich die Lust-Unlustspannung, deren Repräsentanz die Objekte sind. So wird die Perspektive auf eine Veränderung aufgegeben, zugunsten eines Versprechens der Erlösung von den Spannungen im Hier und Jetzt. Der Ort, an dem dieses Versprechen auf Erlösung zelebriert wird, ist die Medizin geworden, der Körper Opfergabe und empfangender (Prothesen-)Gott zugleich. Wichtig ist hier die Wirkung dieser Inszenierung: »Die Vermittlung zwischen dem Selbst und den anderen weicht unmittelbarer Identifikation. In der Gesellschaftsstruktur wird das Individuum zum bewußten und unbewußten Verwaltungsobjekt und erlangt Freiheit und Befriedigung in seiner Rolle als ein solches Objekt. (...) Die regressiven Züge deuten daraufhin, daß das Individuum sein Ichideal aufgegeben und mit dem Gruppenideal vertauscht hat (...).« (Marcuse 1963, S. 63). Marcuse schreibt weiter: »Seiner Macht der Negation beraubt, verausgabt sich das Ich in seinem Bestreben ›Identität zu finden‹ (Marcuse 1963, S. 68). Was die Medizin sichern soll, muss in alltagskulturellen Riten hergestellt werden: Identität. Wie in vergangenen Riten, soll die körperliche Übernahme kollektiver Ideale diese Einheit herstellen helfen. Diese Einheit ist aber brüchig: Zwischen Außen und Innen besteht weitestgehend Hegemonie, weil das Ichideal ein Gruppen- und Gesellschaftsideal ist. Und diese Hegemonie entgrenzt. Das Ideal ist bereits ein geteiltes, das Ich entgrenzt, die Durchdringung von Prothesen gerät damit zum körperlichen Nachvollzug einer gesellschaftlichen Totalität. Wie die psychische Aufnahme des kollektiven Ideals, so entgrenzt auch die körperliche Aufnahme.

Für einen kurzen historischen Moment konnte in den siebziger Jahren das Begehren des Körpers als Versprechen auf Erlösung erlebt werden. Aber auch in dieser Zeit blieb der Körper den Lust-Unlustrelationen ausgeliefert ohne das noch durch gesellschaftliche Instanzen – Rituale oder Autoritäten – Einheit hergestellt

würde. Im Weiteren blieb der Körper der Ort, an dem sich die Erlösung durch Einheit vollziehen sollte, nur dass diese Erlösung nicht mehr als dem Körper innewohnend begriffen wird, sondern gestaltet werden muss. Die psychischen Instanzen, die in früheren Jahren die Grenze des Körpers repräsentierten, da sie doch nichts anderes waren als eingeschriebene körperliche Grenzen, zeigen keine Verletzung mehr an. Das kann bedeuten, dass die Handlung nicht mehr verletzend ist oder es kann bedeuten, dass an der Grenze kein Wächter mehr ist, der die Verletzungen benennen kann.

Transzendenz statt Vergottung

Die Beschreibung der menschlichen Entwicklung im Verständnis der Kritischen Theorie kann verstanden werden als Prothetisierungsprozess, um sich zum Menschen entwickeln zu können (Decker 2003). Die Prothetisierung ist nicht neu, der Versuch der Selbstermächtigung auch nicht. Sarasin hat auf die Spiegelung der weltlichen Ordnung in der Ordnung der Organe des hingerichteten Straftäters hingewiesen. Daneben versprach die öffentliche Hinrichtung aber auch Erlösung in christlicher Tradition: Es wurde die Fleischwerdung Gottes und seine Sühnehandlung wiederholt. Der hingerichtete Verbrecher wurde zur »(...) Metonymie Christi, dessen geschundener, Erlösung und Heil versprechender Körper an Kreuzen überall sichtbar war (...).« (Sarasin 1998, S. 435). So erfüllte der Körper des Verbrechers das Versprechen der Erlösung vom Mangel und Elend, für die auch der Tod Christus am Kreuz steht. Mit dem Tod Gottes und der Ächtung der Metaphysik verschied auch diese Transzendenz des Leidens (Türcke 1989). Die Medizin übernahm die Aufgabe, die Erlösung am Körper zu inszenieren. Sie verspricht die Erlösung von Tod und Leiden im Hier und Jetzt, indem sie den Körper prothetisiert.

Die Wirkung der Prothese hat sich in den Zeitläuften verändert, je mehr sie dem Menschen auf den Leib rückte. Nun sind sie in den Körper vorgedrungen. Die Prothetisierung unter Bedingungen der instrumentellen

Vernunft, die Gestaltung des Körpers als Ort der Bannung der primären Angst, entsexualisiert ihn. Und macht damit die Selbsterhaltung zu einer ständigen Erinnerung der Not des Selbst. Diese Entwicklung bezieht ihren unglaublich verlockenden Sog auch noch aus anderer Quelle: Es ist das Versprechen, ohne das Ich zu sein, das beständig die Verletzungen registrieren lässt, der Bedrohung einen Begriff gibt, ohne sie wirklich abwenden zu können, sich selbst als Narbenschrift entziffert, ohne die Einschreibung verhindern zu können, kurz: Ohne Ich kein Leiden mehr zu erfahren. Dies ist der Rückzug von der Welt der Objekte, die doch mit der lustvollen Behebung des Mangels nur den Mangel bestätigt und ihn festschreibt.

Die mythischen Heilerwartungen waren schon immer eng mit der Aufklärung verbunden. Sarasin und Tanner (1998, S. 19) weisen bei der Untersuchung des Siegeszuges der Physiologie als Wissenschaft auf die der Geschichte innewohnende Tendenz der Apotheose des Menschen hin: »In der christlichen Tradition war Logos die Bezeichnung für das präexistente göttliche Wesen, das zu ›Fleisch‹ wird und damit Heilsfunktionen ausübt.« (a. a. O.). »Im Moment der Anstrengung, etwas zu werden, das man nicht ist, erfährt der Übende sich ›unbegreiflich‹ als qualitativ nichts-ganzes Subjekt (›zerstückelt‹ wie Lacan sagt) und gleichzeitig als Nicht-Ich, als jenes Bild eines Ganzen, das man zu sein begehrt. Diese Imago, die verspricht, dass das eigene-fremde ›Ich‹ unter Schmerzen und Qual etwas ›Zusammengesetztes‹ werde - ›ganz‹, ›heil‹, ›trainiert‹, ein imaginäres Subjekt nach dem Bild des Anderen -, stellt nicht mehr der göttliche Körper als der große Andere vor, sondern einen menschlichen Körper (Sarasin 1998, S. 449). Solange der göttliche Körper Versprechen der Erlösung war, konnte das Versprechen aufrechterhalten werden. Im Moment, in dem nur der menschliche Körper als prothetisierter Körper das Versprechen der Gottwerdung bereithält, stürzt das Versprechen in sich zusammen: Der Körper ist ein schmerzbehafteter und er wird es bleiben. Diese Erkenntnis führt zur Ambivalenz gegenüber der Instanz, dem psychoanalytischen Ich, die mit der Aufhebung des Mangels Mangel vermittelt und festschreibt.

Das Leiden am Verlust des Ichs ist gering, weil damit die Hoffnung auf Erlösung verbunden ist. Die Alternative wurde als »Eingedenken der Natur im Subjekt« formuliert (Decker 2002b). Der materielle Kern des Subjekts ist seine Natur, die als bearbeitete Natur, als Begehren und Lust, das Versprechen auf Erlösung beinhaltet. Die Transzendenz als Metaphysik zu verwerfen heißt die Bedingungen festzuschreiben, unter denen sich die Geschichte als Naturgeschichte wiederholt. »Seine (des Materialismus, O. D.) Sehnsucht wäre die Auferstehung des Fleisches. (...) Fluchtpunkt des historischen Materialismus wäre seine eigene Aufhebung, die Befreiung des Geistes vom Primat der materiellen Bedürfnisse im Stand ihrer Erfüllung.« (Adorno 1966, S. 207). Die Prothesenmedizin folgt dem Programm der Erlösung von Leiden und Tod: Sie verspricht die Auferstehung des Fleisches ohne Transzendenz. Sie hebt aber nicht den Mangel auf, sondern die Bedingung der Möglichkeit zur Lust. Statt einer Versöhnung der Natur mit sich selbst kommt es zum Rückfall in vorgeschichtliche Bewusstlosigkeit. Mit dem prothetisierten Körper wird mit aller Macht die Fleischwerdung Gottes versucht, um den Preis des sinnlichen Weltbezugs.

Literatur

- Adorno, Th. W. (1966). Negative Dialektik. In: Ders. Gesammelte Schriften Bd. 6. Frankfurt/M. Suhrkamp.
- Bergmann, A. (2000). Tabuverletzung und Schuldkonflikte in der Transplantationsmedizin. *Psychoanalyse* 4, 127–150.
- Anders, G. (1956). Die Antiquiertheit des Menschen – Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution. (1994) München: Beck.
- Appelsmeyer, H. (2001). Transplantation und Identität. *psychomed* 13, 42–45.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Bern: Hans Huber.
- Basch, S.H. (1973). The Intrapyschic Integration of a New Organ – A Clinical Study of Kidney Transplantation. *Psychoanal. Quarterly* 42, 364–384.
- Borkenhagen, A. (2001). Gemachte Körper. Körper- und Selbsterleben von Frauen, die sich zu einer Schönheitsoperation entschieden haben. *Psychotherapie und Sozialwissenschaften* 3, 307–316.
- Brosig, B. & Woidera, R. (1993). Nach einer Herz-Lungen-Transplantation. *Psyche* 47, 1061–1079.

- Brosig, B. (2002). Biologie ohne Begehren. In: Brähler, E., Stöbel-Richter, Y. & Hauffe, U. (Hrsg.). Vom Stammbaum zur Stammzelle, S. 175–186. Psychosozial Verlag.
- Bürgin, D. (1991). Autoinitiationsversuche – Mangelgeburten aus der Not. In: Klosinski, G. (Hrsg.). Pubertätsriten. Äquivalente und Defizite in unserer Gesellschaft. S. 165–175. Bern: Hans Huber.
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1973). Organ transplant, body image, psychosis. *Psychoanal. Quarterly* 42, 349–363.
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1978). Ego vicissitudes in Response to Replacement or Loss of Body Parts – Certain Analogies to Events During Psychoanalytic Treatment. *Psychoanal. Quarterly* 47, 381–397.
- Davis, K. (1999). Umgestaltung des Körpers – Neugestaltung des Selbst. Einige Bemerkungen zur Schönheitschirurgie. *Zeitschriften für Sexualforschung* 12, 1–9.
- Decker, O. (2002a). Die Gemachtheit des Menschen: Transplantationsmedizin als Versuch die promethische Scham zu überwinden. In Chr. Hauskeller (Hrsg.), *Humane Stammzellen. Fragen der Ethik, Philosophie und Forschung* (S. 113–121). Lengerich: Pabst.
- Decker, O. (2002b). Zum Eingedenken der Natur im Subjekt – Der Prothesengott. *Psychoanalyse* 10, 83–96.
- Decker, O. (2004). Der Prothesengott. Transplantationsmedizin und Subjektivität. In Vorbereitung (Psychosozial-Verlag).
- Ensel, A. (1994). Chirurg – Dramaturg – Demiurg. Männliche Schöpfungsphantasien und die Herstellung von Identitäten in der schönheitschirurgischen Geschlechterbeziehung. *Zeitschrift für Frauenforschung* 12, 106–114.
- Freud, S. (1907). Zwangshandlungen und Religionsausübung. In: *GW Bd. VII*, 129–139. Frankfurt/M.: Fischer
- Freud, S. (1930). Das Unbehagen in der Kultur. In: *GW Bd. XIV*, S. 421–506. Frankfurt/M.: Fischer.
- Fuchs, W. & Fischer, C. (189): *Aerobic, Bodybuilding, Jogging – Ein neues Sinnmuster in der jugendlichen Alltagskultur?* In: Brettschneider, W. D., Baur, J., Bräutigam, M. (Hrsg.). *Sport im Alltag von Jugendlichen*. S. 160–178.
- Hagen, G. V. (2003). Körperwelten: Ausstellungsziele. <http://www.koerperwelten.de/de/pages/ausstellungsziel.asp> (15.08.03)
- Hauser-Schäublin, B., Kalitzkus, V., Peteresen, I., Schröder, I. (2001). *Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland*. Frankfurt/M.: Campus Verlag.
- Hirsch, M. (1989). Der eigene Körper als Objekt. In: ders. (Hrsg.). *Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens*, S. 1–8. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Kirchhoff, Chr. (2002). Rezension: *Schöne neue Körperwelten. Der Streit um eine Ausstellung von Franz Josef Wetz und Brigitte Tag* (Hrsg.). *Psychologische Revue* 1, 80–82.
- Küchenhoff, J. (2000). Der Körper als Ort der Beziehungsinszenierung. In: Streeck, E. (Hrsg.). *Erinnern, Agieren und Inszenieren – Enactments und szenische Darstellungen im therapeutischen Prozess*, S. 143–160. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Küchenhoff, J. & Warsitz, R.-P. (1993). Leiberfahrung als Übergangsphänomen. Die Wiederherstellung der symbolischen Ordnung im ‚Übergangsleib‘. In: Plassmann, R. (Hrsg.). *Psychoanalyse, Philosophie, Psychosomatik. Paradigmen von Erkenntnis und Beziehung*, S.150–164. Shaker: Aachen
- Landesmuseum für Technik und Arbeit (1997). *Körperwelten: Einblicke in den menschlichen Körper*. Ausstellungskatalog. Mannheim.
- Marcuse, H. (1963). Das Veralten der Psychoanalyse. In: *Schriften Bd. 8*, S. 60–78. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Marx, K. (1844). *Ökonomisch-philosophische Manuskripte*. In: *Marx-Engels Werke Bd. 40*, (Ergänzungsband, 1. Teil), S. 465–588. Berlin: Dietz-Verlag.
- Sarasin, Ph. (1998). Der öffentlich sichtbare Körper. Vom Spektakel der Anatomie zu den »curiosités physiologiques«. In: ders. & Tanner, J. (Hrsg.). *Physiologie und Industriegesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*, S. 419–452. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Sarasin, Ph. & Tanner, J. (1998). *Physiologie und industrielle Gesellschaft. Bemerkungen zum Konzept und zu den Beiträgen dieses Sammelbandes*. In: diess. (Hrsg.). *Physiologie und Industriegesellschaft. Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert*, S. 12–43. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Sarial, S. (1998). *Körperwelten – Ein Ausstellungserfolg aus psychoanalytischer Sicht*. *System ubw* 16, 5–25.
- Schlich, Th. (1998). Die Erfindung der Organtransplantation: Erfolg und Scheitern des chirurgischen Organersatzes. Frankfurt/M.: Campus.
- Sigusch, V. (1998). Die neosexuelle Revolution. Über gesellschaftliche Transformationen der Sexualität in den letzten Jahrzehnten. *Psyche* 52, 1192–1234
- Spieß, K. (2001). Vom klinischen Blick zum digitalisierten Abbild. *Psychosozial* 24 (1), 125–137.
- Stirn, A. (2001). Vom Initiationsritual zur geschmückten Haut. *Tätowierung im Spiegel von Stammestraktionen und neuem Kunstverständnis*. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 3, 284–306.
- Stirn, A. (2003). *Kunstvolles Tätowieren und Piercing als selbstfürsorgliche Handlung*. *Psychoanalyse* 12, 133–144.
- Türcke, Chr. (1989). *Der Tolle Mensch. Nietzsche und der Wahnsinn der Vernunft*. (1999) Lüneburg: zuKlampen.
- Türcke, Chr. (1992). *Kassensturz. Zur Lage der Theologie*. (1997) zuKlampen: Lüneburg.
- Türcke, Chr. (2002). *Erregte Gesellschaft. Philosophie der Sensationen*. München: Beck

- Warsitz, R.-P. (1983). Der Körper als Signifikant. Zum Zweifel der Einheitserfahrung des Körpers im Anschluss an D. Wyss und J. Lacan. *Fragmente* 9, 33–58.
- Warsitz, R.-P. (1989). Von den Spuren der Seele im Körper. Skeptische Einwände wider die psychosomatische Konzeption der Einheit von Leib und Seele. *Fragmente* 31, 35–57.
- Wegenast, K. (1991). Wie man erwachsen wird. Initiationsriten in der Religion gestern und heute. In: Klosinski, G. (Hrsg.). *Pubertätsriten. Äquivalente und Defizite in unserer Gesellschaft*. S. 40–49. Bern: Huber.
- Zinnecker, J. (1989). Die Versportung jugendlicher Körper. In: Brettschneider, W. D., Baur, J., Bräutigam, M. (Hrsg.). *Sport im Alltag von Jugendlichen*. S. 133–159.

Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte bei Ess-Störungen aus psychoanalytischer Sicht¹

Mathias Hirsch

Anorexia nervosa und Bulimie sind ein multifaktorielles Geschehen, das wohl von nur einem der psychosomatischen Modelle nicht hinreichend begriffen werden kann. Ich möchte mich deshalb auf einen Aspekt beschränken, und zwar auf den der Objektverwendung von Körper und Nahrung durch die an Anorexia nervosa bzw. Bulimie erkrankte Patientin in jeweils verschiedener Weise. Objekt in diesem Zusammenhang bedeutet Ersatz bzw. Symbol für gute und böse mütterliche Teilobjekte, als welche Körper und Nahrung in der Phantasie erhalten müssen – hier gibt es Parallelen zu anderem Suchtmittelmissbrauch –, bald aber entsprechend den entstehenden Essverhaltens- und Körpersymptomen auch zu einer oft fatalen Realität werden, wie ja auch bei anderen Süchten.

Das typische Bulimie-Syndrom zeichnet sich durch anfallsartiges Verschlingen großer Nahrungsmittel aus, ausgelöst durch Zustände von Angst, Leere, diffuser Spannung, gefolgt von mit Panik erlebter Bedrohung, Bedrohung des Körper-Bildes (nämlich dem Gefühl, zu dick, zu schwer, unförmig, grenzenlos zu sein), die durch unaufhaltsames selbstinduziertes Erbrechen, oft in mehreren Sequenzen, abgewendet werden kann. Manchmal werden Laxantien und Diuretika zusätzlich eingesetzt. Auslösesituationen sind Alleinsein, Trennungen, aber auch Gefühle, von anderen Menschen, Partnern und oft genug auch von den realen Eltern bevormundet, bedrängt und behindert zu werden. Kaum aber ist die Bedrohung von außen mit Hilfe des Fressanfalls gebannt, droht eine neue Gefahr, die von dem durch die einverleibte Nahrung veränderten Körper ausgeht. Während sich die Bulimie durch ein derartiges Oszillieren

zwischen äußerem Objekt und Körper bzw. Nahrung als Objekt auszeichnet (Willenberg 1986 a), ist die Anorexie eine konstant durchgehaltene Reaktion auf den durch die Pubertät ausgelösten Zustand von Spannung, Angst und Leere. Dieser wird mit der Abmagerung beseitigt (Thomä 1963), aber nun wird die ängstliche Aufmerksamkeit ganz auf eine oft magische Körpergewichtsgrenze gerichtet, der sich von unten zu nähern Panik macht und deren Überschreitung als unausdenkbare Katastrophe befürchtet wird. Die Angst vor der mit der Adoleszenz verbundenen Trennung und insbesondere von der Übernahme einer weiblichen Identität, mit der die Jugendliche nun durch den sich entwickelnden weiblichen Körper unausweichlich konfrontiert würde, wird nun als Angst erlebt, der Körper würde zu schwer und damit unerträglich erwachsen, weiblich und sexuell werden. Kein Wunder, dass so auch der eigene Körper gerade in der Adoleszenz Ausgangspunkt großer Verunsicherung und Angst – Identitätsangst – ist, als er auch Ziel und Objekt zum Teil extremer zerstörerischer Wut werden kann. Denn in seiner Not greift der oder die Jugendliche zu einer Schuldzuweisung: Laufer (1976) hat die häufige Phantasie mitgeteilt, dass die Mutter schuldhaft den schlechten, mangelhaften, sündigen Körper geschaffen habe, so dass die Wut gegen diesen Körper mit der gegen eine solche Mutter zusammenfällt. Die Illusion vieler meist weiblicher Jugendlicher besteht nun darin, durch die Beherrschung, die Manipulation des Körpers die Identitätsangst beherrschen zu können, sozusagen das Leben schon zu meistern, und manche schaffen sich so eine trügerische Sicherheit, eine Pseudo-Iden-

tität. Man kann auch sagen, dass die Unmöglichkeit zu sein von der Illusion, etwas tun zu können, ersetzt wird. Das Gefühl des Ohnmächtig-ausgeliefert-Seins soll durch die Vorstellung der Machbarkeit überwunden werden.

Übermäßige Schwierigkeiten, die Adolezenzkrise zu meistern, gehen auf eine pathogene Vorgeschichte zurück. Wir wissen aus der Traumaforschung (Sachsse 1995; Hirsch 1996; 1997), dass dissoziativen Störungen regelmäßig reale Traumata vorangehen. Misshandlungen und Missbrauch, auch frühe Vernachlässigung, die sich ja immer auch gegen den Körper richten, führen sowohl im aktuellen Trauma als auch in späteren regressiven und Belastungssituationen zu einer Dissoziation von Körper-Selbst vom Gesamtself, welches so um so eher bewahrt werden kann, als die Destruktion gegen den Körper gerichtet wird oder in ihm gebunden bleibt. Durch die Dissoziation, die in Belastungssituationen immer wieder auftaucht bzw. auf die regressiv zu Abwehrzwecken zurückgegriffen wird, können der Körper oder Teile von ihm wie ein äußeres Objekt erlebt und auch verwendet werden. Der Körper stellt nun ein wenn auch böses, zerstörerisches Mutterobjekt dar, das aber immerhin anwesend ist, das vor allem auch aus eigener Aktivität hergestellt werden kann. Ebenso kann man den autoaggressiv attackierten Körper als Stellvertreter des damals misshandelten Kindes verstehen (Plassmann 1989), aber es dürfte auf's Gleiche hinauslaufen, ob misshandelndes Objekt oder misshandeltes Subjekt reinszeniert werden, es kommt auf die Präsenz eines Objektsurrogats an, Eltern- und Selbst- (bzw. Kind) Repräsentanzen fallen im Körper-Agieren zusammen.

Gleichzeitig aber kann man immer wieder sehen, dass der geschädigte Körper, sei er durch Selbstdestruktion, psychogenen Schmerz, Abmagerung oder auch eine psychosomatische Reaktion verändert, außerdem eine Abwehr gegen ein zu bedrohliches intrusives Mutterobjekt darstellt, eine übermäßige, pathologisch deformierte und ja auch schmerzende Grenze. Es liegt mir viel daran, dieses »Doppelte« von Objektersatz und Grenzziehungsfunktion hervorzuheben, da es genau dem doppelten, widersprüchlichen Verhalten der realen Mutter,

das oft zu rekonstruieren ist, entspricht. Dabei handelt es sich um die Kombination von Zurückweisung der legitimen Bedürfnisse des Kindes und übermäßiger Kontrolle besonders der Körperfunktionen gegen seine Bedürfnisse. Ich habe den Eindruck, dass besonders das Körpersymptom einen Ausweg, eine Lösung bieten soll aus der arretierten Verstrickung in das widersprüchliche Verhalten des Mutterobjekts bzw. seiner introjektiven Entsprechung, dem arretierten Konflikt zwischen Abhängigkeit und Loslösungsbestreben, nicht nur, aber vor allem in der Adoleszenz. Der Körper verhilft dem Patienten so zu einer Pseudo-Autonomie, die wir in den Selbstbeschädigungssyndromen, den Ess-Störungen und besonderen Formen der Masturbation finden. Wenn diese Krankheitsbilder auch Leiden bedeuten, scheinen sie noch immer das kleinere Übel im Vergleich zu einer drohenden Desintegration des Gesamt-Selbst, also einer psychotischen Reaktion, zu sein, die der Körper in seiner Doppelfunktion als Objektersatz und durch das Aufrichten von Grenzen verhindert.

Wenn es auch eine Anorexie- und Bulimie-Symptomatik auf neurotischem Persönlichkeitsniveau gibt, sind die hier beschriebenen Symptomenkomplexe strukturell der Borderline-Persönlichkeitsorganisation zuzurechnen (Masterson 1977), der Punkt der Schädigung im Ablauf der Entwicklungsphasen liegt in der Loslösungsphase (Masterson 1977), genauer im Übergang von der Differenzierungs- zur Übungsphase (Sours 1974; Sugarman und Kurash 1981). Das Trauma besteht im Prinzip in der Behinderung und Bestrafung der ersten Autonomiebestrebungen des Säuglings im zweiten Lebenshalbjahr durch dominierende, überfürsorgliche und kontrollierende Mütter (Sours 1974; Masterson 1977; Bruch 1978; Sugarman und Kurash 1981). Die Phase der ersten üben selbständigen Schritte ist auch die Zeit der Erschaffung und Verwendung des Übergangsobjekts (Winnicott 1953), das sowohl die abwesende Mutter repräsentiert und damit eine Trennung von ihr erleichtert, als auch andererseits eine Grenze, eine Art Pufferzone zwischen dem Selbst des Kindes und der unter Umständen behindernd und überwältigend

erlebten Mutter bilden und deshalb die Selbst-Objekt-Grenzen konsolidieren kann. Unabdingbar ist, dass das Kind der Herrscher in diesem Zwischen-Raum und über das Übergangsobjekt bleibt, ein Detail, das weiter unten noch im Zusammenhang mit der Notwendigkeit der absoluten Kontrolle der Magersüchtigen über ihren Körper und der Bulimikerin die Nahrung wichtig wird. Bevor äußere Übergangsobjekte (der Teddybär oder das Schlaf Tuch sind typisch) möglich sind, stehen dem Kind Vorläufer zur Verfügung (Gaddini u. Gaddini 1978), die auch eine beruhigende Funktion haben, aber nicht vom Kind selbst erschaffen wurden, sondern entweder von der Mutter zur Verfügung gestellt werden (Schnuller, Flasche, Spielzeug) oder in Teilen des eigenen Körpers vorgefunden werden (z. B. Daumenlutschen). Sugarman und Kurash (1981) sind der Ansicht, dass der eigene Körper normalerweise einen solchen Vorläufer des Übergangsobjekts darstellt. Eine derart Autonomie behindernde Mutter, wie sie oben beschrieben wurde, verhindert auch die Erschaffung eines Übergangsobjekts durch das Kind (Gaddini und Gaddini 1978; Sugarman und Kurash 1981); ein Fehlen des Übergangsobjekts ist auch bei später Magersüchtigen von Sours (1974) beschrieben worden. Sours zeigt auch weitere Anzeichen von fehlender Autonomieentwicklung auf: Keine sichtbare Aggression in der Wiederannäherungsphase und unauffällige Anpassung im Vorschulalter und in der Latenzzeit. Dabei handelt es sich bei der unauffälligen Entwicklung um eine Scheinautonomie, mit der das Kind latent bereits die Anorexiodynamik, die sich später als Ess- und Körperstörung manifestiert, vorwegnimmt. Es stellt sich nämlich einen Zwischenzustand her von Nicht-Getrenntsein, weil es sich den Wünschen der Mutter anpasst, andererseits aber hält es sich gerade durch seine Unauffälligkeit die Mutter vom Leibe, die keinen Anlass sieht, das Kind für ihre Zwecke zurückzuhalten oder zu verändern. Bei der Anorexie ist in einem solchen Gleichgewicht des Latenzalters häufig auch der Vater von Bedeutung, der mit der vorpubertären Tochter, die noch keine weiblichen Körperformen entwickelt hat, ein geheimes Bündnis gegen die

übermächtige Mutter schließt (Willenberg 1986). Der weibliche Körper bedeutet für das Mädchen hier eine doppelte Bedrohung: Wie die dominierende Mutter zu werden und das Bündnis mit dem Vater zu verlieren.

Für die Jugendliche bedeutet die Ausbildung der weiblichen Körperformen gerade wegen der ungenügenden Selbst-Objekt-Differenzierung eine unerträgliche symbolische Verschmelzung mit dem »bösen« Mutter-Objekt. Dieses scheint mit dem eigenen Körper, der weiblich zu werden droht, wiederauferstehen zu wollen, der Körper wird zum Fremdkörper (Thomä 1963, 605); und enthält die negativen inkorporierten Aspekte der Mutter, die in ihm besser bekämpft werden können (Selvini-Palazzoli 1978). Der weibliche Körper ist nun der »Inbegriff alles Bösen« (Willenberg 1986 b, 248); eine Patientin Mastersons (1977, 485) bezeichnete sich selbst als »fettes Schwein«. Das ist identisch mit den entsprechenden Benennungen der Mütter; eine Patientin Willenbergs (1984, 274) sprach von der »fetten, alten, dreckigen Schlampe«, eine Patientin aus meiner Praxis äußerte sich verächtlich über die »fette Mutter, die sich gierig und geifernd mit ihren großen Brüsten über die Wühltische der Kaufhäuser beugt«. Aber die Grenze wird nicht zwischen Selbst und Außenwelt, also der Mutter gegenüber, sondern *im* Selbst, d. h. zwischen den gespaltenen Teilen aufgerichtet (Boris 1984, 319). Die Grenzverwischung nach außen zeigt sich auch darin, dass anstelle des eigenen Körpers häufig die Mutter gefüttert wird und zunimmt (Thomä 1963), es ist auch bekannt, dass magersüchtige Jugendliche den Angehörigen opulente Mahlzeiten bereiten und gern und gut kochen (vgl. Bruch 1978), um sich selbst mit einer Tasse Kaffee ohne Milch und Zucker zu begnügen.

Der eigene Körper der anorektischen Jugendlichen ist das böse Objekt, solange er normal- oder übergewichtig ist. In der Literatur scheint mir zu wenig berücksichtigt, welche Bedeutung nun der *magere* Körper hat. Die Abmagerung allein als Ergebnis der gegen sich selbst gerichteten Destruktion (Masterson 1977) oder als Mittel, Triebregungen zu dämpfen, Grenzen zu erhalten und »innere Objekte«

unter Kontrolle zu behalten (Sours 1974), scheint mir der immensen Bedeutung des Symptoms nicht gerecht zu werden. Auch »Nicht-wachsen-Wollen« (Masterson 1977; Bruch 1978) ist wohl nur ein Teilaspekt. Thomä (1963, 605) spricht von »depressiv-masochistischem oder hypomanisch-narzisstischem (Verhalten der Patientinnen), je nachdem, ob das Selbstwertgefühl von verinnerlichten ›bösen‹ oder ›guten‹ Objekten bzw. deren Vorstellungsrepräsentanzen beherrscht wird.« Es muss hier ergänzt werden, dass der normal- oder übergewichtige Körper der anorektischen Patientin das »böse« Mutter-Objekt repräsentiert, das verschlingt, mit Verschmelzung droht und Autonomie behindert, und der untergewichtige Körper als idealisiertes »gutes« Mutter-Objekt, als »Anti-Mutter« oder »Nicht-Mutter« erlebt wird, die die Patientin nicht bedroht und andererseits aber auch nicht allein lässt. Panik und Depression stellen sich ein, wenn mit dem steigenden Körpergewicht die Fusion mit der bösen Mutter droht; manisches Hochgefühl dagegen, wenn das böse Objekt beherrscht, in Schach gehalten, überwältigt ist, das Einssein mit dem »Nicht-Mutter«-Objekt verschafft ein Gefühl von Omnipotenz. Thomä (1963, 506) führt die Euphorie auf das »Einssein der Kranken mit ihren nährenden Müttern zurück«, aber diese Mütter sind eben idealisierte, im eigenen nicht-weiblichen Körper erschaffene Objekte; Masterson (1977, 485) findet ähnlich ein »kosmisches Gefühl von Sicherheit und Schutz« in der Verschmelzung mit dem »guten« Mutter-Objekt.

Das unbedingte Beherrschenwollen des Körpers – auch in oft extremen sportlichen Höchstleistungen – und seines Gewichts lässt uns wieder an das Übergangs-Objekt denken, dessen wesentliches Charakteristikum ja ist, dass es vom Kleinkind beherrscht werden kann, ja getötet, wenn es sein muss, aufgrund der unmäßigen Aggression des Kindes, um es dann wiederauferstehen zu lassen (Winnicott 1971). Mit dem abgemagerten Körper wird ein selbst erschaffenes Mutter-Objekt hergestellt, das von Zuständen der Leere und Spannung befreien soll (vgl. auch Quint 1984; Hirsch 1985; Sachsse 1987). Genau entsprechend findet sich bei

Boris (1984) eine Interpretation des selbstinduzierten Hungergefühls bei der Anorexie, das ein Gefühl des eigenen Selbst gewährleisten soll. Man kann also sagen, dass bei der Anorexie der Körper wie ein – gutes oder auch böses – Objekt erlebt, der Körper aber auch durch die ungeheure Kontrolle als selbst erschaffenes Übergangs-Objekt betrachtet werden kann.

Die *Nahrung* ist eng mit der Mutter selbst assoziiert; Boris (1984) bezeichnet die Nahrung als »nachgemachte Mutter-Substanz«. Hyperphagie, der Fressanfall, z. B. bei der Bulimie, bedeutet Verschmelzung mit dem Mutter-Objekt (Willenberg 1986a). Es ist auch die Doppelnatur der Nahrung beschrieben worden: Sie verbindet Mutter und Kind, gleichzeitig ist es auch ein äußeres Objekt (Smirnow 1958; Sugarman und Kurash 1981). Schon früh ist der Übergangsobjekt-Charakter der Nahrung erkannt worden, Smirnow (1958) spricht von der Erschaffung einer guten oder bösen Brust durch den Akt des Essens. Boris (1984) diskutiert die Schwierigkeit der Magersüchtigen, Nahrung als Übergangs-Objekt zu gebrauchen, da die Selbst-Objekt-Grenzen so schwach sind, dass das mütterliche Objekt in Form der Nahrung zu widerstandslos von außen nach innen gelange, dadurch keinen »Zwischenraum« zwischen Objekt und Selbst gewährleisten, vielmehr eine Bedrohung sei.

Ich möchte hier einfügen, dass Nahrung verschieden hohe Grade der Symbolisierung erreicht haben kann, von dem bloßen surrogathaften Ersatz für das Mutter-Objekt über die Übergangs-Qualität des »Nicht-Ich/Nicht-Mutter«-Seins, bis hin zur symbolischen Repräsentanz, z. B. beim hysterischen Erbrechen. Als archaische Form der Bulimie könnte man die von McDougall (1978, 351) erwähnte »merkwürdige Erkrankung, die als Meryzismus bezeichnet wird«, verstehen. »Bei ihr erbrechen die Säuglinge immer wieder den Mageninhalt und verschlucken ihn dann wieder, bis sie ... erschöpft sind.« (a. a. O.) Auf diese Weise kommen sie ohne Mütter aus, »das Fehlen der Mutter ... wird vollständig verleugnet, denn der Säugling hat sich frühzeitig einen eigenen Schutz gegen ihre Abwesenheit geschaffen.« (a. a. O.) Das Übergangs-Objekt ist so beschaffen,

dass es eines Tages überflüssig wird (Winnicott 1971), beim meryzistischen Erbrechen jedoch liegt ein asymbolisches, psychosomatisches Ersatzgeschehen vor, deshalb muss es suchtartig beibehalten werden, es dient dem bloßen Ersatz, nicht der Entwicklung.

Im Gegensatz zur Anorexie, die demonstrativ das Symptom der Umgebung präsentiert und oft mit einer übertriebenen Protesthaltung des Jugendlichenalters verbunden ist, geschieht das bulimische Agieren heimlich, verborgen hinter einer im übrigen oft gut funktionierenden sozialen Fassade. Die Fressanfälle werden durch Spannungszustände, Alleinsein, Sich-bedrängt-Fühlen, aber auch durch Fortschritte der Identitätsentwicklung wie bestandene Prüfungen ausgelöst. Wie die prämorbidem Ängste der Anorektikerin führen auch hier ähnliche Zustände zum Symptom, allerdings anfallsweise, oft mehrmals am Tag, während die Anorexie sich durch die dauernde Beherrschung des Körpergewichts auszeichnet. Dieses spielt bei der Bulimie vergleichsweise eine geringere Rolle, das Gewicht kann normal sein oder nach oben bzw. nach unten abweichen.

Typischerweise wird die Nahrung am Anfang des bulimischen Anfallsgeschehens noch als etwas Gutes erlebt (Willenberg 1986 a), eine Patientin aus meiner Praxis berichtet: »Ich schaffte einen großen Nusskuchen restlos – und das Schlimme: Mir war nicht schlecht, ich fühlte mich wohl damit.« Eine andere Patientin freute sich auf das Essen, das ihr in der Erwartung wohlschmeckend erschien, sie meinte auch jedesmal, das Essen unter Kontrolle behalten zu können. Es scheint anfangs die Illusion zu bestehen, dass die »mütterliche Substanz« beherrschbar bleibt und (deshalb) dem guten Teilobjekt entspricht, in das durch eine beträchtliche Idealisierung manchmal der blecherne Kühlschrank mit seinem kalten Inhalt verwandelt wird. Das Essen selbst kann noch lustvoll erlebt werden, wenn es sich nicht bereits verselbständigt hat und die entstehende große Gier nicht mehr zu begrenzen ist. Ist die Nahrung aber erst einmal verschlungen, inkorporiert, bekommt sie ein Eigenleben, »ein fremdes Objekt im Selbst.« (Boris 1984, 320). Es droht die Verschmelzung mit dem mütterlichen

Bösen. Noch *enthält* der Körper nur das Böse, er *ist* es noch nicht, wie es Selvini-Palazzoli (1978, 108) betont. Eine Patientin Willenbergs (1986a, 33) sagte, wenn sie am Erbrechen gehindert würde, dann »drehe ich durch, werde wahnsinnig; tue mir etwas an.« Deshalb muss es unter allen Umständen aus dem Körper wieder entfernt, unschädlich gemacht werden, um das eigene Selbst zu retten. Zwei Patientinnen gerieten in extreme Panik, weil sie nach einem Fressanfall nicht erbrechen konnten; die eine rief die Mutter an, um Hilfe zu bekommen, die andere den Notarzt – der sollte die Funktion eines Triangulierungsvaters übernehmen. Das böse Objekt muss ausgetrieben werden wie in früheren Zeiten der Satan, der Leibhaftige, bevor der Körper selbst zum Bösen wird. Die dabei erlebte Aggression entspricht dem Trauma durch das als identitäts-verhindernd, als übermächtig erlebte Mutterobjekt. Deshalb holt das Böse die Patientin wieder ein: »Ich hatte gedacht, dass es mir gut geht, wenn ich dünn bin, aber das ist nicht eingetreten«, sagt eine Patientin. Bei der Bulimie ist das Verschlingen der Nahrung bereits mit kannibalistischer Wut verbunden, und mit dem Erbrechen ist die Phantasie des Mordes an einem bösen Objekt enthalten, als ob es sich um eine Art Notwehr handelte. Eine Jugendliche war mit der Mutter innig verbunden wie mit einer älteren Freundin, beide tauschten ihre Sorgen und Befindlichkeiten aus. Einmal sagte die Jugendliche zur Mutter, sie befürchte, wieder fressen zu müssen, weil es ihr nicht gut gehe. Darauf die Mutter: Diesmal werde sie nichts dazu sagen, denn in der Familienberatung habe man ihr aufgetragen, jetzt einmal zwei Wochen lang sich jeder Beeinflussung zu enthalten. Die Tochter war wütend, weil sie nun keine Möglichkeit sah, sich dem Symptom hinzugeben, da durch ihre Ankündigung die Mutter gewusst hätte, was es bedeutete, wenn die Tochter ins Bad ginge. »Das war so, als hätte ich einen Mord geplant und dürfte mich nicht verdächtig machen«, sagte die Patientin.

Für die Bulimie möchte ich zusammenfassen, dass in erster Linie die Nahrung beherrschbar sein muss und auch am Anfang des Fressanfalls die Illusion besteht, ein gutes Objekt handhaben und aktiv inkorporieren zu können.

Ist das Objekt aber ersteinmal innen, wird es unbeherrschbar, verselbständigt sich und verwandelt sich in böses, das das ganze Selbst zu überschwemmen droht. Deshalb muss es aktiv hinausbefördert werden, erst danach tritt Entspannung ein. Wenn es auch Überschneidungen gibt, kann man sagen, dass bei der Anorexie eher der *Körper* als Objekt erlebt bzw. verwendet wird, als bedrohliches, wenn er zu schwer, zu dick, zu weiblich, zu mutter-gleich wird, als gutes Objekt, mit dem vereint ein Hochgefühl von Allmacht entsteht, wenn eine magische Gewichtsgrenze unterschritten bleibt, die auch das Verkümmern weiblicher Funktionen und Organe gewährleistet. Übergangsobjekt-Charakter bekommt der Körper insofern, als er als ein manipulierbares Objekt dem großen Bedürfnis nach Selbstbestimmung der Magersüchtigen entgegenkommt. Bei der Bulimie ist es die *Nahrung*, die zuerst noch illusorisch beherrscht wird, bevor sie sich zum bösen Objekt verselbständigt, das, schon inkorporiert, das Selbst verschlingen könnte, wenn es nicht aktiv wieder ausgestoßen würde. Sowohl die Anorexie als auch die Bulimie sind als wie immer auch scheiternde oder illusionäre Versuche zu verstehen, einen Ausweg aus dem Dilemma zu finden, das darin besteht, dass die symbiotische Nähe gefährlich ist, eine Loslösung aber ebenso gefürchtet wird. Als ob stellvertretend durch die scheinbare Beherrschung des Körpers bzw. der Nahrung die Anforderungen der Adoleszenz, sich in eine sexuelle und soziale Identität hineinzuentwickeln, bewältigt werden könnte.

Kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie der Bulimie

Im Folgenden beschränke ich mich auf die Besonderheiten der Therapie der Bulimie, weil sie die Form der Ess-Störung ist, die in der ambulanten Praxis häufig erscheint, während die Anorexie der Jugendlichen eher ein stationäres Setting erfordert, besonders wegen der Notwendigkeit

der Kombination von verhaltenstherapeutischen Elementen und psychodynamischem Verstehen.

Patientinnen mit dem Krankheitsbild bzw. dem Symptom der Bulimie, d. h. dem Wechsel von Essanfällen und anschliessendem dranghaften (selbstinduziertem) Erbrechen, lehnen häufig eine an sich indizierte stationäre Psychotherapie ab. (Thomä 1961, 327: »Sie setzen alles in Bewegung, den Klinikaufenthalt zu umgehen«). Diese Haltung wird dadurch begünstigt, dass sie sich oft nicht als besonders schwer krank erleben. Das dem Krankheitsbild entsprechende Objektbeziehungsverhalten, das insbesondere in Beziehungsabbrüchen gipfelt, erstreckt sich auch auf die therapeutische Beziehung, überfordert oft das übliche Setting der ambulanten Praxis und lässt die Prognose nicht besonders günstig erscheinen (Diepold 1981, 716). Ich möchte hier ein erweitertes ambulantes Setting im Sinne einer kombinierten Einzel- und Gruppenpsychotherapie mit zwei verschiedenen Therapeuten für dieses Krankheitsbild vorstellen, das nicht nur für Patienten mit schweren Ess-Störungen, sondern auch für solche mit Borderline-Struktur, die eine andere Symptomatik zeigen, geeignet ist. Die Frage der Diagnose der Grundkrankheit soll hier nicht gestellt werden; ich beschränke mich hier auf Fälle von schwerer Bulimie verbunden mit beträchtlicher Ich-Schwäche, archaischen Abwehrvorgängen und einem spezifischen Umgang mit Objekten, die als gespaltene »nur gute« und »nur böse« Teilobjekte repräsentiert sind, so dass man von Borderline-Syndrom sprechen muss. Es wird also im Symptom ein abrupter Wechsel, ein Oszillieren zwischen den entgegengesetzten Objektqualitäten inszeniert. Wie anfangs die Nahrung, werden Bezugspersonen idealisiert, die dann bei größer werdender Nähe bedrohlich erlebt und genauso entwertet und fallen gelassen werden wie die Nahrung erbrochen.

Für die Psychotherapie würde gelten, dass ein solches Objekterleben in die therapeutische Beziehung zu bringen wäre, in der sie noch am ehesten aushaltbar, bearbeitbar und damit integrierbar sein sollte. Die Integration der derart gespaltenen Teilobjekte würde ja dem Therapieziel der Objekt Konstanz und des Aushaltens der Ambivalenz entsprechen. Die

Gefahr ist aber, dass das »nur böse« erlebte therapeutische Objekt vernichtet, die Beziehung abgebrochen würde, wenn es nur einen Therapeuten gibt. Der einfache Grundgedanke ist, dass die Übertragungsqualitäten auf zwei, bei stationärer Psychotherapie auch mehrere gleichzeitig anwesende Therapeuten gegensätzlich sein können, so dass die negative besser aushaltbar ist, weil sie in der anderen bearbeitet werden kann. Es geht also um Spaltungsmechanismen innerhalb eines therapeutischen Gesamtrahmens, also multilaterale Übertragungen, gleichzeitig bestehende Übertragungsbeziehungen verschiedener Qualität auf verschiedene Menschen, z. B. Gruppenmitglieder in der Gruppenpsychotherapie.

In der Borderline-Therapie kann der abrupte Umschlag im Objekterleben sogar innerhalb einer Sitzung stattfinden (Volkan 1976), oft erfolgt er jedoch im längeren Verlauf der therapeutischen Beziehung: In größeren Zeiträumen findet ein Oszillieren zwischen Idealisierung und Entwertung statt. Sicher kann man derartige abrupte Wechsel auch im klassischen Setting in einer Jahre dauernden analytischen Therapie bei einer Reihe von Patienten bewältigen, wie es Kernberg (1975) und Volkan (1976) durchführen. Häufig aber drohen Stagnation oder Therapieabbruch, wenn der Therapeut oder die Therapie als »nur böse« erlebt werden und wenn außerhalb der Therapie ein anderes, »nur gut« erlebtes Objekt existiert, das aus der zunehmend feindlich erlebten Therapie ängstlich herausgehalten wird, besonders wenn es subversiv gegen die Therapie arbeitet. Dabei kann es sich um Partner handeln, eine gute Freundin, insbesondere die realen Eltern sowie auch andere therapieähnliche Situationen wie Körpertherapie, Meditation usw. Eine Bulimie-Patientin sagte: »Ich hatte ja immer meine Freundinnen, mit denen ich alle Probleme besprochen habe!« – Eine andere Patientin berichtete häufig gleich nach der Sitzung dem Ehemann sozusagen brüchig von ihrer Kritik an der Therapie und der Wut auf den Therapeuten.

Der Wechsel vom Erleben eines guten zu dem eines bösen Objekts wird oft durch unvermeidliche Frustrationen wie Therapieferien, die eine überwältigende Verlassenheitsbedrohung

darstellen können, ausgelöst. Kernberg (1976, 192 f.) stellt für den oszillierenden Wechsel bei der sexuellen Promiskuität narzisstischer Personen fest, dass Neid und Gier, mit denen man das idealisierte Objekt begehrt, durch die Projektion dieser Gefühlsqualitäten auf das Objekt umschlagen in die Angst, von dem nun verfolgenden Objekt vereinnahmt zu werden, weshalb es fallengelassen werden muss. Dieser Mechanismus würde sehr anschaulich auch auf die Bulimie und die Nahrung als erst begehrt, dann panisch gefürchtetes Objekt (Hirsch 1990) anzuwenden sein. Ich denke aber allgemeiner, dass die Therapie bzw. der Therapeut immer dann zum bösen Objekt werden, wenn sie als Aufforderung erlebt werden, sich von den gewohnten inneren Objekten zu lösen. Und eine solche Aufforderung, sich aus Abhängigkeiten zu lösen, ist unvermeidlich implizit in jeder analytischen Therapie enthalten. Auf diese Weise können die anfangs »bösen« Elternobjekte (externalisiert in Partnern oder den realen Eltern der Gegenwart), denen das »gute« Therapieobjekt entgegengehalten wurde, wieder zu »guten«, die Therapie, die angstmachende Trennung fordert, zum »bösen« werden. Meiner Meinung nach ist diese Dynamik der Kern der negativen therapeutischen Reaktion (vgl. Hirsch 2001).

Spaltungsübertragung bzw. besser Externalisierung gespaltener Teilobjekte ist aber nicht nur als Gefahr für den Therapieverlauf, sondern im Gegenteil als Chance gesehen und als therapeutisches Mittel eingesetzt worden. Theorien der analytischen Gruppenpsychotherapie sahen bereits früh den Vorteil der multilateralen Übertragungsbeziehung der Gruppenmitglieder zueinander (z. B. Foulkes u. Anthony 1957, 249; Grinberg, Langer u. Rodrigué 1957, 177). Hier können simultan die vielfältigen Beziehungen zu den Mitgliedern der Ursprungsfamilie wiederbelebt und in ihrer Interdependenz bearbeitet werden. Bei der Spaltungsübertragung käme die Möglichkeit hinzu, die in verschiedenen äußeren Objekten, verschiedenen Therapeuten nämlich, erleben, vorerst unintegrierbaren Teilobjektrepräsentanzen gleichzeitig zu erleben, auszuhalten und schließlich zu integrieren. Vereinfacht ausgedrückt: Immer wenn die »nur böse« Therapiesituation bzw. der so

erlebte Therapeut archaische Ängste zu groß werden ließe, wäre die andere, dann »nur gute« Situation in der Lage, den Patienten nicht nur zu halten, sondern ihm ein Verständnis der negativen Beziehung zu ermöglichen, das in der zur Zeit »nur bösen« Therapiesituation selbst nicht bearbeitbar wäre. Am ehesten ist die Bedeutung der multiplen Objektbeziehungen im Sinne der Externalisation von Teilobjekten in der Entwicklung der sogenannten integrierten Klinikmodelle (bereits Arfsten u. Hoffmann 1978; zuletzt Janssen 1987) erkannt worden. Das therapeutische Team einer Klinik, insbesondere, wenn nicht zwischen »therapeutischem Raum« und »Realraum« unterschieden wird, sondern alle Beziehungen des Patienten therapeutisch verwendet werden, ist geeignet für das Entstehen und die integrative Bearbeitung der Spaltungsübertragung. Natürlich kann eine solche Spaltung der Objektbeziehungen, wie erwähnt, auch an *einer* Person, *einem* Therapeuten erlebt werden. Willenberg (1987) beschreibt, wie derselbe Therapeut völlig verschieden in der Einzel- und andererseits in der Gruppensituation erlebt werden kann. Auch die Gruppentherapie mit nur einem Therapeuten lässt, wie erwähnt, sowohl multilaterale wie auch Spaltungsübertragungen zu; darüber hinaus ist ein Co-Leiterpaar eine günstige Erweiterung, jedoch eher in Institutionen als in der Praxis zu realisieren.

Trotzdem gibt es die Gefahr, dass die Therapie als Einheit, und dann eben als »nur böse« Einheit, erlebt werden kann, und sie ist desto größer, je weniger verschiedene Personen ein Objektangebot innerhalb des Gesamtraumens machen. Und auch eine Gruppe kann zu leicht als mit dem Therapeuten verschmolzen und abhängig von ihm erlebt werden. Wir haben es uns deshalb zur Gewohnheit gemacht, Patienten mit schwerer Bulimie-Symptomatik und anderen Borderline-Störungen möglichst in einem kombinierten Setting von einmal wöchentlich stattfindenden Einzelsitzungen und ebenso oft stattfindenden Gruppensitzungen bei zwei verschiedenen Therapeuten zu behandeln. Es handelt sich dabei um nicht homogene (also nicht etwa nur essgestörte Patienten), halb-offene, d. h. in ihrem zeitlichen Umfang und ihrer

Zusammensetzung nicht vorbestimmte Gruppen. Die Einzelsitzungen sind insofern limitiert, als sie in der Regel über die Krankenkasse finanziert werden, während die Gruppentherapie durch den Patienten selbst getragen wird (eine kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie ist keine Leistung der Krankenkasse). Mit Hilfe einer solchen kombinierten Therapie konnten schwere Krisen der therapeutischen Beziehung bei einer Reihe von essgestörten Patienten aufgefangen werden, die ein einfaches Setting sicher nicht ausgehalten hätte.

Klinische Beispiele

Ich möchte jetzt einige Beispiele geben für das Spaltungserleben der beiden Therapiesituationen. Einmal können die beiden Situationen wie zwei Eltern gebraucht werden.

Eine Patientin berichtete zuerst in der Gruppe über ein paar Tage Urlaub in Amsterdam. Es sei zwar ein totales Chaos gewesen, sie habe aber viele interessante Menschen kennengelernt, habe sich bald sehr gut gefühlt, zuletzt auch noch mit einem Jungen geschlafen... Dann aber erzählte sie in der Einzeltherapie eine andere Version, sie habe sich wegen ihrer Angst irgendwelchen Jugendlichen angeschlossen, habe keine Unterkunft gehabt, sei völlig alkoholisiert gewesen, sei schließlich vergewaltigt worden, ohne jeden Schutz, wahrscheinlich durch einen Drogenabhängigen... In der Einzeltherapie (gutes Objekt) konnte also die bedrohliche Realität dargestellt werden, weil in der Gruppe (böses Objekt) in einer Art Generalprobe eine harmlose Version sozusagen gebilligt worden war, so dass einer allzu vernichtenden Kritik in der Einzeltherapie dann vorgebeugt war. Durch die Rückversicherung des guten Objekts konnte das »schlechte« besser ausgehalten werden, wie ein Kind die misslungene Klassenarbeit auch nicht gerade zuerst dem strengeren Elternteil zeigen wird.

Ein weiteres Beispiel sind sexuelle Bedürfnisse, die an den einen Therapeuten gerichtet werden, mit dem sie jedoch nicht besprochen werden können, weil sie zu scham- und schuld-

besetzt sind. Wohl aber in der anderen Situation kann das möglich sein, z. B. wenn es sich um eine Gruppe handelt, in der ein solches Thema aufgekommen ist. Andererseits sind intime Beziehungsanteile oft eher in der Einzelsituation bearbeitbar.

Der wichtigste Bereich aber ist der der Bearbeitung der negativen Gefühle, die sich gegen das zur Zeit »böse« Objekt richten. Wegen ihrer projektiven Qualität werden sie als primäres feindliches Verhalten des Therapeuten und nicht als eigene Aggressivität erlebt. Durch projektive Identifikation kann das Böse derart in den Therapeuten hineinverlegt werden, dass alles, was er versucht, als Angriff und Verfolgung oder Unverständnis ausgelegt wird, so dass eine direkte Bearbeitung unmöglich ist. Diese findet nun in der parallelen Therapiesituation statt, die Halt geben kann, weil sie »gut« erlebt wird.

Eine Patientin mit großen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz hatte ihre Krankschreibung gefälscht und um einen Tag verlängert, an dem sie mit der Mutter verabredet war, um deren Keller zu entrümpeln; ohne Krankschreibung hätte sie einfach von der Arbeitsstelle wegbleiben müssen und große Schwierigkeiten bekommen, aber gegen die Mutter konnte sie sich erst recht nicht abgrenzen. Indem ich sie in der Einzelsitzung überzeugen kann, dass sie besser zur Arbeit gehen sollte und nicht zur Mutter, stelle ich eine positive Vaterfigur dar, die sie vor den Forderungen der Mutter schützt. Sie berichtet die Situation in der Gruppe, einer z. Zt. feindlichen Mutterrepräsentanz, und bekommt prompt zu hören: »Du hast deine arme Mutter im Stich gelassen, machst ihr Versprechungen, die du nicht hältst, wie kannst du nur! Auch unsere Ratschläge beachtest du nicht. Wir kümmern uns um dich, und du lässt uns fallen!« Das ist die Stimme der enttäuschten Mutter. Nun berichtet die Patientin über eine Reihe von vorgesetzten Frauen (die Leiterin einer Ballettschule, die Vorgesetzte in einer Putzstelle und die in einem Restaurant), die alle mit ihr unzufrieden waren und das ihr zustehende Geld nicht zahlen wollten; sie musste bei allen mit aller Energie darum kämpfen. Das sind böse Mutterfiguren, die ihr nicht nur zu wenig geben, sondern auch alles nehmen. Die Gruppe und die

weibliche Gruppenleiterin reihen sich nahtlos ein, denn auch die Gruppe kostet Geld. Das konnte in der Einzelsituation frühzeitig interpretiert werden; die Gegenübertragung der Gruppenleiterin war zu der Zeit: Wut, Enttäuschung, Erleben der Undankbarkeit.

Den verschiedenen Übertragungsbeziehungen zu den beiden Therapeuten (mit dem typischen gegensätzlichen Teilobjekterleben) entsprechen Gegenübertragungsgefühle, die natürlich nicht einfach »gegenagierend« ausgelebt werden können. Ein interpretierendes Unterlaufen sowohl der aggressiven wie der überfürsorglichen Gefühle – soweit es bei der Heftigkeit der Gegenübertragung und des Drucks der projektiven Identifikation überhaupt gelingt – wird aber vom Patienten unter Umständen nicht angenommen werden können, er wird sich nicht verstanden fühlen, wird Grenzen fordern, und das Agieren nur umso weiter treiben. Die gleichzeitige Beziehung zu zwei Therapeuten erlaubt nun ein weitgehendes Eingehen auf die jeweiligen Beziehungsanteile; ist der eine Therapeut gewährend und unterstützend, kann der andere mehr fordern und konfrontieren, ist der eine eher »grenzenlos« annehmend, ist das umso eher möglich, als der andere Grenzen setzt. So ist ein über das bloße Übertragungsdeuten hinausgehendes kontrolliertes Mitagieren im Sinne der Arbeit *in* der Übertragung (Körner 1989) möglich, d. h. das Zulassen und teilweise Herstellen des internalisierten Objekts durch den Therapeuten (vgl. Gedo 1993)

Ein weiterer großer Vorteil der kombinierten Therapie liegt in der Möglichkeit der ständigen gegenseitigen Kontrolle der Gegenübertragungsgefühle. Diese entsprechen verständlicherweise der augenblicklichen Objektqualität in der Übertragung; sie können gerade bei Bulimie-Patientinnen einerseits von übermäßigen mütterlichen Gefühlen, zu füttern und endlos da zu sein, bestimmt sein, andererseits von starken Bestrebungen, in einen Machtkampf einzusteigen, aggressiv zu konfrontieren oder gar die Therapie beenden zu wollen (vgl. auch Diepold 1981). In dieser Auseinandersetzung über die verschiedenen Gegenübertragungsgefühle, d. h. den verschiedenen Objektbeziehungsanteilen, liegt das Kernstück der therapeutischen Wirk-

samkeit für den Borderline-Patienten, denn hier findet die Integration der bisher unbedingt gespaltenen Teilobjektrepräsentanzen statt. Arfsten und Hoffmann (1978) formulieren für die stationäre Psychotherapie: »Die Gruppe der Therapeuten (fügt) durch ihre ständige Kommunikation das zusammen, was der Patient trennt bzw. spaltet« (236). Diese ständige Kommunikation auch der ambulant zusammenarbeitenden Kollegen darf sich jedoch nicht nur auf bloße Informationen beschränken, sondern muss eine wirkliche Verständigung sein. Nur um ein Beispiel zu nennen: Die konträre Ansicht beider Therapeuten über die Notwendigkeit einer Klinikeinweisung muss tatsächlich ausgetragen werden, bis ein gemeinsamer Kompromiss und Konsensus erreicht wird, wobei die vielleicht auf der einen Seite übergroße unreflektierte Abschiebetendenz, auf der anderen eine überfürsorgliche mütterliche Haltung relativiert werden müssen. Dazu sollten die Kollegen eine gemeinsame therapeutisch-wissenschaftliche Sprache sprechen, idealerweise sollte die Auseinandersetzung auch in einer Interventionsgruppe befreundeter Kollegen stattfinden, wodurch auch in der ambulanten Praxis eine gewisse regelmäßige Struktur der Kommunikation wie im stationären Team gewährleistet wäre.

Schlussbemerkung

Der Sinn der kombinierten Therapie erscheint mir die Erleichterung der Bearbeitung abgespaltener extremer negativer Objektanteile des Patienten zu sein, nämlich die der übermäßigen Aggression, die das Objekt zu töten droht, die übermäßige Angst, von ihm verschlungen zu werden, und die Bearbeitung eines archaischen Über-Ichs, das Wut und Trennungsbestrebungen mit übermäßigen Schuldgefühlen ahndet. Um mit einem derartig negativen Objekt nicht allein sein zu müssen, bedarf es eines Triangulierungsangebots; als ein solches kann man die kombinierte Therapie durchaus verstehen. Und tatsächlich liegt in der Entwicklung der Bulimie-Patientinnen ein Mangel an Triangulierung

vor, der Vater war häufig abwesend oder schwach; häufig persistiert deshalb eine Vater-Sehnsucht (vgl. Willenberg 1989). Dabei sollte das Therapeutenpaar gerade nicht als gleichgeschaltete Einheit übermächtig erlebt werden müssen, sondern gerade die Erfahrung der Differenziertheit und Gegensätzlichkeit ist wichtig, ohne dass eine kommunikative Einheit in dem Dreieck, das den Patienten einschließt, aufgegeben würde. Die Verbundenheit mit dem »gut« erlebten Objekt ermöglicht die Bearbeitung der Aggression gegen und die der Angst vor dem »bösen« Objekt. Und da es sich um archaische Beziehungsaspekte handelt, muss es Winnicott (1971, 106) zufolge möglich sein, das Mutterobjekt zu töten, denn erst die Zerstörung des Objekts lässt es in den Bereich der Realität treten, weil es außerhalb der omnipotenten Phantasie des Kindes sein Überleben bewiesen hat. Es ist die Aufgabe der Therapie, das entfremdete Symptomagieren in menschliche, d. h. zuerst therapeutische Beziehungen hinein zu holen; letztlich sollen Angst, Wut und Ambivalenz ausgehalten und integriert werden, ohne dass die Beziehung beendet werden muss.

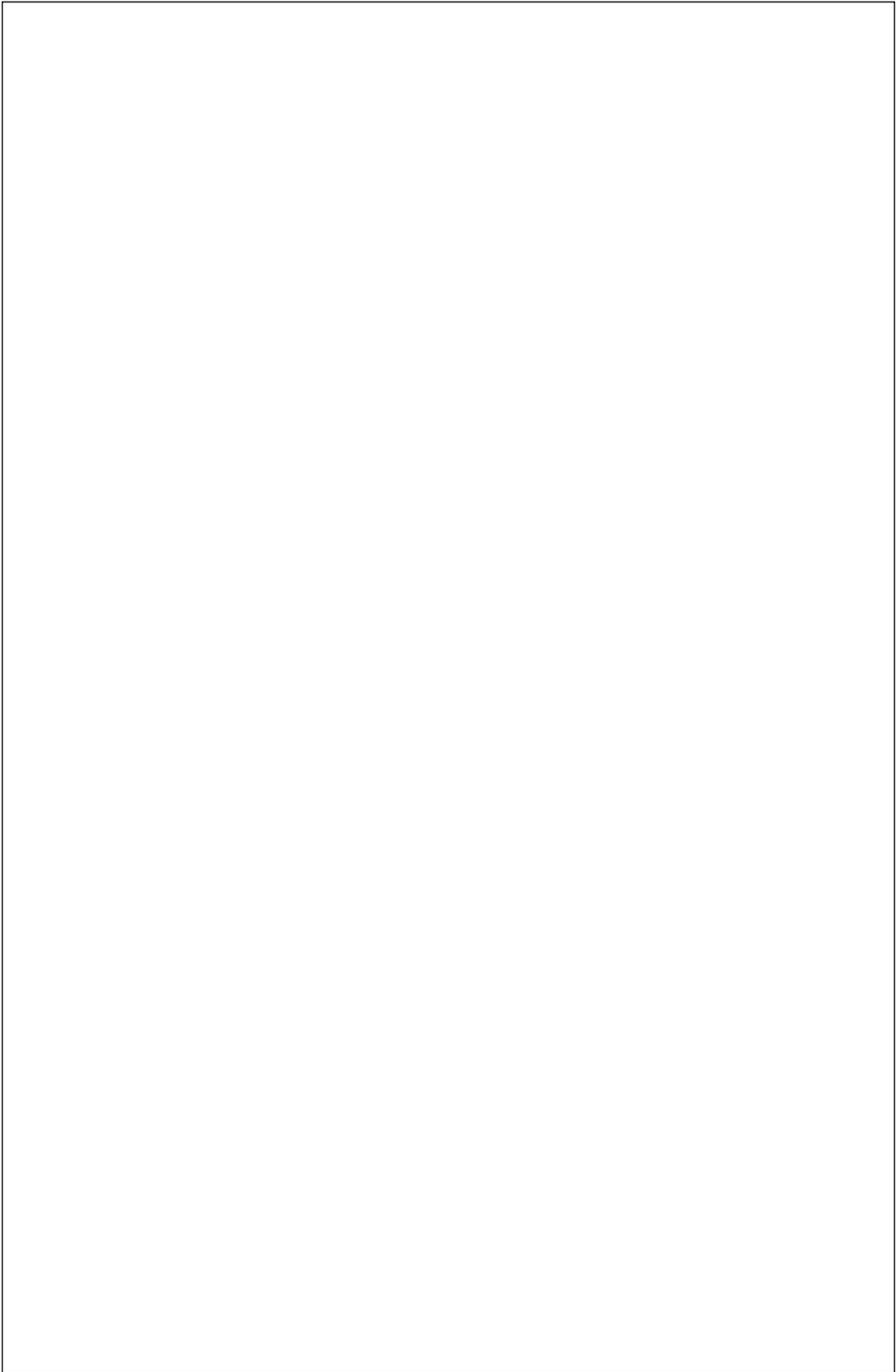
Anmerkungen

1 Vortrag Schwarzenberger Herbstgespräche, Schwarzenberg (Vorarlberg), Nov. 2000

Literatur

- Arfsten A.J., Hoffmann S.O. (1978): Stationäre psychoanalytische Psychotherapie als eigenständige Behandlungsform. *Praxis Psychother. Psychosom.*, 23, 233–245.
- Boris, H. (1984): The problem of anorexia nervosa. *Int. J. Psycho-Anal* 65, 315–322.
- Bruch, H. (1978): *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*. Frankfurt: Fischer, 1980.
- Diepold, B. (1981): *Freßsucht (Bulimia nervosa) als Borderline-Syndrom*. In: Biermann, G. (Hrsg.) *Handbuch der Kinderpsychotherapie*, Bd. IV, Reinhardt, München.
- Fairbairn, W. R. D. (1962): *An object relation theory of the personality*. New York, Basic Books.
- Foulkes, S. H., Anthony, E. J. (1957): *Group Psycho-*

- therapy. The psychoanalytic approach. Penguin, Harmondsworth.
- Gaddini, R., Gaddini, E. (1978): Transitional object origins and the psychosomatic symptom. In: Grolnick, S. A., Barkin, L., Muensterberger, W. (eds.): *Between reality and fantasy*. New York, Jason Aronson.
- Gedo, J. E. (1993): Psychoanalytische Interventionen: Überlegungen zur Form. *Psyche* 47, 130–147.
- Grinberg, L., Langer, M., Rodrigué, E. (1957): *Psychoanalytische Gruppentherapie*. Stuttgart, Klett (1960) und München, Kindler(o. J.).
- Körner, J.(1989): Arbeit an der Übertragung? Arbeit in der Übertragung! *Forum Psychoanal.* 5, 209–233.
- Hirsch, M. (1985): Psychogener Schmerz als Übergangsphänomen. *Praxis Psychother. Psychosom.* 30, 261–267.
- Hirsch, M. (1989): Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.*, 38, 78–82.
- Hirsch, M. (1990): Kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie der Bulimie. *Praxis Psychother. Psychosom.* 35, 315–322.
- Hirsch, M. (1996): Wege vom realen Trauma zur Autoaggression. *Forum Psychoanal.* 12, 31–44 .
- Hirsch, M. (1997): Schuld und Schuldgefühl – Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Hirsch, M. (2001): Negative therapeutische Reaktion als Objektbeziehungsgeschehen. In: Mayr, U. (Hrsg.): *Wenn Therapien nicht helfen – Zur Psychodynamik der »negative therapeutische Reaktion«*. Pfeiffer – Klett-Cotta, Stuttgart.
- Janssen, P.L.(1987): *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Klett, Stuttgart.
- Kernberg, O. F. (1975): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt, Suhrkamp, 1978.
- Kernberg, O. F. (1976): *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Klett, Stuttgart (1981).
- Laufer, M. (1976): The central masturbation fantasy, the final sexual organization, and adolescence. *Psychoanal. Study Child* 31, 297–316.
- Masterson, J. F. (1977): Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent – an object-relations view. In: Hartocollis, P. (ed.): *Borderline personality disorders*. New York. Int. Univ. Press.
- McDougall, J. (1978): *Plädoyer für eine gewisse Anormalität*. Frankfurt, Suhrkamp, 1985.
- Plassmann, R. (1989): *Artifizielle Krankheiten und Münchhausen-Syndrome*. In: Hirsch, M. (Hrsg.) (1989): *Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens*. Springer: Berlin, Heidelberg.
- Quint, H. (1984): Der Zwang im Dienste der Selbsterhaltung. *Psyche* 38, 717–737.
- Sachsse (1995): Sachsse, U. (1995): Die Psychodynamik der Borderline-Persönlichkeitsstörung als Traumfolge. *Forum Psychoanal.* 11, 50–61.
- Selvini-Palazzoli (1978): *Magersucht*. Stuttgart, Klett, 1982.
- Smirnoff, V. N. (1958): Kritische Bemerkungen zum Problem der Anorexia mentalis. *Psyche* 12, 430–446.
- Sours, J. (1974): The anorexia nervosa syndrome. *Int. J. Psychoanalytischchoanal.* 55, 567–576.
- Sugarman, A., Kurash, C. (1981): The body as a transitional object in bulimia. *Int. J. Eating Dis.* 1, 57–66.
- Thomä, H. (1961): *Anorexia nervosa*. Huber, Klett, Bern, Stuttgart.
- Thomä, H. (1963): *Psychosomatische Aspekte der Magersucht*. *Psyche* 16, 600–614.
- Volkan, V.D. (1976): *Psychoanalyse der frühen Objektbeziehung*. Klett, Stuttgart (1978).
- Willenberg, H. (1986 a): Die Polarität von Selbsterhaltung und Destruktion. Das Symptom des willkürlichen Erbrechens unter dem Aspekt des Todestriebes. *Forum Psychoanal.* 2, 28–43.
- Willenberg, H. (1986 b): Die Bedeutung des Vaters für die Psychogenese der Magersucht. *Materialien Psychoanal.* 12, 237–277.
- Willenberg, H. (1987): Ein Konzept zur stationären psychotherapeutischen Behandlung magersüchtiger Patientienten. *Prax. Psychother. Psychosom.* 32, 147–153.
- Willenberg, H. (1989): »Mit Leib und Seel' und Mund und Händen« – Der Umgang mit der Nahrung, dem Körper und seinen Funktionen bei Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In: Hirsch, M. (Hrsg.): *Der eigene Körper als Objekt. Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens*. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Winnicott, D. W. (1953): Transitional Objects and Transitional Phenomena. *Int. J. Psycho-Anal.* 34, 89–97. Deutsch: *Übergangsobjekte und Übergangsphänomene*. *Psyche* 23 (1969), 666 und in: Winnicott, D. W.: *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart, Klett, 1973.
- Winnicott, D.W. (1971): *Playing and Reality*. Tavistock, London. (Dt.: *Vom Spiel zur Kreativität*. Klett, Stuttgart, 1973).



»Lifestyle-Medikamente«: Definitionen und Kontraindikationen bei körperdysmorphen Störungen

Wolfgang Harth, Marcus Wendler, Ruthild Linse

Einleitung

Der verstärkte Wunsch nach Jugendlichkeit und Schönheit (Koblenzer 1996) unserer westlichen Gesellschaftssysteme führt aktuell besonders im Fachgebiet Dermatologie zur dramatischen Wende, hin zum Schwerpunkt dermatologische Kosmetik. Auch die kosmetische und pharmazeutische Industrie hat bereits frühzeitig auf die neue Entwicklung mit dem Angebot einer breiten Produktpalette reagiert. Die zusätzliche Thematisierung der dermatologischen Kosmetologie in den Medien (Lifestyle- Magazinen, Privat- Fernsehen und Internet) sowie die Zulassung von modeabhängigen Lebensgenuss-Medikamenten (*Lifestyle-Medikamenten*) für Haarwachstum, Potenz und Gewichtsreduktion hatte eine rasche und zeitlich abhängige gravierende Zunahme von Patientenvorstellungen mit kosmetischen Fragestellungen und einen schnell ansteigenden Behandlungsbedarf zur Folge. Hierbei erfolgt der Arzt- Patientenkontakt oftmals zwecks klarer Absicht der Verordnung einer definierten Wunschmedikation von Lifestyle- Medikamenten. Diese Patientengruppe zeichnet sich andererseits durch einen hohen Anteil von psychischen Störungen aus. Besteht eine übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten Mangel oder einer Entstellung in der äußeren Erscheinung, die Beeinträchtigungen in sozialen und beruflichen Bereichen verursacht, liegt per Definition eine körperdysmorphe Störung vor (Sass, Wittchen et al. 2001). Pathogenetisch spielen seelische Belastungssituationen und Konflikte (Hanes 1995; Woodruff, Higgins et al. 1997) eine wesentliche Rolle. Eine Untersuchung hinsichtlich psychosomatischer

Gesichtspunkte erfolgt aber in der Regel erst nach langen mehrjährigen Verläufen, häufig überhaupt nicht und erfordert dann spezifische therapeutische Strategien (Van Moffaert 1992).

Körperdysmorphie Störungen – Klassifikation und Komorbidität

Körperdysmorphie Störungen (Fuchs 1993; Sass, Wittchen et al. 2001) werden im »Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen«, DSM-IV, zu den somatoformen Störungen gezählt (Quill 1985),(Bishop 1983). Im ICD 10 (F 45.2) ist diese Störung als Dysmorphophobie eine Unterform der hypochondrischen Störung. Die diagnostischen Kriterien bei körperdysmorphen Störungen sind:

- A. Übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten Mangel oder einer Entstellung in der äußeren Erscheinung. Wenn eine leichte körperliche Anomalie vorliegt, so ist die Besorgnis der betroffenen Person stark übertrieben.
- B. Die übermäßige Beschäftigung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- C. Die übermäßige Beschäftigung wird nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt.

Da die Störung vorrangig das Gesicht als Ort der Schamexpression sowie den Bereich der Brust und Genitalien betrifft, wird die Scham

zum Leitaffekt (Bürgy 1998), so dass auch von einer Schamkrankheit gesprochen werden kann. So führt heute hohes Alter, Dickleibigkeit, Unsportlichkeit und falsche Behaarung (Stolz 1994; Hanes 1995) eher zu Schamgefühlen, als nackt zu sein. Die Scham setzt dabei den interpersonellen Blick des Anderen voraus und kann aus Angst vor visueller Exposition zur Vermeidung von Öffentlichkeit mit Soziophobie führen. An Komorbiditäten fanden Cotterill (Cotterill 1996), Phillips (Phillips 1996) und Stangier (Stangier, Hungerbühler et al. 1997) bei Patienten mit körperdysmorphen Störungen insbesondere Zwangsstörungen, soziale Ängste, Depressionen, narzisstische Persönlichkeitsstörungen bis hin zu körperbezogenem Wahn (Koblenzer 1985). Zwangsgedanken beschränken sich dabei nicht nur auf die Sorgen um das Aussehen, sondern es bestehen auch andere Zwangshandlungen. Dies beinhaltet insbesondere eine ständige Kontrolle des Aussehens vor dem Spiegel, Betasten und aufwendige Pflegemaßnahmen.

Klinische Befunde

Das Auftreten von körperlichen Symptomen, für die sich keine ausreichenden organischen Ursachen nachweisen lassen, gehört zum ärztlichen Alltag (Lloyd 1983; Gupta and Gupta 1996) und findet sich in allen medizinischen Disziplinen. Letztendlich kann jedes Organ (Kellner 1987), jede körperliche Funktion betroffen sein. Insbesondere das Hautorgan und die Hautanhangsgebilde (Cash 1992) sind aufgrund der visuellen Exposition ein besonderer Fokus für die Beobachtung von körperlichen Symptomen. Die Inzidenz der körperdysmorphen Störung liegt in der Gruppe der dermatologischen Patienten bei 11,9% - 15,6% (Phillips 1996) und kann in einer dermatologischen Kosmetologie-Sprechstunde in Abhängigkeit von der Patientenklientel 23,1% (Harth and Linse 2001) und mehr betragen. Die körperdysmorphe Störung ist besonders häufig bei Frauen zwischen dem 35. und 50. Lebensjahr und Männern vor dem 35. Lebensjahr (Shuster 1991) zu beobachten. Die regionsbezogenen Klagen zu Mängeln im äußeren Erscheinungs-

bild beziehen sich insbesondere auf Schönheitsfehler im Gesicht, die Kopfbehaarung, Brust- und Genitalbereich (Cotterill 1996). Die angegebenen Symptome der körperdysmorphen Störungen sind unendlich variabel und umfassen Haarausfall, übermäßige Gesichtsbehaarung, Akne, Falten, Pigmentstörungen, Narben, Gefäßzeichnungen, Blässe oder Rötung der Haut, Schwellungen, Gesichtsasymmetrien oder Disproportionalität der Form und Größe von Nase, Augen, Augenlidern, Augenbrauen, Ohren, Mund, Lippen, Zähnen, Kiefer, Kinn, Wangen oder Kopf. Seltener beklagen sich die Patienten über das Aussehen der Füße, der Hände, der Brust und des Rückens.

Lifestyle- Medikamente

Patienten mit körperdysmorphen Störungen suchen in erheblichem Maße nach traditionellen Behandlungsmaßnahmen. Die dermatologischen kosmetischen Therapieschwerpunkte beinhalten in den letzten Jahren ein breites Spektrum an konservativen und invasiven Verfahren, wobei verstärkt moderne Technologien, insbesondere die Laser-Technologie, angewendet und weiterentwickelt wurden. Operative Eingriffe oder lange Medikamentenanwendung können jedoch auch die Störung verstärken und weitere erfolglose Behandlungen nach sich ziehen. Betroffene Personen haben künstliche Nasen, Ohren, Brüste oder Hüften (Crisp 1981), mit denen sie nach wie vor unzufrieden sind.

Eine neue Medikamentengruppe, die dem Lebensstil und Bedarf der westlichen Gesellschaft nach Idealvorstellungen und Schönheitsidealen entsprechen, sind Lifestyle-Medikamente. In der Literatur fehlt bisher eine allgemeingültige, verbreitete Definition für *Lifestyle-Medikamente* (Coons and Motheral 2000). Unser Vorschlag zur Definition ist:

»Lifestyle-Medikamente sind Pharmaka, die von gesunden Menschen zur Erlangung eines aktuell psychosozialen Schönheitsideals eingenommen werden und nicht der Stabilisierung körperlicher Vitalfunktionen von Kranken dienen.«

Die Zuordnung eines Medikamentes zur Kategorie der Lifestyle-Therapeutika ist dabei entscheidend von psychosozialen Aspekten des Behandlungswunsches geprägt. Die Ovulationshemmer waren die erste und bis heute sehr weit verbreitete Medikamentengruppe, welche die Kriterien eines Lifestyle-Medikamentes erfüllt, und einen ausschlaggebenden Einfluss auf die Lebensgewohnheiten, insbesondere Sexualverhalten, Ethik-Diskussion und auch die Krankheitsmorbidity von Geschlechtskrankheiten hatte (Haustein 1978). Die Zahl der Lifestyle-Medikamente hat in den letzten Jahren eine deutliche Erweiterung des Angebotes erfahren. Zu den Hauptgruppen gehören heute sehr verschiedene einzelne Medikamente beispielsweise aus den Gruppen Nootropica (Piracetam, Yohimbin, Hydergin), Psychopharmaka (Fluoxetin), Hormone (Anabolika, Melatonin, DHEA, Somatotropin, Mesterolone) und Ecodrugs (Absinth, Echinacea, Kava-Kava, Johanniskraut).

An dieser Stelle sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei der Anwendung von Nootropica oder Psychopharmaka als Lifestyle-Medikamente um die missbräuchliche Einnahme dieser Substanzen bei Gesunden zur Steigerung des Wohlbefindens handelt. Die Therapie mit diesen Medikamenten bei Patienten mit medizinischer Indikation soll hier nicht angezweifelt werden. In den Bereich des Strebens nach körperlicher »Fitness« gehören Anabolika, auch in Kombination mit Somatotropin, die auch in der nichtprofessionellen Bodybuildingszene große Verbreitung gefunden haben. Auf dem Gebiet der Psychopharmaka können Antidepressiva wie Fluoxetin, wenn diese ohne Indikation eingenommen werden, ebenso als Lifestyle-Medikamente gelten wie Präparate, denen über die eigentliche therapeutische Wirkung weit hinausgehende Effekte zugeschrieben werden wie beispielsweise Selegelin oder Odansetron. Den Schlaf/Wach-Rhythmus beeinflussen Substanzen wie Epinephrin, Coffein oder Modafinil. Auch psychoaktive Drogen, an vorderer Stelle Ecstasy (XTC) zählen in diese Kategorie. Schon im Altertum gebräuchlich haben sogenannte Aphrodisiaka in neuerer Zeit wieder an Beliebtheit gewonnen.

Der Dermatologe wird speziell in seinem Fachgebiet besonders für die rezeptpflichtigen Lifestyle-Medikamente (Tab. 1) oder aufgrund der Nebenwirkungen wie bei der phototoxisch/photoallergischen Kontaktdermatitis auf Johanniskraut konsultiert (Fleischer 2001).

- Vitamine (Vitamin A Verordnung), Nahrungsergänzungsmittel, Mineralien und Hautcremes wurden bereits frühzeitig als lebensverlängernd und Jungbrunnen beworben. Neue Aspekte der Prophylaxe und Therapie des Hautalters (Schmidt 2000) beziehen sich auf Vitamin A, Vitamin E und Vitamin C. Die bisher in Zellkulturen und dem Tiermodell untersuchten positiven Effekte von Vitamin C und E als Antioxidantien und partiell als Stimulatoren der Kollagensynthese konnten in klinischen Studien bisher nicht nachgewiesen werden. Bei Überdosierung, wie dem bekanntesten Antioxidans Vitamin E, wurde bei einer Dosierung von mehr als 1000 IU/Tag eine gegenläufige Entwicklung mit zunehmender Mortalität beschrieben (Schneider and Reed 1985).

- Orlistat (Xenical) wird zur Behandlung adipöser Patienten eingesetzt und ist ein Inhibitor der gastrointestinalen Lipasen. Besondere Nachfrage besteht in unserer westlichen Zivilisationsgesellschaft nach neuen Appetitzüglern, welche aber auch von Normalgewichtigen missbräuchlich als Lifestyle-Medikament eingenommen werden (Halford and Blundell 2000). Als Nebenwirkung sind Pigmentierungsstörungen, Flatulenz, Stuhlinkontinenz und Rektumschmerzen beschrieben worden.

- Human growth hormone bzw. Somatotropin (Handelsname beispielsweise Humatrope) ist ein heute gentechnisch hergestelltes Wachstumshormon. Somatotropin wird bei Kleinwuchs bei Kindern aufgrund unzureichender endogener Wachstumshormonproduktion eingesetzt. Somatotropin eignet sich insbesondere in Kombination mit anabolen Steroiden als missbräuchlich eingesetztes Dopingmittel in der Bodybuilder-Szene zur Umwandlung von Fett in Muskelmasse und erfreut sich wie Erythropoietin zunehmender Beliebtheit. Insbesondere in der USA wird Somatotropin außerhalb der zugelassenen Indikation als Life-Style-Droge eingesetzt, die verjüngen und schlank machen soll. Der

Tab. 1: Spezielle Lifestyle-Medikamente in der Dermatologie

Medikament	Medizinische Indikation	Lifestyle-Verwendung
Paroxetin	Depressive Störungen	Überwindung von Schüchternheit, Soziophobie
Modafinil	Narkolepsie	Überwindung der Müdigkeit
Somatotropin	Hypophysärer Kleinwuchs	Doping in Bodybuilder-Szene, „Anti-Aging-Medikament,“
Testosteron	Substitution pathologisch niedriger Testosteronspiegel	Testosteronsubstitution im Focus „Alternder Mann,“
Vitamin A Cremes	Akne vulgaris	Anti-Faltentherapie: Traum nach ewiger Jugend (Dorian- Gray- Syndrom)
Orlistat, Sibutramin	Adipositas	Einnahme durch Normalgewichtige zum Halten oder Erreichen eines gesellschaftlichen Schönheitsideals oder Anorexia nervosa
Sildenafil, Tadalafil, Phentolamine	Erektile Dysfunktion	Traum nach ewiger Potenz und perfekt steuerbarer Erektion
Apomorphin		
Minoxidil, Finasterid	Androgenetische Alopecie	Einnahme bei altersentsprechender Alopezie zum Halten oder Erreichen eines gesellschaftlichen Schönheitsideals
Botulinum-Toxin	Hyperhidrosis	Stabilisierung der normwertigen physiologischen Hyperhidrose bei physischer oder psychischer Belastung oder im Rahmen psychischer Störungen (Soziophobie, körperdysmorphe Störung)
Methanthelinium-bromid		

klinisch relevante funktionelle Nutzen einer Substitution im Alter konnte allerdings bislang nicht belegt werden. Seit einiger Zeit werden von privaten Kliniken oder aber auch Ärzten mit Schwerpunkt Kosmetologie diese Hormone unter der Vorstellung der Bekämpfung der Alterserscheinungen als Jungbrunnen eingesetzt, insbesondere auch zum Muskelaufbau, Körperfettabbau, Abnahme der Faltenbildung, Energiezunahme und erfülltem Sexualleben. Bei den Nebenwirkungen ist insbesondere mit der Induzierung von einem Diabetes mellitus zu rechnen.

- Unter der Vorstellung »Immer wach nie müde« werden missbräuchlich Aufputzmittel wie früher Epinephrin oder Coffein zur Überwindung der Müdigkeit und zum Dauerwachsein

eingesetzt. Neu ist Modafinil (Handelsname Vigil,) mit der Indikation für die Narkolepsie. Das Präparat ist in Deutschland BTM-pflichtig. Über eine weiterführende Schädigung bei Langzeitanwendungen der Nervenzellen liegen bis jetzt keine Ergebnisse vor.

- Eine zweite Welle von Psychopharmaka mit Verwendung als Lifestyle-Medikamente begann mit Paroxetin, dass unter dem Namen Seroxat in den Handel kam. Laut einer New Yorker Werbeagentur auch eine »Pille für die Stille«. Bei dem Seroxat steht in der Indikation auch die Soziophobie im Vordergrund.

- Sildenafil (Viagra), welches als Indikation die erektile Dysfunktion hat ist ein Phosphodiesteraseinhibitor, wobei die Wirkung in einer

verlängerten Verfügbarkeit des 3'5'-cGMP liegt. Als Nebenwirkung können Kopfschmerzen, Gesichtsröte sowie Störungen des Farbsehens (Blauschleier) auftreten. Nach der Einführung Sildenafil kam es zum Anstieg der Inzidenz der Patientenvorstellungen bei Männern mit der Überweisungsdiagnose Impotentia coeundi. Die Zunahme ist durch eine Somatisierung sexueller Dysfunktionen zu erklären (Hengeveld 1998). Im Vordergrund steht der Wunsch einer somatischen Therapie der sexuellen Dysfunktion, vor dem Hintergrund des Mythos, dass nur eine perfekte Erektion im Normalbereich liegt. Dem Arzt stellte sich dabei erstmals die Frage nach der notwendigen Indikation einer *Lifestyle*-Medikation; wo die Linie zwischen einer normalen situationsbedingten Unzulänglichkeit und einer schwerwiegenden Erkrankung zu ziehen ist. Dies ist besonders bei Sildenafil aufgrund der Interaktion mit anderen Arzneimitteln und bei Herz-Kreislaufkrankungen einschließlich stattgehabter Komplikationen mit Todesfolge zu beachten. Im Februar 2003 wurde von der Fa. Lilly Tadalafil mit Markenname Cialis, und von der Firma Bayer Vardenafil mit dem Produktnamen Levitra, im März 2003 eingeführt. Der Vorteil dieser Weiterentwicklungen sind vor allem die längere Wirkungsdauer im Sinne einer »Wochenendpille« bzw. auch der schnellere Wirkungseintritt. Eine weitere Medikamentengruppe zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind Apomorphine wie Uprima und Ixense. Anwendungsbeschränkungen bestehen laut den Angaben des Herstellers bei relevant eingeschränkter Leberfunktion, nicht ausreichend kontrollierter Hypertonie und orthostatischer Hypotonie.

- Zur Behandlung eines für das Altern des Mannes verantwortlich gemachten Androgen-defizits werden seit mehreren Jahren bereits Mesterolone (Vistimon) sowie Testoderm, Androderm, oder i.m.-Injektion mit Testosteron-Depot- Präparaten verwendet.

Seit dem Jahr 2003 steht nunmehr auch die unauffällige Gel-Applikationsform mit Testogel, zur Verfügung. Beim Focus »Alternder Mann« wird der Testosteron- Abnahme zahlreiche Beschwerden einschließlich der Verschlechterung des Allgemeinbefindens bis hin

zu depressiver Verstimmung und Libidoverlust angelastet. Testosteronersatzpräparate werden missbräuchlich oftmals auch ohne nachweisbaren pathologisch erniedrigten Testosteronspiegel angewendet.

- Finasterid (Propecia) zur Therapie der androgenetischen Alopezie bei Männern ist ein 4-Azasteroid, das die menschliche Typ II 5-Alpha-Reduktase in den Haarfollikeln hemmt und die periphere Umwandlung von Testosteron in das Androgen Dihydrotestosteron (DHT) blockiert. Als Nebenwirkung wurden verminderte Libido, vermindertes Ejakulatvolumen und erektile Dysfunktion sowie Vergrößerung der Brust beschrieben. Die Neueinführung von Finasterid im Januar 1999 führte auch zur Zunahme von Patientenvorstellungen mit körperdysomorphen Störungen wegen vermeintlichem Haarausfall. Hierbei erfolgt der Arzt-Patientenkontakt zwecks klarer Absicht einer definierten Wunschmedikation von Lifestyle-Medikamenten, welche von den Patienten durch Lesen und Vorlage entsprechender Fachinformationen eingefordert wird.

- Botulinumtoxin ist das Neurotoxin des Anaerobiers Clostridium botulinum und hemmt die Acetylcholinausschüttung (Aoki, Ismail et al. 1997) an motorischen und vegetativen Nervenendigungen. Botulinumtoxin ist das stärkste bekannte Gift und Verursacher des Botulismus, einer Nahrungsmittelvergiftung. Die Letaldosis für den Menschen beträgt 0,1 bis 1 µg Neurotoxin. 1980 wurde das Botulinum- Neurotoxin Typ A erstmals zu therapeutischen Zwecken des Strabismus eingesetzt. Seitdem erfuhr das Indikationsspektrum (Brin 1997) eine deutliche Erweiterung einschließlich ästhetischer Indikationen im Gesicht und der Hyperhidrose.

Die auffälligste Entwicklung in der Dermatologie zeigt derzeit der Behandlungswunsch der Hyperhidrose auf. Seit der Einführung der Therapie der Hyperhidrose (Odderson 1998; Shelley, Talanin et al. 1998) mit Botulinumtoxin ist auch die Schweißbildung ein besonderer Fokus für die Beobachtung von einer physiologischen Körperfunktion geworden, welche gleichzeitig von den Patienten als körperliche Anomalie wahrgenommen wird. Auch Patienten mit körperdysomorphen Störungen wün-

schen eine Therapie mit Botulinumtoxin als Selbstzahlerleistung.

Für die neue *Lifestyle*-Venenophilie nach Botulinumtoxin, insbesondere bei körperdysmorphen Störungen mit normwertigem, physiologischem Schwitzen und zusätzlich hartnäckiger Forderung der Patienten nach Botulinumtoxin-Therapie trotz negativer Ergebnisse, sollte als neue Diagnose die Bezeichnung »Botulinophilie« verwendet werden.

In einer Untersuchung unter biopsychosozialen Gesichtspunkten lag bei 23,1% der Patienten mit Hautfacharztüberweisung wegen Hyperhidrose an der Hautklinik Erfurt eine Botulinophilie vor. Das Durchschnittsalter (I. Quartal 2000, n = 13) betrug 28,2 Jahre, wobei es sich insbesondere um weibliche Patienten (84,6%) handelte. Der Therapiewunsch ist dann der Versuch, mit Hilfe des Botulinumtoxins ein psychisches Gleichgewicht (Bishop 1983; Cash 1992) zu stabilisieren und auf Organebene eine Pseudolösung zu erreichen.

Inzwischen stehen zur Behandlung der Hyperhidrose neue Medikamente mit antimuskariner Blockade ohne Passage der Bluthirnschranke zur Verfügung. Aktuell wird insbesondere das Methanheliniumbromid (Handelsname Vagan-tin) beworben.

Therapie

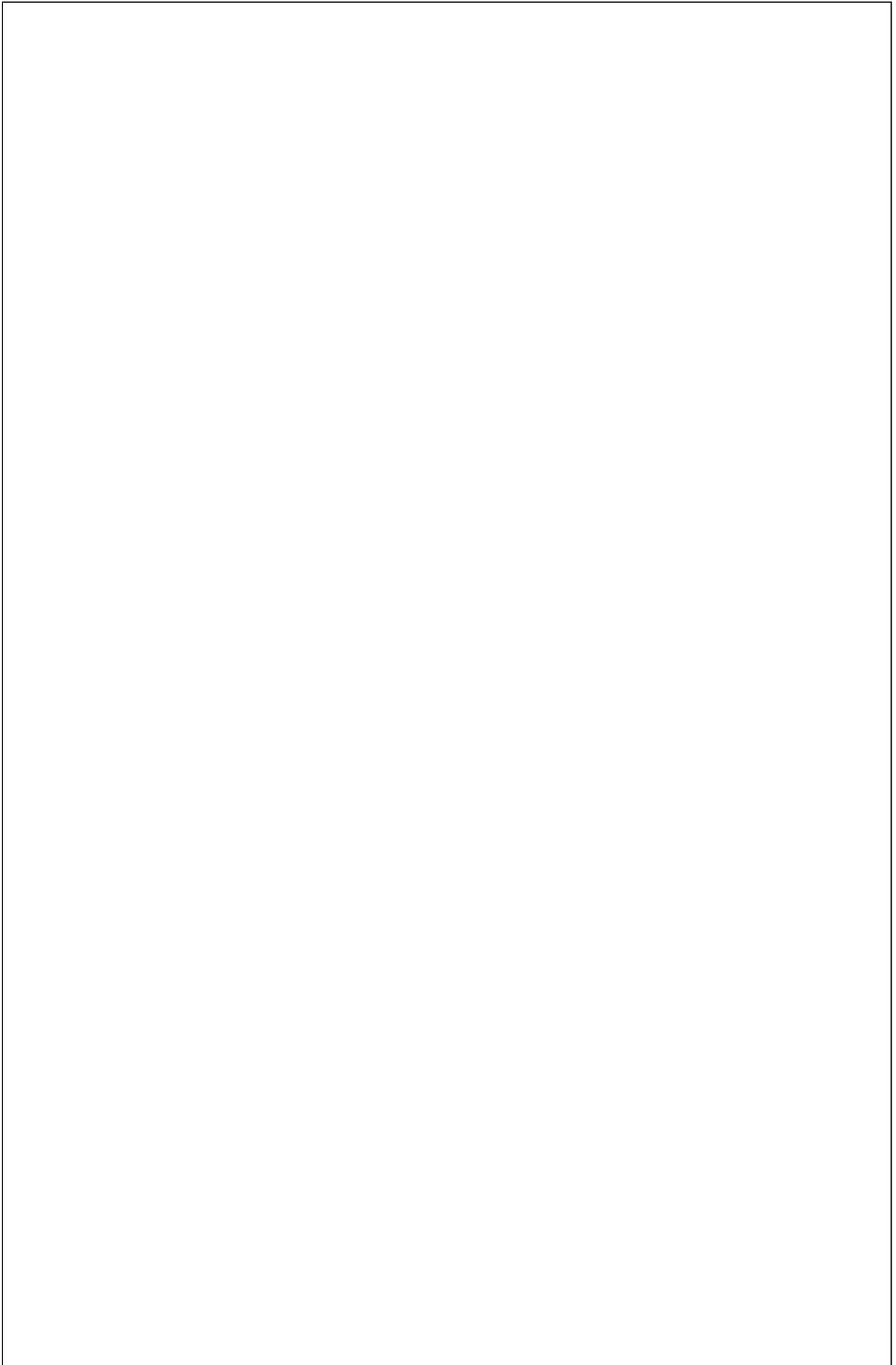
Das Einfordern der Therapie mit rezeptpflichtigen *Lifestyle*-Medikamenten setzt den Arzt unter emotionalen Druck in der Ambivalenz zwischen Drängen und nicht gegebener Indikation. Besonders aufmerksam sollte der behandelnde Arzt bei dramatisierenden und zugleich vagen Symptomschilderungen werden. Wichtig ist die adäquate Indikationsstellung im Vorfeld (Brin 1997). Wenn bei relativer Indikation die psychischen und physischen Störungen gegen den Schaden der Therapie nicht sicher abgewogen werden können, muss der Arzt die Behandlung ablehnen. Dabei sollten zusätzlich zu den somatischen Gegenanzeigen auch psychosomatische Kontraindikationen in den Beipackzetteln berücksichtigt werden. Der Verzicht auf einen

invasiven Eingriff, wie bei der nicht zugelassenen Therapie der Hyperhidrose mit Botulinumtoxin, kann oftmals dabei mehr ärztliche Professionalität verlangen als das Erbringen einer qualitativ hochwertigen Dienstleistung. Schlussfolgerungen: Für den Einsatz von *Lifestyle*-Medikamenten gibt es bei der körperdysmorphen Störung keine Therapiegrundlage- es steht die Therapie der psychosozialen Störung (Psychotherapie, Psychopharmaka) im Vordergrund.

Literatur

- Aoki, K., M. Ismail, et al. (1997): »Botulinum toxin type A: from toxin to therapeutic agent.« In: *European Journal of Neurology* 4: 1-3.
- Bishop, E. R., Jr. (1983): »Monosymptomatic hypochondriacal syndromes in dermatology.« In: *J Am Acad Dermatol* 9(1): 152-8.
- Brin, F. M. (1997): »Botulinum toxin: new and expanded indications.« In: *Eur J Neurol* 4: 59-63.
- Bürgy, M. (1998): »Dysmorphophobie Das Sich selbst fremd werden als Störung der Kommunikation.« In: *Nervenarzt* 69: 446-450.
- Cash, T. F. (1992): »The psychological effects of androgenetic alopecia in men.« In: *J Am Acad Dermatol* 26(6): 926-31.
- Coons, S. J. and B. R. Motheral (2000): »Quality-of-Life drugs?« In: *Clin Ther* 22(6): 773-4.
- Cotterill, J. A. (1996): »Body dysmorphic disorder.« In: *Dermatol Clin* 14(3): 457-63.
- Crisp, A. H. (1981): »Dysmorphophobia and the search for cosmetic surgery.« In: *Br Med J (Clin Res Ed)* 282(6270): 1099-100.
- Fleischer, M., Wolff, H.H., Grabbe, J. (2001): »Allergisches Arzneimittellexanthen nach Kava-Kava-Extrakt.« In: *Z Hautkr.* 76((Suppl. 1)): 65.
- Fuchs, T. (1993): »Über einen Fall von "Wachstums-wahn" Zur Genese und nosologischen Klassifikation der körperdysmorphen Störung.« In: *Nervenarzt* 64: 199-203.
- Gupta, M. A. and A. K. Gupta (1996): »Psychodermatology: an update.« In: *J Am Acad Dermatol* 34(6): 1030-46.
- Halford, J. C. and J. E. Blundell (2000): »Pharmacology of appetite suppression.« In: *Prog Drug Res* 54: 25-58.
- Hanes, K. R. (1995): »Body dysmorphic disorder: an underestimated entity?« In: *Australas J Dermatol* 36(4): 227-8.
- Harth, W. and R. Linse (2001): »Botulinophilia: contraindication for therapy with botulinum toxin.« In: *Int J Clin Pharmacol Ther* 39(10): 460-3.

- Haustein, U. F. (1978): »[Venereal diseases today].« In: *Z Gesamte Inn Med* 33(12): 413-6.
- Hengeveld, M. W. (1998): »Somatization of erectile disorders by the introduction of sildenafil.« In: *Ned Tijdschr Geneesk* 142(43): 2333-6.
- Kellner, R. (1987): »Hypochondriasis and somatization.« In: *Jama* 258(19): 2718-22.
- Koblenzer, C. S. (1985): »The dysmorphic syndrome.« In: *Arch Dermatol* 121(6): 780-4.
- Koblenzer, C. S. (1996): »Psychologic aspects of aging and the skin.« In: *Clin Dermatol* 14(2): 171-7.
- Lloyd, G. (1983): »Medicine without signs.« In: *Br Med J (Clin Res Ed)* 287(6391): 539-42.
- Odderson, I. R. (1998): »Hyperhidrosis treated by botulinum A exotoxin.« In: *Dermatol Surg* 24(11): 1237-41.
- Phillips, K. A. (1996): »Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment of imagined ugliness.« In: *J Clin Psychiatry* 57 Suppl 8: 61-4; discussion 65.
- Quill, T. E. (1985): »Somatization disorder. One of medicine's blind spots.« In: *Jama* 254(21): 3075-9.
- Sass, H., H.-U. Wittchen, et al. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Berlin Toronto Seattle, Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Schmidt, J. B. (2000). *Neue Aspekte der Prophylaxe und Therapie des Hautalters. Dermatologie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Aktueller Stand von Klinik und Forschung*. A. Plettenberg, Meigel, W.N., Moll, I. Heidelberg, Springer Verlag.
- Schneider, E. L. and J. D. Reed, Jr. (1985): »Life extension.« In: *N Engl J Med* 312(18): 1159-68.
- Shelley, W. B., N. Y. Talanin, et al. (1998): »Botulinum toxin therapy for palmar hyperhidrosis.« In: *J Am Acad Dermatol* 38(2 Pt 1): 227-9.
- Shuster, S. (1991): »Depression of self-image by skin disease.« In: *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 156: 53.
- Stangier, U., R. Hungerbühler, et al. (1997). *Depression, social anxiety and body image disturbance in body dysmorphic disorders*. *Dermatology and Psychiatry*, Halle.
- Stolz, G. (1994): »Psychoanalytisch orientierte Überlegungen zur Einstellungsproblematik von Hautkranken.« In: *Zeitschrift für Dermatologie* 180: 14-18.
- Van Moffaert, M. (1992): »Psychodermatology: an overview.« In: *Psychother Psychosom* 58(3-4): 125-36.
- Woodruff, P., E. Higgins, et al. (1997): »Psychiatric Illness in Patients referred to a Dermatology-Psychiatry Clinic.« In: *Gen Hosp Psychiatry* 19: 29-35.



Pygmalions Töchter: Weibliche Selbstinszenierung mittels Schönheitschirurgie – Eine Studie mit dem Digitalen Körperfoto-Test und qualitativen Interviewsequenzen an Brustreduktionspatientinnen

Ada Borkenhagen

»Je ähnlicher man dem Bild wird, das man von sich selbst erträumt, umso authentischer wird man«. Diese Aussage, der durch unzählige Schönheitsoperationen gestalteten Adrago in Pedro Almodóvars Film »Alles über meine Mutter« spricht meines Erachtens ein zentrales Motiv von Frauen aus, die sich einer Schönheitsoperation unterziehen. Will man die massenhafte Zunahme schönheitschirurgischer Maßnahmen und den außerordentlichen Erfolg im subjektiven Erleben der Klientinnen wie auch im Hinblick auf psychosoziale Outcome-Parameter (Cash 2001, S. 370; vgl. auch Cash, 1996; Pruzinsky & Edgerton 1990; Sarwer et al. 1998a; Sarwer et al. 1998b) erklären, stellt sich die Frage nach der Psycho-Logik von Schönheitschirurgie. Eine geläufige Vorstellung in Bezug auf Schönheitschirurgie ist, dass es sich um ein Unterdrückungsinstrument handelt, dem die Klientinnen passiv ausgeliefert sind. Solche Erklärungsversuche eröffnen einen begrenzten Zugang zu den Motiven, die zur Entscheidung für eine Schönheitschirurgie führen. Lässt man die Protagonistinnen selbst zu Wort kommen, so wird jedoch ein anderer Aspekt deutlich. Die schönheitschirurgische Maßnahme wird von den Protagonistinnen als Instrument der eigenen Identitätsgestaltung erlebt. Diesem Widerspruch soll anhand der Veränderung der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und einzelnen Körperpartien im Verlauf einer Brustreduktion

mit dem Digitalen Körperfoto-Test und Interviewsequenzen nachgegangen werden.

Massenhafte Zunahme schönheitschirurgischer Maßnahmen in den westlichen Industrieländern

In den letzten Jahrzehnten haben sich zunehmend Umgangsweisen mit dem Körper herausgebildet, bei denen durch die Gestaltung und Formung des Körpers das eigene Selbstbild aktiv modelliert werden soll. So gehören Begriffe wie Bodybuilding und Bodystyling längst zum alltäglichen Sprachgebrauch. Modische Tattoos, Piercings und Schönheitschirurgie sind keineswegs mehr auf Randgruppen beschränkt. Diät- und Fitnesstrend zeigen, dass der form- und gestaltbare Körper zu einem bedeutsamen Medium der Selbstinszenierung geworden ist. Über die Veränderung des Körpers versuchen immer mehr Menschen die eigene Identität und damit das eigene Selbstbild aktiv zu gestalten. Repräsentativerhebungen belegen, dass die Arbeit am körperlichen Erscheinungsbild für eine wachsende Zahl von Individuen zentraler Lebensinhalt ist (Allensbacher Institut 2000; Kluge et al. 1999). So fanden Kluge et al. (1999) in ihrer repräsentati-

ven Studie »Körper und Schönheit als soziale Leitbilder« als bedeutsamsten Aspekt im Körperkonzept der Deutschen das »Gefühl der Eigenverantwortung für Körper und Schönheit« (Kluge et al. 1999, S. 186). Dass der Zwang zur Modellierung des Körpers mehr und mehr zur gesellschaftlichen Normalität wird, zeigen nicht zuletzt die in allen Industriestaaten stetig steigenden Zahlen plastisch-chirurgischer Körperkorrekturen – auch bei Männern. In den USA, denen im Hinblick auf Schönheitsoperationen eine Vorreiterrolle zukommt, stellt die Schönheitschirurgie nach Faludi (1991 S. 217) die am »schnellsten wachsende Disziplin der Medizin« dar. So wurden in den USA im Jahr 2002 6,9 Millionen Schönheitsoperationen vorgenommen, was einem Anstieg um 228 % seit 1997 entspricht (American Society of Plastic Surgeons, 2003). 3 % sind Teenager, d. h. Mädchen und Jungen unter 18 Jahren (American Society of Plastic Surgeons 2003). Nach Schätzungen wurden in Deutschland im Jahr 2002 400 000 Schönheitsoperationen durchgeführt. Häufigster Eingriff ist die Körperformung durch Fettabsaugen (Der Tagesspiegel 2003). Der Medizinhistoriker und Psychiater Gilman (1999), der die erste Sozialgeschichte der Schönheitschirurgie vorgelegt hat, prognostiziert, dass es in zwanzig Jahren Normalität sein wird, sich einer Schönheitsoperation zu unterziehen. Die körperliche Erscheinung ist nicht länger eine Gabe Gottes, sondern eine »freie« Willensentscheidung und Teil der individuellen Autonomie. Die kulturell gesetzten Grenzen dessen, was an körperlichen Mängeln als tolerabel gilt, werden sich verändern.

Der Zwang zur Selbstdarstellung als Folge der Individualisierung

Der Grund für diese Entwicklung wird vielfach im Trend zur Individualisierung moderner Gesellschaften gesehen. In der spätmodernen Gesellschaft, in der traditionelle Bindungen schwinden, steigt die Selbstverantwortlichkeit des Einzelnen für die eigene Biografie. Der Einzelne kann (und muss) heute stärker wählen,

wer er sein will und wer nicht. Identität wird nur noch in Ausnahmefällen durch Herkunft (z. B. Familie, Dorfgemeinschaft) oder die Berufsrolle (z. B. Arbeiter) definiert (Giddens 1991). Psychologisches Korrelat dieses Individualisierungsprozesses ist der zunehmende Zwang zur Selbstdarstellung und Selbstinszenierung (Beck 1995). Selbstinszenierung bzw. -Darstellung als unmittelbares und mittelbares Ausdrucksverhalten einer Person ist kein neues Phänomen, auch wenn ihm in der Moderne und besonders der spätmodernen Inszenierungsgesellschaft eine herausragende Bedeutung zukommt. Richard Sennett hat in seinem Buch »Verfall und Ende des öffentlichen Lebens« beschrieben, wie sich im 19. Jahrhundert die kulturelle Aufwertung des Selbstdarstellungsaspekts hinsichtlich der Persönlichkeits- bzw. Identitätsentwicklung vollzieht. Seither hat sich die Vorstellung, wonach die äußerliche Erscheinung in besonderer Weise das Selbst auszudrücken vermag, immer stärker durchgesetzt. Sennett (1995) legt dar, wie im Zuge dieser Entwicklung die Notwendigkeit entsteht, das eigene körperliche Aussehen zu kontrollieren und es zu einem Mittel der richtigen sozialen Botschaft werden zu lassen. Es wird notwendig, sowohl die Erscheinung der Anderen dekodieren, als auch den Anderen den »richtigen« Eindruck von sich selbst vermitteln zu können. Das körperliche Erscheinungsbild und die greifbaren Aspekte des Körpers werden in der Folge zu einem immer bedeutsameren Medium der Identitätsgestaltung und -Inszenierung. Das »Sich-in-Form-Bringen« (Rodin 1993 S. 23) und die unablässige aktive Gestaltung und Formung des Körpers ist zum neuen moralischen Imperativ der individualisierten Lebensweise geworden. Die Forderung die eigene Identität und damit das eigene Selbstbild aktiv zu gestalten, wird nicht nur immer häufiger durch Verkörperung (Embodiment) realisiert, sondern zugleich hat die kulturelle Bedeutung des körperlichen Aussehens zugenommen. Körperlich Fit zu sein ist gleichbedeutend mit Flexibelsein, Dynamischsein usw. Schönsein ist ein Symbol für sozialen Erfolg geworden. Dieser Schönheitskult gilt keineswegs nur für Frauen. Auch Top-Manager mit Bierbauch und

Tränensäcken sind kaum noch »vorstellbar«. Allerdings ist die Schönheitschirurgie immer noch eine eindeutige Frauendomäne, 80 % derjenigen die eine Schönheitschirurgie in Anspruch nehmen sind Frauen.

Veränderung der Körperzufriedenheit nach chirurgischer Brustverkleinerung: Eine Erhebung mit dem Digitalen Körperfoto-Test

Mit dem Digitalen Körperfoto-Test (DKF-T) sollte geprüft werden, wie sich durch eine Schönheitsoperation die Zufriedenheit mit dem Körper verändert. Verschiebt sich bei einer Schönheitsoperation lediglich die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper auf andere Körperbereiche? Folgt der Brustverkleinerung der Wunsch nach der Fettabgung an Bauch oder Oberschenkel auf dem Fuße oder wächst gar die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper?

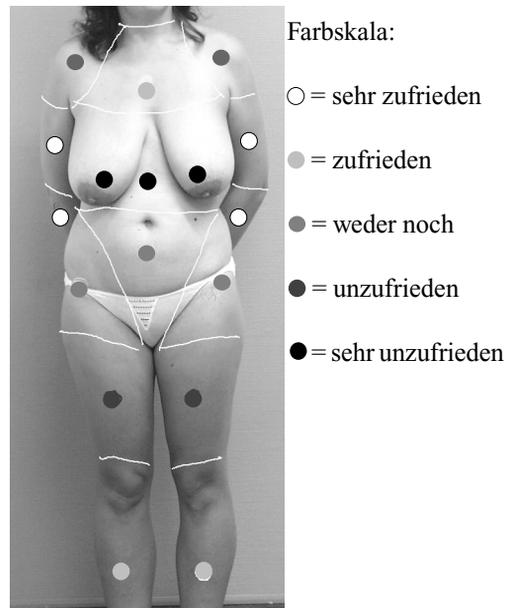
An 32 Patientinnen, die sich von Januar 1999 bis Dezember 2000 im Funktionsbereich für Plastische Chirurgie und Handchirurgie der Parkklinik Berlin-Weißensee einer Brustreduktion unterzogen, wurde prä- und 3 bzw. 6 Monate postoperativ ein Digitaler Körperfoto-Test (DKF-T) erhoben.

Im Mittel waren die untersuchten Frauen 41 Jahre alt (Range zwischen 17 und 67 J.). 57 % von ihnen sind verheiratet, 25 % ledig, 60 % berufstätig. Der Wunsch nach einer Brustreduktion bestand im Durchschnitt 4,6 Jahre.

Der Digitale Körperfoto-Test (DKF-T)

Beim Digitalen Körperfoto-Test (DKF-T) können die Probandinnen ihre Zufriedenheit mit einzelnen Körperpartien anhand des eigenen Körperfotos einschätzen. Dazu wird mit einer Digitalkamera ein Ganzkörperfoto erstellt und in den PC eingespeist. Anschließend wird die Probandin gebeten, in der Fotovorlage den Zufriedenheitsgrad mit einzelnen Körperpartien anhand einer fünfstufigen Skala (sehr zufrieden, zufrieden, weder noch, unzufrieden, sehr unzufrieden) mit »Computerfarbstiften« zu markieren. Für die Auswertung wird das markierte Körperfoto

mittels einer Schablone in die Körperzonen Schultern, Dekolleté, Brust, Unterbauch, Oberarme, Unterarme, Hüften, Oberschenkel und Unterschenkel unterteilt. Aus dem Durchschnitt aller Körperteilbewertungen – Schulter, Dekolleté, Oberarm, Unterarm, Brüste, Oberbauch, Unterbauch, Hüften, Ober- und Unterschenkel – wird ein sog. Gesamtkörperwert (DKFT-total) errechnet, der die Zufriedenheit mit dem Gesamtkörper erfasst. Daneben wird aus den Durchschnittsbewertungen der sog. »weiblichen Problemzonen« – Brüste, Oberbauch, Unterbauch, Hüften und Oberschenkel – ein Problemzonenindex (DKFT-1) berechnet. Aus den Durchschnittsbewertungen der übrigen Körperpartien – Schulter, Dekolleté, Oberarm, Unterarm und Unterschenkel – wird ein neutraler Körperzonenindex (DKFT-2) gebildet. Die Digitalen Körperfoto-Tests wurden anschließend mit einer nichtparametrischen 2. faktoriellen Varianzanalyse mit dem Statistikprogramm SAS 8.2 und einem Friedman-Test mit SPSS 10.0 ausgewertet.

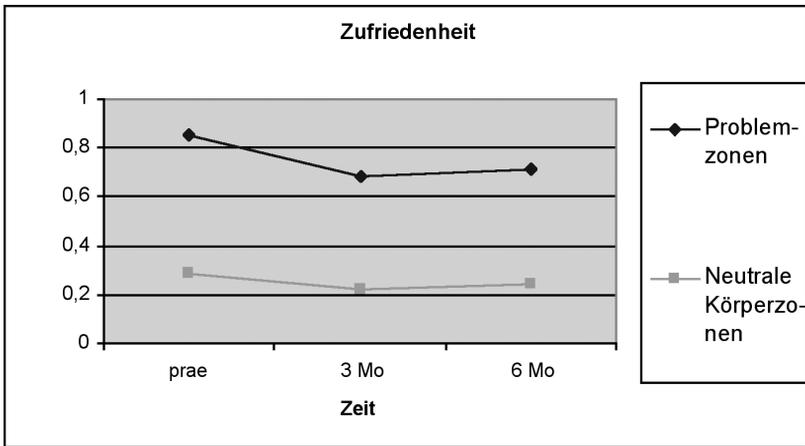


Die Abbildung zeigt den Digitalen Körperfoto-Test einer Patientin vor einer Brustreduktion.

Ergebnisse:

Die Problemzonen (DKFT-1) weisen deutlich höhere relative Randeffekte im Vergleich zu den neutralen Körperzonen auf. Der signifikante Unterschied der relativen Randeffekte weist auf eine zonenmäßige Aufteilung des Körpers hin. So unterteilen die Brustreduktionspatientinnen ihre Körper deutlich in Problemzonen (DKFT-1) und neutrale Körperzonen (DKFT-2) und bewerten die Problemzonen im Vergleich zu den neutralen Körperzonen negativer.

Abb. 1



Tab 1.: Relative Randeffekte und Signifikanztest

Total number of observations				192
Total number of subjects				32
SOURCE		Rank mean	Number of Observations	Relative Treatment Effects
Zeit	1	137.11	64	.56922
Zeit	2	109.12	64	.45258
Zeit	3	115.27	64	.47820
Gruppe	1	180.50	96	.75000
Gruppe	2	60.500	96	.25000
Zeit * Gruppe	1*1	204.34	32	.84932
Zeit * Gruppe	1*2	69.88	32	.28911
Zeit * Gruppe	2*1	165.06	32	.68568
Zeit * Gruppe	2*2	53.175	32	.21948
Zeit * Gruppe	3*1	172.10	32	.71500
Zeit * Gruppe	3*2	58.438	32	.24141
	QF		DF	p-Value
T (Zeit)	57.395		1.4414	.00000
C (Gruppe)	481.72		1.0000	.00000
TC	12.291		1.2545	.00014

Zu beiden postoperativen Messzeitpunkten werden die Problemzonen (DKFT-1) signifikant positiver bewertet, wobei auch die neutralen Körperzonen (DKFT-2) diskret positiver eingeschätzt werden.

Interpretation:

Die Ergebnisse des Digitalen Körperfoto-Tests zeigen, dass sich die plastisch chirurgische Veränderung der Brust positiv auf die Körperzufriedenheit auswirkt. So steigt nicht nur die Zufriedenheit mit den weiblichen Problemzonen signifikant an, sondern tendenziell nimmt auch die Zufriedenheit mit den neutralen Körperzonen zu. Die Aufteilung des Körpers in einen stark negativ konnotierten Bereich von Problemzonen und einen positiv konnotierten Bereich neutraler Körperzonen schwächt sich deutlich ab. Indizien, dass sich der Unzufriedenheitsfokus lediglich auf andere Körperteile verschiebt, sind für den Untersuchungszeitraum nicht nachweisbar. Die Ergebnisse legen den Schluss nah, dass die vorher abgelehnten Körperbereiche durch den plastisch-chirurgischen Eingriff stärker in das eigene Bild vom Körper integriert werden können. Der plastisch-chirurgische Eingriff führt folglich zu einer Veränderung des Körperbildes: Die bisher abgelehnten Körperbereiche passen nun im Erleben der Probandinnen zum eigenen Bild vom Körper. Die Veränderung scheint nicht nur auf das Körperbild beschränkt zu sein, sondern vor allem das eigene Selbstbild zu betreffen, wie die folgenden Interviewsequenzen zeigen. Mit einem Teil der Frauen wurden qualitative Interviews über ihre Motive zur Brustreduktion geführt. Die Auswertung der Interviews ist noch nicht abgeschlossen, die hier wiedergegebenen Interviewsequenzen haben daher explorativen Charakter.

1. 27-jährige Brustreduktionspatientin, verheiratet, Hausfrau, zwei Kinder:

»Ne, ick fühl misch einfach nisch wohl mit so viel'le, mit so nem Vorbau. Dat könnse mit keinem Bikini verstecken... Man sieht dit in 'ne Medien und allet un da hab ick mir jesacht: »Jetzt probier ick dit«, warum nisch, ja? Und mit meine Ärztin hab mir denn beraten, ja, die meente denn och Ja. Und denn noch dit Jeschwätze wegen die

Krankenkasse wa, Kostenübernahme. Und vorje Woche ha ick dit Okay jekriecht. Und nu mach ich dit auch. Mene, nu nich, dass sich gleech dit ganze Leben ändert, nee, dit nich, aber man will sich och mal selbst jefallen und wat Nettet anziehen können, nisch?... Mein Mann also, der, der steht druff, der wollte ja nisch, dass ick dit mache. Bloß, ick mach it für misch und nisch, für kein andern der Welt.«

Zentrale Kategorien: Soziale Konformität und Normalität; aktive Selbstverwirklichung resp. Selbstgestaltung; sexuelle Attraktivität; Selbstbestimmung; Überwindung des Objektstatus (Sexualobjekt).

2. 36-jährige Brustreduktionspatientin, ledig, Angestellte in einem mittelständischen Betrieb, keine Kinder:

»Ich denk auch immer alle starren nur darauf. Grad bei Männern hab ich total häufig das Gefühl, die seh'n nur den großen Busen und sonst nix. Für die bin ich dann so 'ne Sexbombe. Ist echt schlimm. Beim letzten Sommerfest im Betrieb, ja da wurden dann die Sprüche mit fortgeschrittenen Alkoholisierungsgrad immer zotiger. Ja und dann kamen logischerweise auch die Witze über meinen Vorbau. War mir total peinlich. Echt. Kommt man sich wie so 'ne Gummipuppe von Beate Uhse vor.«

Zentrale Kategorien: Kontrolle über den Blick der Anderen; Überwindung des Objektstatus (Sexualobjekt); aktive Selbstgestaltung und -verwirklichung.

3. 49-jährige Brustreduktionspatientin, verheiratet, Altenpflegerin, zwei Kinder:

»Seitdem meine beiden Ältesten schon länger aus 'm Haus sind und ich wieder arbeiten gehe, ja da war auf einmal der Gedanke dar. Jetzt will ich mal was für mich tun. Ich gönn mir jetzt eine Brustverkleinerung. Auch wenn die Krankenkasse nicht mitgespielt hätte. Und bei mir geht's auch nur um die Brust! Klar auch der Bauch hängt und hat Schwangerschaftsstreifen. Die hab ich auch an den Oberschenkeln. Man wird eben alt. Damit, das ist zumindest meine Meinung, muss man sich abfinden. Auch würde ich mir nie im Gesicht rumschneiden lassen, nee, die Falten gehören schon zu mir – bin ich halt. Aber diese Fleisch-

massen, das ist der reinste Balast. Nee, is alles andere als angenehm, könn' Se mir glauben.«

Zentrale Kategorien: Schönheitsoperation als Selbstgeschenk; selbstbewusste Entscheidung; aktive Selbstgestaltung und -verwirklichung.

4. 33-jährige Brust- und Bauchstraffungspatientin, verheiratet, Sachbearbeiterin in der Kfz-Zulassung, zwei Kinder:

»Schon nach der Geburt von Sarah war'n meine Brüste nicht mehr die Alten. Die hingen runter wie Strippen. Und am Bauch überall Schwangerschaftsstreifen. ... Zuerst hab ich total viel versucht. Bin zweimal die Woche zur Gymnastik, ... und dann auf Aerobic umgestiegen. Dann Fitness-Studio, und von 'ner Freundin hatte ich noch von Wasseraerobic gehört, hab ich dann auch gemacht. Was ich nich alles probiert habe! Sogar meine Ernährung total umgestellt. Aber war nix zu machen. Meine Gynäkologin zuckte nur mit 'en Schultern und meinte, das sei halt Veranlagung. Damit müsse man sich abfinden. Tja, und als dann der Leo kam, ja da wurd's noch schlimmer. Ich hatte das Gefühl, ich hab ne richtige Wampe und drüber hängt alles. Hab mich nicht mehr zum Schwimmen getraut, Bikini um Gottes Willen, gar nicht dran zu denken. Und im Sommer nur weite Schlabberkleider. Wenn ich mal schick sein wollte, hab ich 'ne Corsage angelegt, wie ich immer sage. Auch nicht gerade angenehm. Trägst auf und ist auch nur im Winter halbwegs zu ertragen. Ich war ja erst 32. Wollt mich eben noch nicht mit dieser vermanschten Figur abfinden. Und da Sport und so nix geholfen hat, ja da kam so langsam der Gedanke, warum nicht einfach wegschneiden lassen. Geht ja heute, warum eigentlich nicht. Kann man ja heute Gott sei Dank was gegen tun. Und dann war das irgendwie auf einmal klar für mich, ich werd das machen. Ich kann ja was gegen tun. Kostet zwar, aber okay.«

Zentrale Kategorien: Wiedergewinnung der Kontrolle über den Körper; Überwindung erblicher Veranlagung; sexuelle Attraktivität; aktive Selbstgestaltung und -verwirklichung.

Ähnlich gelagerte Motive, wie sie sich in den zitierten Interviewpassagen zeigen, fand auch Davis (1995) bei ihrer Interviewstudie. Sie kam zu dem Schluss, dass sich die Frauen einer Schönheitsoperation unterziehen, weil sie sich in ihrem Körper nicht »zu Hause« fühlen und ihr

Körper nicht zu ihrem Gefühl von sich selbst passt (Davis 1999, S. 255). So findet sich in allen Interviewsequenzen eine Dissoziation des problematischen Körperteils vom Rest des Körpers, wobei der problematische Körperteil mit negativ konnotierten Beschreibungen wie »diese Strippen«, »Vorbau« usw. charakterisiert wird. Dabei erscheinen die problematischen Körperteile als fremd und aufgezwungen, gleichsam böseartig gegen die Intentionen der Frauen handelnd.

Körperstyling als Identitäts-gestaltung

Die massenhafte Inanspruchnahme schönheitschirurgischer Maßnahmen durch Frauen scheint in dem Verhältnis von Weiblichkeit, Körperlichkeit und Narzissmus begründet. Für Frauen gilt die Verschränkung von Identität und Verkörperung in sehr viel radikalerer Weise als für Männer. Während Männlichkeit – entsprechend der bis heute gültigen kulturellen Vorstellungen – über die Handlungen und den Status eines Mannes definiert wird, wird Weiblichkeit vorrangig über den Körper der Frau und dessen Aussehen konstruiert. Im Gegensatz zum handelnden Mann tritt die Frau mit ihrem Körper in Erscheinung. Dies spiegelt sich nach Lehnert (1998) auch in der unterschiedlichen Darstellungsweise von Männern und Frauen wider. Männer schauen aktiv an, Frauen werden passiv angeschaut. »Spielt ein Gemälde oder ein (Mode-)Foto nicht gerade ausdrücklich mit einer Verwirrung der Geschlechterrollen« (Lehnert 1998, S. 95), werden Mann und Frau stets so inszeniert, dass der Mann »direkter aus dem Bild auf den Betrachter« schaut. Frauen werden dagegen so präsentiert, dass sie den frontalen Blick vermeiden (Lehnert 1998). Unterschiede finden sich nicht nur in der Art der Ausrichtung des Blicks, sondern auch in der Darstellung des Körpers selbst. Nach Lehnert (1998, S. 95) zeigt »ein Schauspieler oder ein Bodybuilder ... [zwar] auch seinen Körper, aber er tut das nicht passiv: er zeigt vielmehr, was er mit diesem Körper gemacht hat«. Frauen dagegen zeigen, »was ihr Körper ist«, wobei »dieser

weibliche Körper nicht weniger gemacht [ist] als der männliche«. Dieses »Gemachtsein« wird verschleiert und als »Natürlichkeit« (Lehnert 1998, S. 95) ausgegeben. Nach Lehnert (1996, S. 12) ist die »Mode, um die es in der Modefotografie zu gehen scheint« seit einigen Jahren »gar nicht mehr klar zu erkennen«. Nach Lehnert (1996, S. 12) wird die Mode zunehmend zum Vorwand, »um die schönen Körper der Models zu inszenieren«. Es geht heute nicht mehr primär um die Präsentation von Kleidern, mit der die bürgerliche Frau früher ihre Individualität und Unverwechselbarkeit zum Ausdruck brachte, vielmehr ist es heute der Körper, der das »wahre Wesen« verbürgt. Die Folge ist eine tiefgreifende Veränderung im Verhältnis zum eigenen Körper, das zugleich distanzierter und intensiver wird. Stellte eine Frau früher ihre aufwändige Robe zur Schau, präsentiert sie heute ihren Körper, der vom Training gestählt oder durch eine Fettabsaugung und eine Brustvergrößerung gestylt wurde (Menkes 2001). Frauen konkurrieren heute auf der Ebene von trainierten Körpern, von Brustkorrekturen, wobei die Brüste nicht mehr die eigenen sein müssen, sondern den Status einer Verkleidung haben. Der eigene Körper wird zum Kunstwerk, wobei es nicht länger darum geht ein Wunschbild nur zu imaginieren, sondern zunehmend darum ein solches Wunschbild zu verkörpern.

Psychoanalytische Erklärungsansätze weiblicher Identitätsgestaltung durch Embodiment

Psychoanalytisch scheint mir diese Strategie der Verkörperung von Subjektivität mittels Schönheitschirurgie am ehestens in Anlehnung an die Vorgänge des Spiegelstadiums (Lacan 1991) und des Konzepts von Weiblichkeit als Maskerade (Riviere 1994) erklärbar. Geht man mit der Psychoanalyse davon aus, dass für die Konstitution des Subjekts die Spiegelung des Kindes durch bedeutsame Andere – zumeist die Mutter – während der ersten Lebensmonate

konstitutiv ist, dann erweist sich vor allem ein »Bild« als zentrales Moment einer Entwicklung, in der sich das Körperbild und mithin das Selbst-Bild des Menschen formt. Lacan (1991) hat in seinem berühmt gewordenen Spiegelstadium die Entstehung des Ich explizit an das Gewahrwerden des Bildes vom eigenen Körper und die Identifizierung mit diesem Bild gebunden. Beim Spiegelstadium erkennt das Kind nicht nur seinen Körper, sondern es erkennt *sich* in der Gestalt seines Körpers. Das Kind identifiziert sich mit diesem Bild des Körpers als idealem Ich, weil der Körper im Spiegel einheitlicher und vollendeter ist als das, was ihm sein Körper als Erfahrung vermittelt.

Da aber das, was das Kind im Spiegel erblickt, kein realistisches Abbild seines Seins, sondern ein Idealbild ist, bedeutet die Verinnerlichung dieses Bildes, sich selbst stets als nie erreichte Norm vor Augen zu haben. Das Kind sieht sich im Spiegel, wie es sein sollte oder sein könnte und als das ideale Selbst wie es von anderen gesehen wird. Die Spiegelerfahrung ist dabei keine rein passiv entmächtigende, sondern das Kind entwirft in diesem Akt der imaginären Spiegelung auch aktiv ermächtigend das eigene Selbst und die eigene Identität

Aufgrund der kulturell-gültigen Weiblichkeitsvorstellung erfährt dieses Stadium für die leibliche Sozialisation und Identitätsentwicklung von Mädchen und Frauen eine herausragende Bedeutung. So gehört die Erfahrung und die Tendenz sich als Objekt zu erleben und zu inszenieren – die für das Spiegelstadium konstitutiv ist – zum gängigen Schema weiblicher Identitätsbildung und wird bei Mädchen sozial positiv sanktioniert und gefordert. Demgegenüber geschieht die männliche Identitätsbildung in unserer Kultur nicht vorrangig über narzisstische Spiegelung und Inszenierung als Objekt. Der Junge wird bei Aktivitäten unterstützt, die außerhalb seines Selbst liegen. Seine Selbstvergewisserung soll über auf die Außenwelt gerichtete Aktivitäten laufen, während das Mädchen bei ihrer Selbstvergewisserung auf sich zurückgeworfen wird, weil sie nur durch Annäherung an das ideale Selbstbild möglich ist. Die (weibliche) Identitätsbildung im Rahmen von Spiegel- bzw. Blickverhältnissen geht mit einer

Spaltung des Selbst einher, den der Kunsthistoriker John Berger 1974 wie folgt beschreibt: »Eine Frau muss sich ständig selbst beobachten und wird fast ständig von dem Bild begleitet, das sie sich von sich selbst macht. Ob sie durch ein Zimmer geht oder über den Tod ihres Vaters weint, sie wird es kaum vermeiden können, sich selbst beim Gehen oder Weinen zu beobachten. Von frühester Kindheit an hat man ihr beigebracht und sie dazu überredet, sich ständiger Selbstkontrolle zu unterwerfen. Und so kommt sie dazu, den Prüfer und die Geprüfte in ihr als die beiden wesentlichen, doch immer getrennten Komponenten ihrer Identität als Frau anzusehen.« (Berger 1974, S. 43).

Ein solcher Modus der Identitätsbildung impliziert beständige Selbstkontrolle, da sich nur so das Bild, das nach außen hin vermittelt werden soll, kontrollieren lässt. Hier ergibt sich eine Verbindung zur Lebensrealität von Frauen, in der die beständige Selbst- und Körperkontrolle durch Diäten, Fitnessstraining und Schönheitschirurgie einen so hohen Stellenwert einnimmt. Mittels dieser Körper-Techniken inszenieren Frauen sich als Bodies bzw. Kunstkörper. Entsprechend verbinden sich für Frauen mit dem eigenen Körper gegensätzliche Tendenzen: Einerseits ist der eigene Körper ein Ort der Gefangenschaft und der Entfremdung, andererseits das vorrangige Ausdrucks- und Kontrollmittel des eigenen Selbst. Begreift man das Aussehen des eigenen Körpers als Darstellungsmedium der eigenen Identität wird deutlich, dass, um eine gewisse Kontrolle über diesen Vorgang zu gewinnen, das Aussehen des eigenen Körpers kontrolliert werden muss. Dies bedeutet, die Oberfläche der Haut, die Haare und die Form des eigenen Körpers zu einer Verkleidung werden zu lassen, die nicht mehr abgelegt werden kann. Schönheitschirurgie muss in diesem Spannungsverhältnis weiblicher Identitätsbildung durch Verkörperung und Maskierung als Schauobjekt gesehen werden. Indem die Klientinnen schönheitschirurgischer Maßnahmen ihren Körper bewusst gestalten und wie ein »Kunst«-Objekt behandeln, kontrollieren die sie das Bild das andere sich von ihrem Körper und ihrem Selbst machen.

»Self-empowering« durch Schönheitschirurgie

Ist die Spaltung zwischen gesehenem Ich und (verinnerlichtem) Betrachter in diesem Identitätsmodus nicht hintergebar, kann die bewusste Gestaltung des eigenen Körper als Akt von »empowerment«, aktiver Selbstbestimmung erlebt werden.

Daher bin ich wie Davis (1999) der Ansicht das Schönheitschirurgie eine Strategie darstellt, um die Auswirkungen der Objektivierung des Körpers zu überwinden, indem dieser Objektivierungsprozess kontrolliert wird. Wie in den oben dokumentierten Interviewausschnitten stellten sich auch die Interviewpartnerinnen von Davis (1999, S. 255) als »Handelnde« dar, die mit der Neugestaltung ihrer Körper »Kontrolle über ihr Aussehen und das Bild, das andere sich von ihnen machten,« gewinnen wollen. Diese Agentenschaft ist ein sich durchhaltendes Moment in den Interviewsequenzen, dem im Hinblick auf die Legitimierung der Entscheidung zu einer schönheitschirurgischen Maßnahme eine zentrale Funktion zuzukommen scheint. Es scheint sich um eine Form des »self-empowering« in Form des Wunsches zu handeln – das eigene Schicksal in die Hand zu nehmen. Die am eigenen Körper konstatierte Mangelhaftigkeit und die daraus folgende Unzufriedenheit wird mittels der Schönheitschirurgie in einen aktiven Prozess transformiert, der die Überwindung der körperlichen Mangelhaftigkeit verheißt, so dass sich die Frauen nicht länger als passiv ausgeliefert und zur Untätigkeit verdammt erleben müssen. Mittels Schönheitschirurgie wird das Bild vom eigenen Körper beherrschbar. Die weiblichen Klientinnen erkennen, wie sie mit ihrem Körper umgehen müssen, um sich ihrem Idealbild anzunähern. Fortan haben sie ein Ziel, während sie vorher lediglich einen Mangel hatten (Smith 1990, 185). Der Körper wird zu einem Objekt, nicht jedoch primär zu einem Sexobjekt »für andere«, sondern zu einem Objekt für die eigene gestaltende und verändernde Aktivität. Schönheit ist nun machbar. Das Kultivieren von Schönheit mittels Schönheitschirurgie vermittelt so ein Gefühl von Selbstkontrolle und Selbstermächtigung, da das aktive Streben nach Schön-

heit, das sich die Frauen zu eigen gemacht haben, ihnen auch erlaubt, sich von einer passiven Haltung zu befreien. Es sind nun die Frauen selbst, die über ihren Körper und damit über das eigene Selbst-Bild, das sie nach außen hin zeigen, bestimmen. Entsprechend befähigt die Schönheitsoperation – so Davis (1999, S. 255) – die Frauen dazu, »die Distanz zwischen Innen und Außen zu verringern, so dass andere sie so sehen ..., wie sie selbst sich sehen«. Schönheitschirurgie ermöglicht den Frauen, den ehemals gehassten Körper oder ein einzelnes Körperteil wieder anzunehmen und in die »gewöhnliche Welt der Weiblichkeit zurückzukehren«, in der Schönheitsprobleme alltäglich sind. Die Beseitigung des körperlichen Mangels durch einen chirurgischen Eingriff verheißt die Befreiung von der selbstquälerischen Beschäftigung mit dem eigenen Körper und wird zur Voraussetzung einer souveränen Haltung gegenüber dem Thema »Schönheit«. Schönheitschirurgie eröffnet ihren Klientinnen so die Möglichkeit, in ein neues Verhältnis zum eigenen Körper einzutreten und im Rahmen dieses Prozesses auch ihre Identität neu zu konstruieren, indem sie zu »verkörperten Subjekten werden,... statt bloße Körper zu sein« (Davis 1999, S. 6). Schönheitschirurgische Patientinnen verkörpern damit das Credo unserer spätmodernen Gesellschaft, nach der Mann und Frau jede Rolle annehmen kann, alles sein und alles tun kann. Mit den modernen Körpertechniken und besonders der Schönheitschirurgie wird »fast« jede Identität zumindest als Bild erreichbar. Schönheitschirurgie enthält das Versprechen den eigenen Körper und das eigene Ich so gestalten zu können, wie man sein möchte, gerade dieser Aspekt macht einen Großteil ihrer gegenwärtigen Attraktivität aus.

Literatur

- American Society of Plastic Surgeons (2002). Nearly 180,000 Women Receive Health Benefits of Surgical Breast Procedures. Online im Internet: URL: <http://www.plasticsurgery.org> [22.10.2002]
- Allensbach-Umfrage. (2001). Online im Internet: URL: <http://www.studienpreis.de/dsp/html/presentation/allensbach2.htm> [29.11.2001].
- Beck, U. (1995). Interview in Geo-Extra 1: 90.
- Berger, J. (1974). Sehen. Das Bild der Welt in der Bilderwelt. Reinbeck: Rowolt. (Original erschien 1972: Ways of Seeing).
- Cash, T. F. (2001). An investigation of changes in body image following cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 109, 370–371.
- Cash, T. F. (1996). Body Image and cosmetic surgery; The psychology of physical appearance. *American Journal of Cosmetic Surgery*, 13, 345–351.
- Davis, K. (1999): »My Body is my Art« – Kosmetische Chirurgie als feministische Utopie? In: Alheit, P., Dausien, B., Fischer-Rosenthal, W., Hanses, A., Keil, A. (Hrsg.): *Biographie und Leib*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 247–263.
- Der Tagesspiegel (2003). Eine Million Operationen für schönere Deutsche. 12. Juli 2003, Nr. 18176, S. 28.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- Gliman, Sander, L. (1999). *Making the Body beautiful. A culture history of aesthetic searcherie*. Princeton: Univers. Press.
- Faludi, S. (1991): *Backlash: The undeclared war on American women*. New York: Crown Publishers, Inc.
- Kluge, N., Hippchen, G. & Fischinger, E. (1999). Körper und Schönheit als soziale Leitbilder. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in West- und Ostdeutschland. Frankfurt/M.: Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Lacan, J. (1991). *Das Spiegelstadium als Bildner der Ichfunktion*. Schriften 1. Hrsg.: N. Haas. Weinheim; Berlin: Quadriaga (Original erschien 1966: *Stade du miroir comme formateur de la fonction du moi*).
- Lehnert, G. (1996). *Mode. Models. Superstars*. Köln: Dumont.
- Lehnert, G. (1998). *Mode, Weiblichkeit, Modernität*. Dortmund: Edition Ebersbach.
- Menkes, S. (2001). Sieg der Schamlosigkeit, Vogue dt. Ausg., Januar Heft, 156–161.
- Pruzinsky, T. & Edgerton, M. T. (1990). *Body-Image Change in Cosmetic Plastic Surgery*. In: Cash, T. F. (Hrsg.). *Body Images*. New York: Guilford Press.
- Riviere, J. (1994): *Weiblichkeit als Maskerade*. In: Weisberg, L. (Hrsg.): *Weiblichkeit als Maskerade*. Frankfurt a. M.: Fischer, S. 34–47.
- Rodin, J. (1993). *Der Attraktivitätsterror: Die Zurichtung weiblicher und männlicher Körper*. In: *Psychologie heute* 20: 23–25.
- Sarwer, D.B., Wadden, T.A., Pertschuk, M.J. & Whitaker, L.A. (1998a). *Psychological Investigations in Cosmetic Surgery: A Look Back and a Look Ahead*. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 101, 1136–1143.
- Sarwer, D.B., Wadden, T.A., Pertschuk, M.J. & Whitaker, L.A. (1998b). *The Psychology of cosmetic*

Psychodynamische Diagnostik und Therapie der körperdysmorphen Störung

Uwe Gieler

Einleitung

Die körperdysmorphe Störung wurde unter verschiedenen Bezeichnungen dargestellt. In der Dermatologie und der Psychosomatischen Medizin wurde bisher von Entstellungssyndrom gesprochen, die ICD 10 kategorisierte die Erkrankung in die Gruppe der somatoformen Störungen unter Hypochondrie (F 45.2). Andere gängige Begriffe sind »Non-Dermatological Disease« (Cotterill 1996); Hässlichkeitssyndrom; Thersites-Komplex (Thersites war der hässlichste Krieger im Heer von Odysseus nach der Sage Homers). Im angloamerikanischen spricht man von »Body Dysmorphic Disorder« (Altamura 2001, Philipps 1993).

Die Prävalenz der körperdysmorphen Störung wird nach Philipps (1993) mit ca. 1-4 % der amerikanischen Bevölkerung angegeben (Oosthuizen et al 1998, Otto et al 2001). Böhne et al (2002) zeigten an amerikanischen Studenten, dass 4% die Kriterien der körperdysmorphen Störung nach DSM-IV (1994) erfüllten, die relative Anzahl der verglichenen deutschen Studenten entsprach dieser Zahl. In der Hautklinik und in dermatologischen Praxen scheint die Störung noch häufiger aufzutreten. Nach einer von der eigenen Arbeitsgruppe durchgeführten Erfassung somatoformer Störungen in einer Universitätsambulanz wurden 195 konsekutive Patienten erfasst. Darunter befand sich eine Anzahl von ca. 10% mit einer körperdysmorphen Störung (Gieler et al 1997). Kapfhammer fand in seiner psychiatrischen Konsilistichprobe 0,5% von Patienten, die an einer solchen körperdysmorphen Störung litten (Kapfhammer & Gündel 1997).

Diagnostisch ist die körperdysmorphe Störung vor allem durch die hohe Diskrepanz

zwischen der vom Untersucher eingeschätzten Entstellung und der vom Patienten erlebten Entstellung gekennzeichnet. Ein einfaches Schema zur Ermittlung dieser Diskrepanz hat sich für uns in der Behandlung und diagnostischen Einschätzung gut bewährt. Der Betroffene erhält eine Visuelle Analog-Skala von 1-10 und soll auf dieser Anzeigen, wie stark er sich selbst entstellt fühlt, gleichzeitig schätzt der Untersucher die quasi objektive Entstellung mit ein. Wenn eine Diskrepanz von 4 oder mehr Einheiten auf der VAS sich darstellt, besteht der Verdacht auf eine körperdysmorphe Störung, die dann genauer abgefragt und gesichert werden sollte (VAS siehe Abb. 1). Eine Diagnostik ist durch die inzwischen international gut entwickelten Fragebögen zur Entstellungsproblematik möglich, die in den U.S.A. von Philipps et al (1995, 1997), Dufresne et al (2001) und Jorgensen et al (2001) sowie in Deutschland von Stangier (Stangier et al 2000) entwickelt wurden.

Theoretische Ansätze zur Erklärung und Behandlung der körperdysmorphen Störung

Verschiedene Theorien versuchen die Entstehung einer körperdysmorphen Störung verstehbar zu machen. Die »Self-Discrepancy Theory (SDT)« ist ein von Veale et al (2003) dargestellter Ansatz, der in einer Studie belegt werden konnte: 72 Patienten mit körperdysmorpher Störung wiesen vor

Tab. 1: Schema der psychodynamischen Psychotherapie bei Körperdysmorpher Störung

1. Die/Der Therapeut/in muss durch Erfassung der Biografie und der Übertragung unter Berücksichtigung der Gegenübertragung das Problem und den dahinter liegenden unbewussten Konflikt des Patienten versuchen zu erfassen.
2. Das Erkennen eines zentralen Konfliktes stellt zunächst eine Arbeitshypothese dar, die wiederholt vom Therapeuten geprüft und auf ihre diagnostische Stabilität hin untersucht werden sollte.
3. Nach Erkennen des Konfliktes und der neurotischen Muster sollte versucht werden, dies dem Patienten langsam näher zu bringen und anhand von Beispielsituationen des Alltags für den Patienten emotional erlebbar zu machen. Hierzu kann vor allem die Technik der interaktionellen Deutung zwischen Patient und Therapeut häufig genutzt werden.
4. Hat der Patient den Konflikt und seine neurotischen Strukturen erkannt, so müssen diese für ihn auch in vielen Alltagssituationen verständlich und erkennbar und damit engrammierbar werden.
5. Nach der Erkenntnis beginnt anschließend (nicht früher!) der Prozess, durch erste alternative Handlungsmuster neue Erfahrungen zu sammeln und diese unter Berücksichtigung der eigenen Erkenntnis in seine Lebensstruktur einzubauen und in vielen Lebenssituationen zu benutzen um neue Erfahrungen machen zu können, die auch emotional gespeichert werden sollten.
6. Diese neuen Handlungsalternativen auf dem Hintergrund der biografischen Muster müssen vom Patienten stabilisiert werden können und auch in krisenhaften Bewährungssituationen Bestand haben. Damit wäre die Therapie dann abgeschlossen!

alles im »Selbst-Ideal« und im »Selbst-Sein-Wollen« Unterschiede im Vergleich zu Kontrollen auf, während sie beispielsweise im »aktuellen Selbst« und bei »Anderen-Ideal« keine Unterschiede zeigten. Auffällig ist bei fast allen Studien auch die hohe Komorbidität von Depression und sozialer Phobie, die meist häufiger als 70% auftritt (Buhlmann et al 2002, Hollander & Aronowitz 1999; Nierenberg et al 2002, Philipps et al 2000). Die Autoren gehen teilweise von einer hohen Assoziation mit Zwangsstörungen aus (Cororve & Gleaves 2001; Neziroglu et al 2001; Philipps et al 1998), die nach Aski et al (2002) in fast 32% vorkommen sollen. Dieser Ansatz wird

auch unter dem Gesichtspunkt gesehen, dass es auf neurobiologischer Grundlage zu einer Störung des Serotoningleichgewichts kommt. Dabei werden hier die hohen Komorbiditäten und ein gehäuftes Auftreten dieser Störungen in Familien verantwortlich gemacht. Auch die Ansprechbarkeit der Störung auf selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) werden als Erklärung dargestellt (Patterson et al 2001; Philipps et al 2002, 2003). Auch eine verstärkte Neigung zur Suizidalität wird von den meisten Autoren angenommen (Garcia-Parajua et al 2003; Philipps et al 2000). Dies wird durch eine schwedische Studie erhärtet, die zeigen konnte,

das Frauen nach kosmetischen Brustimplantaten erhöhte Selbstmordraten und auch erhöhte Todesfälle an Krebs zeigten (Koot et al 2003).

Neben diesen deskriptiv-psychiatrischen Ansätzen gibt es Berichte, die von einem Entzündungsprozess im frontotemporalen Bereich des Gehirns ausgehen (Gabbay et al 2003).

Der in den letzten Jahren am häufigsten dargestellte Erklärungsansatz stellt der kognitiv-behaviorale Ansatz dar, der im Wesentlichen davon ausgeht, dass durch fehlerhafte Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse hinsichtlich des eigenen Erscheinungsbildes es zu einer Fehlentwicklung kommt (Veale et al 1996 a,b). Zusätzlich sollen dann die von den Medien sehr geförderten Schönheitsideale zu einer Verinnerlichung dieser Ideale führen, die wiederum die Erkrankung disponieren (Philipps et al 1993).

Stangier (2002) hat in seinem Buch über Hauterkrankungen und körperdysmorphe Störungen hierzu ausführlich Stellung genommen und ein eigenes informationstheoretisches Modell zur Entwicklung dieser Störung dargestellt. Er integriert bereits neben den Körpermerkmalen, die unter einer selektiven Aufmerksamkeit fehlinterpretiert werden (Stangier et al 2003) die Emotion des Ekels und dessen Vermeidung in die Entstehungstheorie der körperdysmorphe Störung. Jedoch werden auch hierbei mögliche unbewusste Konflikte und die Symbolisierung der eigenen Hässlichkeit als mögliche Ursache nicht beachtet. Es ist das Verdienst der langen klinischen Erfahrung Stangiers, in seinem Ansatz (2002) ausführlich zur Psychotherapiemotivation bei diesen zunächst für Psychotherapie unmotivierten Patienten wichtige Vorschläge geliefert zu haben, die für alle Psychotherapeuten sehr hilfreich sind.

Der Erfolg von behavioralen Programmen wird in einigen Studien mit 2-Jahres-follow-up dargestellt (McKay 1999, Wilhelm 1999).

Der psychodynamische Erklärungsansatz

Der von uns bevorzugte psychodynamische Therapieansatz hat den Vorteil, dass es nicht nur

ein erlerntes Verhaltensmuster, sondern auch die Betrachtung eines hinter dem Symptom zugrunde liegenden Konfliktmodells gibt, das mit dem Betroffenen bearbeitet wird und durch die Bearbeitung der unbewussten Anteile mittels Spiegelung der Übertragung dem Patienten ermöglicht, einen Erklärungsansatz seiner Störung zu finden und nicht nur die erlernten Symptomreaktionen zu bearbeiten. Gerade bei der im folgenden Fall eher unmotivierten, die somatischen Prozesse immer in den Vordergrund stellenden Patientin ist der kognitive Ansatz häufig nicht gangbar. Zur Festigung der durch die psychodynamische Therapie gefundenen Erklärungsmuster werden dann durchaus auch kognitive Verfahren wie die Übung an der visuellen Analogskala durchgeführt, da nicht nur ein Erklärungsmodell für den vorliegenden Fall gefunden werden sollte, sondern auch eine Umsetzung in den Alltag angestrebt wurde und die Beziehungsmuster erfahrbar und stabilisiert werden sollten. Die psychodynamische Psychotherapie geht dabei von folgendem Schema aus (siehe Tab. 1):

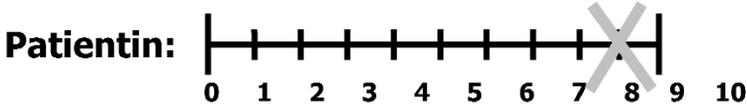
Ähnliche Ansätze sind bereits für homosexuelle Patienten mit Körperbildstörungen beschrieben worden (Kassel & Franko 2000).

Auch die psychoanalytischen Aspekte des Separationskonflikts und der Abhängigkeit in der frühen Kindheit könnten mögliche Ursachen für eine hypochondrische Entwicklung sein. Diese führen zu späteren oral-sadistischen, anal-sadistischen und progressiv-perversen Abwehrstrukturen, die letztlich der Kompensation von desintegrativen Angstzuständen dienen und so eine Entwicklung des Betroffenen fördern, sich in ein autistisches Selbst-entwertendes Ekelgefühl zu flüchten, um diese abgewehrten tiefenpsychologischen Dimensionen nicht erleben zu müssen, wie dies für die Entwicklung der Hypochondrie bereits ausführlich dargelegt wurde (Lipsitt 1974, Nissen 2000).

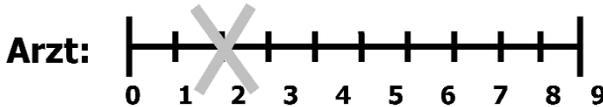
Plausiblere Ansätze liefert jedoch die Bindungstheorie, die inzwischen sehr klar zeigen konnte, dass unsicher bzw. ängstlich gebundene Kinder die höchste Rate an hypochondrischen Gedanken haben (Schmidt et al 2002). Auch neuere Studien zum Selbstbild in Abhängigkeit von einer depressiven Mutter

Evaluation der Körperdysmorphen Störung

Wie stark fühlen Sie sich in Ihrem Aussehen beeinträchtigt?



Wie stark ist der Pat. in seinem Aussehen beeinträchtigt?



**Differenz VAS Patient vs Arzt > 4 Punkte
Körperdysmorphie Störung wahrscheinlich**

Abb. 1. Evaluation und diagnostische Abschätzung einer körperdysmorphen Störung

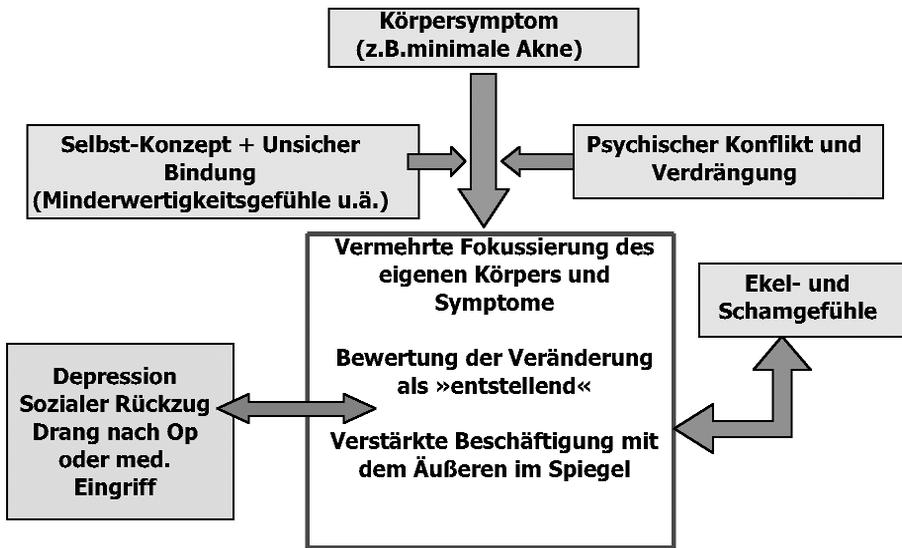
weisen deutlich auf diese tiefenpsychologische Dimension hin (Berg-Nielsen et al 2003). In der Untersuchung dieser norwegischen Arbeitsgruppe fanden sich deutliche Zusammenhänge bei jungen Erwachsenen mit den externalisierten Problemen der Mutter im Hinblick auf die Zufriedenheit mit deren Aussehen! Auch eine weitere Studie mit Kindern im Alter von 2 Monaten konnte zeigen, dass die 57 Kinder mit Problemen in der Mutter-Kind-Interaktion nach 2 Jahren follow-up deutlich mehr gesundheitliche Probleme hatten als die Kontrollgruppe von 63 Kindern (Mäntymaa et al 2003).

In der psychodynamischen Betrachtungsweise gehen wir in unserem Team von einem auslösenden Ereignis in einem psychischen Konflikt aus, das auf dem Boden eines unsicheren Bindungsmusters und Selbstwertzweifel als zentraler Fokus gesucht wird. Die zugrunde liegenden Konflikte werden dadurch verdrängt, die hypochondrische Bewertung als entstellt zu sein stabilisiert sich und führt wiederum zu verstärkten Ekel- und Schamgefühlen, die den Prozess noch verschärfen. (siehe Abb. 2)

Fallbeispiel:

Eine 42-jährige Patientin wird von der sie behandelnden Hautärztin auf unsere psychodermatologische Station geschickt. Die Hautärztin hält es nicht mehr aus, dass die Patientin täglich ihre Praxis aufsucht, um ihre vermeintliche Entstellung beurteilen zu lassen und immer wieder nach dermatologischen und kosmetischen Therapieansätzen sucht. Die tägliche Konsultation dient offenbar der Selbst-Stabilisierung und bringt die Kollegin schließlich dazu, die Patientin zur stationären Behandlung vorzustellen. Die Vorgeschichte ist lang, die Patientin hat bereits zahlreiche Therapieverfahren hinter sich. Eine 4-jährige hochfrequente psychoanalytische Behandlung hat genauso wenig geholfen wie eine 3-jährige Verhaltenstherapie. Sie hat bereits 3 stationäre psychiatrische Krankenhausaufenthalte wegen der Störung hinter sich, auch der jeweilige Versuch hier medikamentös eine Besserung zu bewirken, schlug ebenso fehl wie ein Aufenthalt in einer stationären psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung. Die Patientin

Entstehung der Körperdysmorphen Störung



©Gieler 2003

Abb. 2. Psychodynamisches Erklärungsmodell der Körperdysmorphen Störung

stellt sich sehr verzweifelt dar, unsere Klinik sei ihre letzte Hoffnung, sonst würde sie sich umbringen, sie schildert intensive Ekelgefühle vor sich selbst, auch nachts würde sie sich schminken, da ihr Gesicht unerträglich wäre. Sie betrachtet sich bis zu 8 Stunden täglich im Spiegel, auch das Abhängen desselben als verhaltenstherapeutische Maßnahme konnte von ihr nicht eingehalten werden. Wir sehen bei der Aufnahmeuntersuchung eine durchaus selbstbewusste und auch resolut wirkende Patientin, bei der bei intensiver Betrachtung der Gesichtshaut eine vielleicht diskrete Rötung mehr als bei sonstigen Menschen auszumachen ist. Darunter leidet die Patientin, die ihre Entstellung als Rosazea (eine akneähnliche dermatologische Erkrankung) diagnostiziert bekommen hat, die auch entsprechend mit einer Creme (Metronidazol) behandelt wird. Die Patientin schildert sehr eindrucksvoll, dass sie sich ständig durch den Spiegel eine Sicherheit schaffen muss, ob ihr Gesicht noch in Ordnung sei. Schon bei dieser Schilderung wird in der Übertragung deutlich, dass es offenbar um die Absicherung des eigenen

Selbst als existent und akzeptabel geht, die Patientin kann dies aus der Erfahrung und den Deutungsversuchen der Psychoanalytikerin auch mitteilen – »meine Therapeutin meinte immer, ich habe ein schwaches Selbst«. Die narzistische Verdoppelung im Sinne einer alexithymischen Sichtweise wird hierbei schon spürbar. In der Anamnese wird deutlich, dass sie bereits in ihrer Pubertät von einer milden Akne befallen war, die die Eltern als störend empfanden und deshalb die Tochter, wohl ein wenig gegen deren Willen, zum Hautarzt brachten. Dieser schrieb ihr ein Cortisonpräparat für das Gesicht auf, darunter besserte sich die Akne und führte in der Folge zur weiteren Anwendung und Gewöhnung an diese helfende Salbe. Da es beim Versuch des Absetzens von Cortison immer wieder zu einer Verschlechterung der Akne kam, wurde sie von ihren Mitschülerinnen und Mitschülern oft als »Pickelgesicht« ausgelacht. Da auch – wie sie sich erinnert – ihr Vater sie damit konfrontiert habe, sie müsse sich mit ihrer Hässlichkeit abfinden, stürzte sie dies in tiefe Verzweiflung mit Selbstmordgedanken. Trotz allem konnte sie die

Schulzeit mit einem Realschulabschluss beenden und eine Ausbildung als Arzthelferin beginnen, die sie auch abschloss. Lange konnte sie in diesem Beruf jedoch nicht tätig sein, da sie bald von ihrem Freund und späteren Ehemann schwanger wurde und einen heute 14-jährigen Sohn, der bis jetzt zusammen mit ihr in einer Wohnung wohnt, bekam. Sie arbeitete dann zeitweise als Verwaltungsangestellte bei einer Krankenkasse bis zur Geburt ihres Sohnes. Als der Sohn 3 Jahre alt war, also 11 Jahre vor der Aufnahme bei uns, ließ sie sich wegen der ständigen Alkoholexzesse ihres Ehemannes scheiden und bezog eine eigene kleine Wohnung, musste aber fortan von der Sozialhilfe leben. Seit dieser Zeit ist sie arbeitslos und ohne Beschäftigung, obwohl sie stundenweise in einem Haushalt aushilft. Ein neuer Lebenspartner, der nach ihren Angaben ebenfalls Alkoholiker sei, wohnt nicht mit ihr in einer gemeinsamen Wohnung, aber sie möchte sich auch nicht von ihm trennen, da sie sonst außer ihren Eltern, denen sie völliges Versagen im Umgang mit ihrer Akne vorwirft, nicht viele Beziehungen hat. Die bisher von ihr durchgeführte antidepressive Behandlung mit Doxepin 50, 3 x tgl. wird auch auf der Station während des gesamten stationären Aufenthaltes beibehalten. Als sie aufgenommen wird, kritisiert sie sehr schnell, dass nicht häufig genug auf ihre Haut eingegangen wird und sie fordert eine Maximaltherapie ein, die aus der Gabe von systematischem Tetracyclin und einem Antikonzeptivum besteht. Mit den Mitpatienten kommt es jeweils leicht und schnell zu Auseinandersetzung, sie gilt in der Therapiegruppe als unnahbar und dominant. Am Beginn der Therapie wird ihr tiefes Misstrauen gegenüber den Behandlern wie Mitpatienten deutlich, es wird jedoch verstehbar unter dem psychodynamischen Verständnis, dass sie eine massive Scham- und Schuldproblematik entwickelt hat und sich infolge der narzisstischen Kränkung und Kränkbarkeit vor sich selbst immer wieder ekelt. Hier scheinen die eigenen aggressiven Bestrebungen gebunden zu sein. Sie reinszeniert damit deutlich ihre Beziehung zu den Eltern. Erst langsam kann sie Vertrauen aufbauen als sie feststellt, dass sich um sie gekümmert wird und auch immer wieder Lösungsversuche gesucht werden. Sie kann

langsam durch die zunächst somatische Akzeptanz und später auch die Deutungen zu ihrer Beziehungsgestaltung erkennen, wie sie ihre Beziehungen gestaltet und durch die am Wochenende stattfindenden Heimatbesuche stellt sie auch die Konflikte mit ihrem Partner und ihren Eltern, wie auch mit dem Sohn verstärkt fest. Dies führt jedes Mal zu einem nach dem Wochenende deutlichen Rückfall in ihrer altbewährten Muster mit Ekel und Scham vor sich selbst, indem sie eine Verschlechterung ihres Gesichtes bemerkt. Nur die ständige Analyse mit ihr über die begleitenden Bedingungen machen es langsam möglich, dass sie diese Zusammenhänge auch selbst sehen und teilweise anerkennen kann. Die anfänglich narzisstische Überhöhung der Therapeuten führt natürlich konsequent zu deren Ablehnung (»sie akzeptieren nicht, das ich eine Rosazea habe«) und den damit verbundenen Beziehungsabbrüchen, die meist von ihr förmlich provoziert werden. Erst langsam werden durch das gewährende Verständnis aller Therapeuten (Einzel- und Gruppentherapeut, Körpertherapeut, Kunsttherapeutin, dermatologisches Konsil und Pflegegespräche) auch Themen, die den hinter dem Entstellungsgefühl liegenden Konflikt ansprechbar machen, möglich. Fragen nach der Symbolisierung der Haut (»Was will sie ihnen wieder zeigen?«) lassen sich langsam ansprechen und führen zu einer mehr toleranten Haltung gegenüber sich selbst. Sie kann ihre innere Ambivalenz den Eltern gegenüber, die sie zunächst nur als misshandelnde Monster wahrgenommen hat und nicht sehen konnte, das diese auch nur den sicher kontraproduktiven Behandlungsmaßnahmen des früheren Hautarztes glaubten, wahrnehmen und erkennen, dass die Eltern sich zumindest sehr bemühen, ihr öfter den Sohn zur Betreuung abzunehmen. Sie kann langsam erkennen, dass die Ekel- und Schamempfindungen Projektionen sind, die ihr schwaches Selbst vor einer Desintegration schützen und es gelingt ihr gleichzeitig, die Selbstwahrnehmung als attraktive Frau aufzubauen. Auch den Mitpatienten fällt jetzt ihre mehr verständnisvolle Art auf, das Kümmern um sich selbst, das sich u.a. auch in einer neuen Frisur äußert. Der hinter der Entstehung gelegene Konflikt konnte im Verlauf der

12-wöchigen multimodalen integrierten psychodynamischen Psychotherapie verdeutlicht werden und auch gleichzeitig ein stärkeres Selbstwertgefühl aufgebaut werden. Hinzu kamen die täglichen verhaltenstherapeutischen Maßnahmen durch ständige Kontrolle ihres Aussehens mittels der in Abb. 1 dargestellten VAS-Skala, auf der jeweils von den Untersuchern sehr ehrlich ihre Einschätzung mit der Einschätzung der Behandler festgestellt wurde. Bei der Entlassung war die Patientin deutlich stabiler, es wurde verabredet, dass sie zuhause die Hautärztin nur noch alle 4 Wochen konsultiert, was auch gelang.

Psychodynamisch war die Patientin offenbar bereits in ihrer Kindheit sehr misstrauisch und hatte ein instabiles Selbst entwickelt, das durch die falsche Aknetherapie zusätzlich traumatisiert und damit Kristallisationspunkt der vermehrten Aufmerksamkeit wurde. Die Beschäftigung mit dem Gesicht und der vermeintlichen Entstellung stand stellvertretend für die innere Unsicherheit, die nach außen projiziert wurde, da es innerpsychisch nicht gelang, eine Stabilität zu erreichen.

In der testpsychologischen Evaluation mittels des Marburger Hautfragebogens konnte die deutliche Besserung auch mittels dieser subjektiven Einschätzung bestätigt werden, vor allem die sozialen Ängste besserten sich sehr deutlich, wenn sie auch nicht auf das Niveau des Mittelwertes der Eichstichprobe von Hautpatienten abfiel (siehe Abb. 3).

Die von uns durchgeführte Therapie, als integrative psychodynamische Psychotherapie bezeichneter Ansatz, wurde zum Beispiel von Kholmogorova & Garanjan (2001) als Kombination von kognitiven und psychodynamischen Komponenten speziell für die somatoformen Störungen beschrieben und bietet, wie auch bei der dargestellten Patientenbehandlung, eine plausible und technisch wertvollen Ansatz im Umgang mit dieser meist recht schwierigen Klientel. Der mögliche gruppenpsychotherapeutische psychodynamische Therapieansatz (Garcia Campayo & Sanz Carrillo 2000) bietet ebenso Ansätze zur stationären Behandlung von somatoformen Störungen.

Literatur

- Altamura, C.; Paluello, M.M.; Mundo, E.; Medda, S.; Mannu, P.; (2001): Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. In: *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 251, S. 105–108.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed 4. Author, Washington DC.
- Aski, R.; Cilli, A.S. (2002): Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: diagnosis, other psychiatric diagnosis, demographic and clinical correlates. In: *Turk Psikiyatri Derg* 13, S. 197–203.
- Berg-Nielsen, T.S.; Vika, A.; Dahl, A.A. (2003) When adolescents disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem. In: *Child: Care, Health and Development* 29, S. 207–213.
- Bohne, A.; Keuthen, N.J.; Wilhelm, S.; Deckersbach, T.; Jenike, M.A. (2002): Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. In: *Psychosomatics* 43, s. 486–490.
- Buhlmann, U.; McNally, R.J.; Wilhelm, S.; Florin, I.F. (2002): Selective processing of emotional information in body dysmorphic disorder. In: *J Anxiety Disord* 16, 289–298.
- Cororve, M.B.; Gleaves, D.H. (2001): Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. In: *Clin Psychol Rev* 21, S. 949–970.
- Cotterill, J.A. (1996): Dermatologic nondisease. In: *Dermatol Clin* 14, S. 439–445.
- Dufresne, R.G.; Phillips, K.A.; Vittorio, C.C.; Wilkel, C.S. (2001): A Screening Questionnaire for Body Dysmorphic Disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. In: *Dermatol Surg* 27, 457–462.
- Gabbay, V.; Asnis, G.M.; Bello, J.A.; Alonso, C.M.; Serras, S.J.; O'Dowd, M.D. (2003): New onset of body dysmorphic disorder following frontotemporal lesion. In: *Neurology* 8, S. 123–125.
- Garcia Campayo, J.; Sanz Carrillo, C. (2000): Effectiveness of group psychoanalytic therapy in somatizing patients. In: *Actas Esp Psiquiatr* 28, S. 105–114.
- Garcia-Parajua, P.; Martinez, M.; Ovejero, S.; Caballero, L. (2003): Severity in dysmorphophobia: description of two cases. In: *Actas Esp Psiquiatr* 31, S. 168–170.
- Gieler, U.; Stangier, U.; Niemeier, V. (1997): Somatoforme Syndrome in der Dermatologie; in *Kapfhammer*
- H-P, Gündel H (Hrsg): *Psychotherapie der Somatisierungsstörungen*. Stuttgart, Thieme S. 104–116.
- Hollander, E.; Aronowitz, B.R. (1999): Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: Managing the complicated patient. In: *J Clin Psychiatry* 60(suppl 9):27–31.
- Jorgensen, L.; Castle, D.; Roberts, C.; Groth-Marnat, G. (2001): A clinical validation of the Dysmorphic

Ergebnisse Marburger Hautfragebogen

Soziale Ängste, Hilflosigkeit und emotionale Belastung bleiben auch am Therapieende über der 84%-Perzentile !

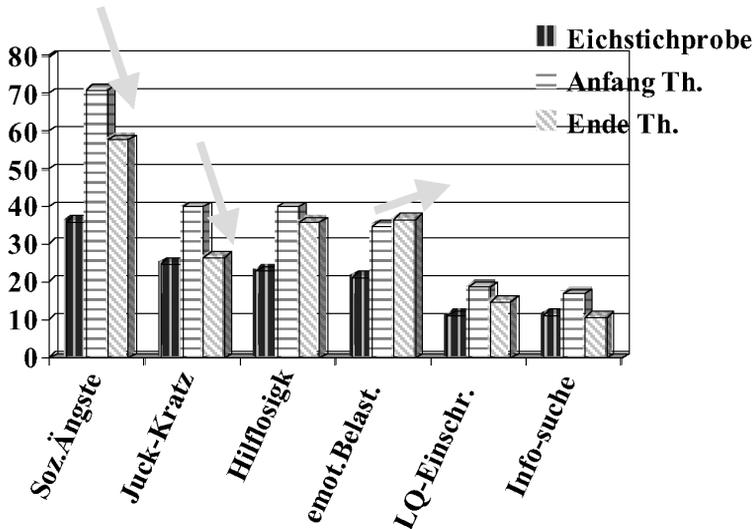


Abb. 3: Ergebnisse des Marburger Hautfragebogens vor und nach stationärer psychodynamischen Psychotherapie bei einer Patientin mit körperdysmorpher Störung (siehe Fallbeispiel).

Concern Questionnaire. In: Aust N Z J Psychiatry 35,124–128.

Kapfhammer, H.-P.; Gundel, H. (Hrsg) (1997): Psychotherapie der Somatisierungsstörungen. Stuttgart, Thieme, S. 104–116.

Kassel, P.; Franko, D.L. (2000): Body image disturbance and psychodynamic psychotherapy with gay men. In: Harv Rev Psychiatry 8, S. 307-317.

Kholmogorova, A.; Garanjan, N. (2001): A combination of cognitive and psychodynamic components in the psychotherapy of somatoform disorders. In: Psychother Psychosom Med Psychol 51, S. 212-218.

Koot, V.C.M.; Peeters, P.H.M.; Granath, F.; Grobbee, D.E.; Nyren, O. (2003): Total and cause specific mortality among Swedish women with cosmetic breast implants: prospective study. In: Brit Medical Journal 326, S. 527-528.

Lipsitt, D.R. (1974): Psychodynamic considerations of hypochondriasis. In: Psychother Psychosom 23, S. 132-141.

Mäntymaa, M.; Puura, K.; Luoma, R.; Salmelin, R.; Davis, H.; Tsiantis, J.; Isapanovic-Radojkovic, V;

Paradisiotou, A.; Tamminen, T. (2003): Infant-mother interaction as a predictor of child's chronic health problems. In: Child: Care, Health and Development 29, S. 181-191.

McKay, D. (1999): Two-year follow-up of behavioral treatment and maintenance for body dysmorphic disorder. In: Behav Modif 23,620–629.

Neziroglu, F.; Stevens, K.P.; McKay, D.; Yaryura-Tobias, J.A. (2001): Predictive validity of the overvalued ideas scale: outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. In: Behav Res Ther 39, S. 745-756.

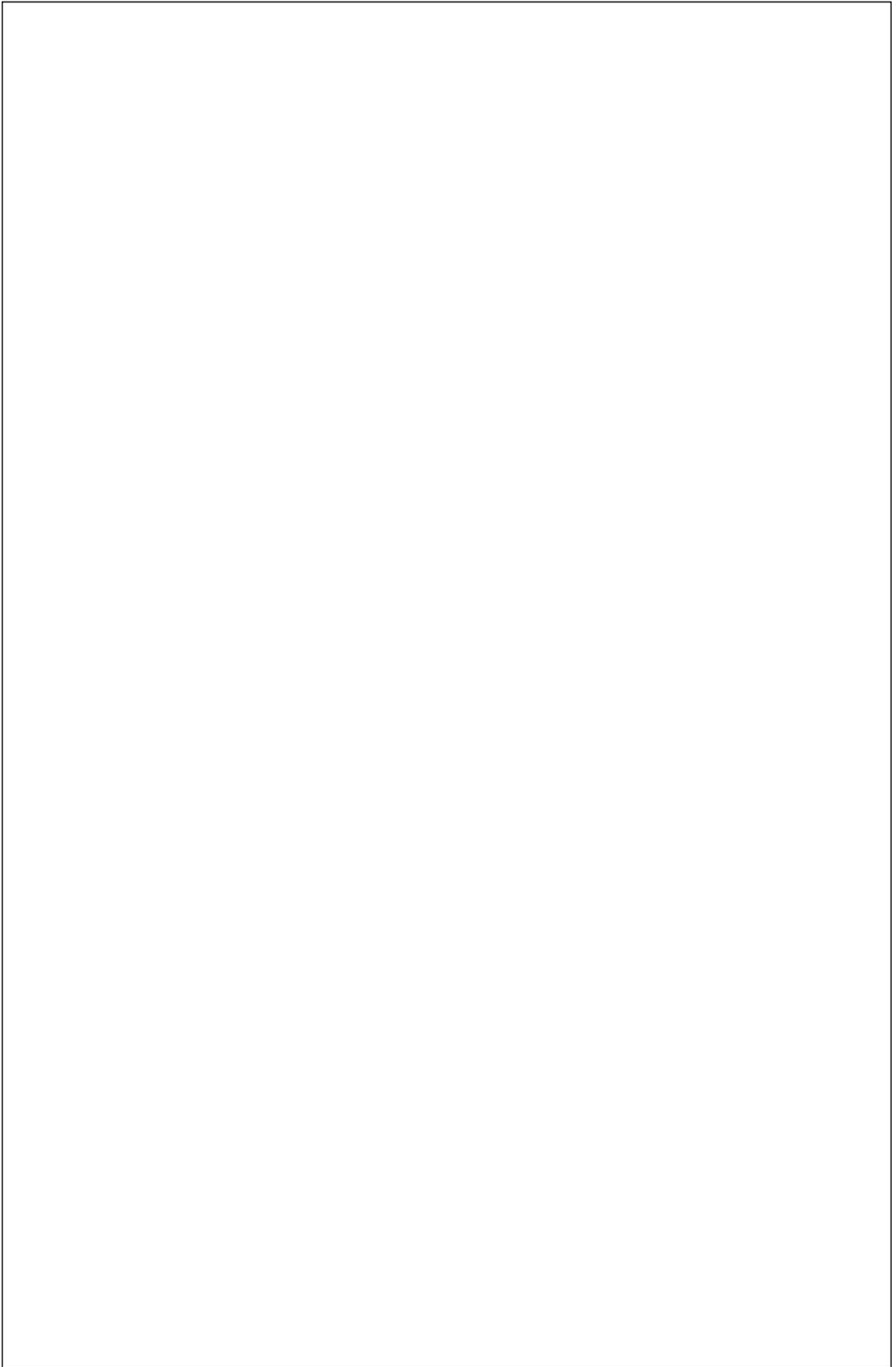
Nierenberg, A.A.; Phillips, K.A.; Petersen, T.J.; Kelly, K.E.; Alpert, J.E.; Worthington, J.J.; Tedlow, J.R.;

Rosenbaum, J.F.; Fava, M. (2002): Body dysmorphic disorder in outpatients with major depression. In: J Affect Disord 69:141–148.

Nissen, B. (2000): Hypochondria: a tentative approach. In: Int J Psychoanal 81, S. 651-666.

Oosthuizen, P.; Castle, D.J.; Lambert, T. (1998): Dysmorphic concern: Prevalence and associations with clinical variables. In: Aust N Z J Psychiatry 32, S.129–132.

- Otto, M.W.; Wilhelm, S.; Cohen, L.S.; Harlow, B.L. (2001): Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. In: *Am J Psychiatry* 158, S.2061–2063.
- Patterson, W.M.; Bienvenu, J.; Chodynicky, M. P.; Janniger, C.K.; Schwartz, R.A. (2001): Body Dysmorphic Disorder. In: *International Journal of Dermatology* 40, S. 688–690.
- Phillips, K.A.; McElroy, S.L.; Keck, P.E.; Pope, H.G.; Hudson, J.I. (1993): Body Dysmorphic Disorder: 30 Cases of Imagined Ugliness. In: *Am J Psychiatry* 150, S. 302–308.
- Phillips, K.A.; Atala, K.D.; Pope, H.G. (1995): Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder. New Research Program and Abstracts. In: American Psychiatric Association 148th annual meeting. Miami, American Psychiatric Association, S.157.
- Phillips, K.A.; Hollander, E.; Rasmussen, S.A.; Aronowitz, B.R.; DeCaria, C.; Goodman, W.K. (1997): A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. In: *Psychopharmacol Bull* 33, S.17–22.
- Phillips, K.A.; Gunderson, C.G., Mallya, G., McElroy, S.L.; Carter, W. (1998): A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. In: *J Clin Psychiatry* 59, S. 568–575.
- Phillips, K.A. (2000): Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. In: *J Nerv Ment Dis* 188, S.170–175.
- Phillips, K.A.; Diaz, S.F. (1997): Gender differences in body dysmorphic disorder. In: *J Nerv Ment Dis* 185, S. 570–577.
- Phillips, K.A.; Dufresne, R.G. (2000): Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons. In: *Am J Clin Dermatol* 1, S. 235–243.
- Phillips, K.A.; Dufresne, R.G.; Wilkel, C.S.; Vittorio, C.C. (2000): Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. In: *J Am Acad Dermatol* 42, s. 436–441.
- Phillips, K.A.; Grant, J.; Siniscalchi, J.; Albertini, R.S. (2001): Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. In: *Psychosomatics* 42, S. 504–510.
- Phillips, K.A.; Albertini, R.S.; Rasmussen, S.A. (2002): A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. In: *Arch Gen Psychiatry* 59, S.381–388.
- Phillips, K.A.; Najjar, F. (2003): An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. In: *J Clin Psychiatry* 64, S. 715–720.
- Schmid, S.; Strauss, B.; Braehler, E. (2002): Subjective physical complaints and hypochondriacal features from an attachment theoretical perspective. In: *Psychology and Psychotherapy* 75, S. 313–332.
- Stangier, U. (2002) Hautkrankheiten und körperdysmorphe Störung. Göttingen (Hogrefe).
- Stangier, U.; Hungerbühler, R.; Meyer, A.; Wolter, M. (2000): Diagnostische Erfassung der Körperdysmorphen Störung: Eine Pilotstudie. In: *Nervenarzt* 71, S. 876–84.
- Stangier, U.; Adam-Schwebe, S.; Müller, T.; Wolter, M. (2003): Wiedererkennung ästhetisch relevanter Gesichtsm Merkmale bei Körperdysmorpher Störung. *Verhaltenstherapie* 13(suppl 1), S.45.
- Veale, D.; Boocock, A.; Gournay, K.; Dryden, W.; Shah, F.; Willson, R.; Walburn, J. (1996a): Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. In: *Br J Psychiatry* 169, S.196–201.
- Veale, D.; Gournay, K.; Dryden, W.; Boocock, A.; Shah, F.; Willson, R.; Walburn, J. (1996b): Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. In: *Behav Res Ther* 34, S.717–729.
- Veale, D.; Kinderman, P.; Riley, S.; Lambrou, C. (2003): Self-discrepancy in body dysmorphic disorder. In: *Br J Clin Psychol* 42, S. 157–169.
- Veale, D.; Riley, S. (2001): Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. In: *Behav Res Ther* 39, S. 1381–1393.
- Wilhelm, S.; Otto, M.W.; Lohr, B.; Deckersbach, T. (1999): Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: A case series. In: *Behav Res Ther* 37, S. 71–75.



Kunstkörper und Körperkunst – Identifikationsstrategien im säkularisierte Alltag

Peter Ulrich Hein

Wahlfreiheit in der ästhetisierten Gesellschaft

Eine der nachhaltigsten kultursoziologischen Debatten der letzten Jahre kreist um die Frage, warum wir gerade unserem Körper soviel Aufmerksamkeit widmen, wo doch die Lebenswelt immer reicher wird an Apparaturen, die körperlichen Einsatz und körperliche Präsenz wenn nicht gerade überflüssig, so doch an Bedeutung sekundär erscheinen lassen. Sollte die Wellness- Beauty- bzw. Wohlfühlindustrie ihre Existenz der Einsicht verdanken, dass eine dem Menschen angemessene, in postmodernen Gesellschaften gleichwohl nicht mehr durch unmittelbaren Zwang zur Lebenserhaltung aufgezwungene körperliche Betätigung gewissermaßen neu und zwar ästhetisch begründet werden will? Die Disproportion von Körpereinsatz und Outfit im Sport, von kommunikativer Stimulanz und körperlicher Präsenz in der Sexualität, ja überhaupt das Verhältnis von symbolischer und stofflicher Aktion – all dies harmoniert mit der Feststellung eines paradigmatischen Wandels, welcher die Gesellschaft bis in alle Lebensbereiche hinein ästhetisiert, d. h. immer mehr Handlungen auf die Symbol-ebene verlagert.

Dass sich damit ein nahezu massenhafter, teils experimenteller, teils exploitativer Umgang mit dem Körper abzeichnet, erscheint zunächst nicht zwingend. Mündete nicht auch der Körperkult um die Wende ins zwanzigste Jahrhundert eher in der Uniformität der Angestelltenexistenz oder in die Stereotypen paramilitärischer Stilisierung? Und in der Bildenden Kunst – eigentlich ein Seismograph für weltanschauliche Veränderungen – musste eine an

Körperfülle nahezu berstende Malerei modellhafter Abstraktion und dem Anspruch reiner Spiritualität weichen.

Erklären lässt sich die gegenwärtige Aktualität des Körpers damit, dass in einer Welt ephemerer Zustände der Körper sich als eine der wenigen, wenn nicht gar als die einzige Projektionsfläche symbolischer Evidenz anbietet. Je mehr einer immer größeren Zahl von Menschen die herkömmlichen Wege sozialer Identifikation versperrt oder ineffektiv erscheinen, ein durch Gratifikationsaufschub erkaufter Gewinn an Status und Prestige sich als illusionär erweist, desto erfolgversprechender mag es sein, sich auf das Unmittelbare und Naheliegende zu konzentrieren, nämlich auf die täglich neu zur Disposition stehende Ausgestaltung des eigenen Körpers. So plausibel diese Erklärung wirken mag, die damit unterstellte Korrelation von körperlicher Exaltiertheit und sozialer Orientierungslosigkeit, wie sie die Millionen vom Saturday-Night-Fever Befallenen kennzeichnen müsste, ist so nicht gegeben. Biografische Analysen in der Gruppe der Tätowierten, Gepiercten, SM-Akteure, Gelifteten oder ihren Körper auf sonst eine Weise Manipulierenden würden sehr bald ergeben, dass ein noch so gewagtes Muster auf der Haut den Wunsch nach einem Reihenhauses nicht ausschließt und sich unter den Exaltierten nicht Wenige befinden, die im traditionellen Sinne auf beruflichen Erfolg und stabile private Verhältnisse blicken können.

Kultartig zelebrierte Körpermodulationen – vom Fitnessrausch über Tattooing, Piercing bis zu allen möglichen Implantationen – zeugen

nicht automatisch von einer Verlagerung symbolischer Kompetenz in den Bereich des unmittelbar Anschaulichen und Zugänglichen, sondern deuten zunächst auf eine Ausweitung des symbolischen Experimentier- und Kommunikationsfeldes insgesamt hin. Der Körper assimiliert nicht die aus dem sozialen Diskurs verdrängten Evidenzen, sondern wird analog zu den hiervon befreiten, enttraditionalisierten Strukturen mehr und mehr disponibel. Ein Beispiel liefert wiederum die den gegenwärtigen Körperkult beflügelnde Sexualisierung: In einer Kommunikation, in welcher alles und jedes sexuell konnotiert ist, wird Sexualität so kontingent, dass sie sich tendenziell auf ihre unterschiedlichen Codierungsmöglichkeiten verlagert, um sich am Ende womöglich ganz in der Kommunikation diverser Obsessionen zu erschöpfen. Entscheidend ist für die Ästhetisierung des Körpers – wie für jede Ästhetisierung – eine in die Lebenswelt eingedrungene Kontingenzerfahrung, d. h. eine Vorstellung davon, dass alles auch anders sein könnte. Erst dadurch verhalten sich die Menschen optional, wobei sie ganz im Gegensatz zu den ästhetischen Konventionen etwa des 18. Jahrhunderts eines individuellen Geschmacks bedürfen, um ihre Entscheidung zu legitimieren. Nicht Ausschmückung, sondern Unterscheidung bildet den Kern dessen, was wir heute Ästhetisierung nennen. Eingeschlossen darin ist die Möglichkeit, außerhalb der Tradition zu bestimmen, wer ich sein oder als wer ich auftreten möchte. Körper-Modelling, unterstützt von den entsprechenden Outfits und Psychotunings bietet hierfür eine effektive Methode. Im Unterschied zu allen anderen frei optierbaren Rollen einschließlich des lebensweltlichen Imperativs zum »rational choice«, sind dem Spiel mit dem Körper biologische Grenzen gesetzt. Hier spielt der in Form des individuellen Geschmacks auftretende und schnell wechselnde Trend eine wichtige Rolle. Wenn ich schon legitimiert bin, mich außerhalb der Konvention schön zu finden, kann davon auch mein »Sosein« profitieren. Und so ist es kein Zufall, dass wir neben trendabhängigen, oft nahezu gewaltsamen Stilisierungen des Körpers auch einen Kult des »natürlichen Körpers« beobachten können, d. h.

Menschen sich exhibitionieren, die von den gesetzten Standards deutlich abweichen. Das Leitbild des athletischen und die Realität des asthenischen bzw. pyknischen Körpers sind hier nur oberflächlich unvereinbar. Denn Ästhetisierung im Sinne von Optionalität bedeutet, etwas zur »Geltung« zu bringen. So kann ein überkonstruierter hochartifizierlicher Körper je nach Standpunkt und Kompetenz durchaus als natürlich erscheinen, ein Abbild alltäglicher Unvollkommenheit oder Deformation dagegen als Ausdruck hoher formaler Qualität.

Das Ligaturenproblem in der permissiven Kultur

Die tendenzielle, von Simmel über Mannheim bis Bell und Derrida aus unterschiedlichen Perspektiven beschriebene Trennung des symbolischen Handelns aus festgelegten Bedeutungszusammenhängen beeinflusst das Verhältnis von Kunst und Alltag nachhaltig, und gerade an den Körperinszenierungen kann man ablesen, wie die Grenzen immer unschärfer werden. Kategoriell von den Gesetzen des Alltags getrennt, mischen Performer und Aktionskünstler jede Menge Alltagsbanalitäten in ihre sakralen Gesten; umgekehrt stellt manche Disco-Party die Inszenierung des benachbarten Stadttheaters in den Schatten, ganz zu schweigen von den ästhetischen Stilisierungen, mit denen Unternehmen ihre »Corporate Identity« und »Corporate Performance« aufbessern. Je unschärfer die Trennung von Realem und Vorgestellten sich nicht nur in der Perspektive einer modernen Erkenntnislehre, sondern auch in der Erfahrungswirklichkeit darbietet, desto weniger ist die Formulierung des künstlerischen »Als ob« auf abstrakte Symbole verwiesen. Die als kontingent wahrgenommene Realität bewährt sich selbst als Möglichkeit, eine jeweils andere Form zu generieren, ohne dass damit freilich im Marx'schen Sinne der Gedanke zur Wirklichkeit gekommen wäre. Einer Integration des Kunstanspruchs in einen Alltag ohne eindeutigen Realitätscharakter leistet die Tatsache Vorschub, dass einer formalen Innovation in

der Tradition der Klassischen Moderne mittlerweile das Repertoire abhanden kommt. Gerade deshalb hat die sogenannte postavantgardistische Kunst Ansprüche in dieser Richtung stark reduziert und sich auf die Evokation alternativer Wahrnehmung verlagert, womit insgesamt die symbolische Leistung an den alltäglichen Erlebniskontext des Rezipienten zurückdelegiert wird. Der binär organisierte Mensch jedoch, der ständig entscheiden und unterscheiden, jeden Alltagsvollzug an Kriterien von Komplexität und Originalität, von Lust oder Unlust messen muss, ist womöglich ein unglücklicher Mensch und, in seinem permanenten Bemühen, kreativ zu sein, eher eine Karrikatur. Auf die mit dem Optionalen einhergehenden psychosozialen Pathologien hat bereits Georg Simmel in seiner *Philosophie des Geldes* hingewiesen. Sennetts erfolgreiche Studie über den *Flexiblen Menschen* steht in dieser Tradition; auch Bell und Dahrendorf haben schon früh beobachtet, dass reziprok zur Entscheidungsfreiheit der Bedarf an Ligaturen wächst. Danach ist die schwerwiegendste Antinomie der Moderne dadurch gegeben, dass jede Option auf eine Körper und Seele strukturierende Normativität an der Ahnung scheitert, es könnte die falsche Wahl gewesen sein. Die Substitution alltagsdramatischer Rollenfiguren durch künstlerisch inspirierte krankt tendenziell an deren Belanglosigkeit. Um die darin enthaltenen knappen Ressourcen an Normativität nicht zu erschöpfen, muss entweder die Umschlaggeschwindigkeit der kulturellen Güter oder ihre Exklusivität erhöht werden. Neben eine temporäre, massenkulturell gesteuerte tritt eine nachhaltigere Distinktion etwa in elitären Kunstszenen.

Der kultische Umgang mit Marken ebenso wie die neuerlichen Huldigungen an das Künstlergenie sind schließlich ein Indiz dafür, dass innerhalb des steten Wandels einem Bedürfnis nach Bindung entsprochen werden kann, wenn Personen und Artefakte mit einem quasi-religiösen Nimbus aufwarten. Wenn Normativität sich in der optionalen Kultur nur mit dem Modus des Unterscheidens herstellen lässt, können davon auch die im Spiel befindlichen religiösen Ansprüche nicht unberührt bleiben.

Markentreue und intellektuelle Gefolgschaft werden also zur Glaubensfrage, die sich unter den gegebenen Umständen eher sektiererisch denn polytheistisch organisiert, womit wiederum ein bereits vor hundert Jahren von Max Weber gezeichnetes Bild moderner Religiosität seine Aktualität beweist. Die religiöse Besetzung der nützlichen wie der schönen Künste manifestiert sich nicht nur in der Bewunderung der monumentalen Museumstempels oder der Ehrfurcht vor den als Propheten auftretenden Architekten. Dem Begriff der Sekte entspricht es, sich selbst zum Propheten bzw. zum Gott erklären zu können. Erst auf dieser Basis, nämlich der Umleitung des Bindungspotentials auf die eigene Person erschließt sich der eigentliche Sinn des Körperkultes. Jede Intervention ist zugleich Verkörperung und Bekenntnis. So ist das flexible Individuum doch immer gebunden – was es auf vielfältige Weise kultisch zu zelebrieren versteht.

Zur stilbildenden Wirkung von Körperkonzeptionen post-avantgardistischer Kunst

Gerade zu Zeiten der klassischen Moderne spielten subkulturelle Gemeinschaften eine große Rolle, wobei der Grad der Sakralisierung von Kunst nicht nur vom Körpereinsatz abhängig war. Im Kontext zahlreicher jugendbewegter Subkulturen, nicht unbeeinflusst von Ausdruckstanz und Gymnastik, bildete sich eine regelrechte Körperkulturbewegung heraus. Die hier formulierten Ansprüche waren auf universelle Geltung ausgerichtet, kollektiv gelagert und transportierten Heilserwartungen an eine neue, den gesunden und ästhetischen Körper zum zentralen Gegenstand erhebende Lebensweise. Der erhabene Gestus der Körperkultur konfligiert jedoch von vornherein mit Positionen der neuen Kunst. So geben die mit den subkulturellen Kreisen der Lebensreform vielfach verbundenen Expressionisten sich nicht damit zufrieden, den Körper von den Uniformierungen des Historismus zu befreien;

sie propagieren ihn in einer Art neuen Exzentrik, sozusagen als vitales Ausdrucksmittel und verweigern sich – wie die Künstler der *Brücke* – einem idealisierten Körperbild. Frühe Protagonisten des völkischen Aufbruchs wie etwa Emil Nolde wurden somit als Vorbilder im Germanisierungsprogramm ihrer ehemaligen Weggefährten unbrauchbar. Erst recht mussten jeder monistisch orientierten Konzeption die dadaistischen und späterhin surrealistischen Deformationen des Körpers zuwiderlaufen. Nachdem das falsche Pathos der Salonmalerei dem Pathos des reinen Ausdrucks und des authentischen Körpers gewichen war, mobilisierten Max Ernst, Salvador Dalí, Giorgio de Chirico und nicht zuletzt Hans Bellmer – wenn auch auf sehr unterschiedlichen Wegen – ein in erster Linie der Irritation dienendes Körperbild. Zwar hatte schon die absolute Malerei von Kandinsky und Mondrian auf die Kontingenz von Realitätskonstruktionen bzw. -Modellen verwiesen und zu der Feststellung geführt, es gäbe keine Frage der Form im Prinzip. Die sich erheben gerierende Misanthropie eines Kandinsky, Marc, Mondrian, Malewitsch und Matjuschin verweist jedoch immer auf etwas Transzendentes, während die »magischen Realisten« und ihr Umfeld die demiurgische Kraft der Phantasie wieder am mimetischen Material selber unter Beweis stellen wollen. Dessen Evidenz offenbart sich nirgendwo besser, als durch den menschlichen Körper selber. Und so kneten, strecken, fraktionieren und collagieren ihn die Surrealisten – wie bei Bellmer – oft schon unter Einbeziehung performativer Elemente. Kandinsky, Malewitsch und Mondrian waren zwar Meister einer aufs eigene Werk bezogenen Exegese; solange über die vom Prinzip gelöste Form noch das Absolute gesetzt wurde, kann man von einer Kunstreligion mit universalistischem Anspruch reden. Der Polytheismus der Einbildungskraft gewinnt erst dort sektiererische Züge, wo der Prophet selbst nicht mehr an seinen universellen Anspruch glaubt und an der Rolle dessen Gefallen findet, der im eigenen Land nichts gilt. Provokanter formuliert: zum terminus ad quem künstlerischer Tätigkeit wird es, sich möglichst von jeder bestehenden Norm oder Form abzusetzen. Mit

zunehmender Erlebnisorientierung der in den Alltag übergehenden Kunst- und Körperperformanzen geschieht dies nicht mehr aus der distanzierten Beobachtung (zweiter Ordnung, wie man mit Luhmann sagen könnte), sondern auf der Basis moralischer, intellektueller, wenn nicht gar biologischer Überlegenheit – womit gleichsam der Abstand zu den anderen festgeschrieben wird.

Die Dynamik, welche die Gesellschaft in diese Richtung treibt, hat ihren Ursprung gewiss in dem von Mannheim, Grab bis hin zu Welsch beschriebenen Verlust der großen Erzählungen, was zugleich ein Licht auf die Aktualität des Körperlichen in der Kunst und der von ihr inspirierten visuellen Kommunikation wirft. So sehr distinguierte Eliten Richtungen wie den abstrakten Expressionismus oder letztlich auch die Pop-Art zu ihrem Besitz erklärten – mit dem Körpereinsatz des Pierre Molinier, des Jackson Pollock, des Yves Klein und des Andy Warhol gewinnt das Kunstprodukt eine von ihm und seinen Besitzern getrennte Objektivität. Spätestens mit Joseph Beuys kommt es zu einer eigentümlichen, vom traditionellen Geniebegriff nicht abgedeckten Verquickung von Schöpfer und Artefakt. Von nun an bleibt die Form ohne den daran unmittelbar zur Schau gestellten Bekennergestus unlesbar. Die »Als Ob«-Basis der dramatischen Inszenierung wird in der theatralisierten Kunst verlassen, gegen eucharistische Formen eingetauscht und vom Anspruch des Magiers und Schamanen abgelöst. Der Künstler zelebriert selbst den Künstlerkult: Denn einer eucharistischen Handlung entspricht es, wenn er sozusagen leibhaftig die symbolische Distanz zwischen Subjekt und Objekt aufhebt. Das durch die Unbedingtheit der Abstraktion aus der Malerei vertriebene Abbild des Körpers wird auf sein lebendiges Subjekt zurückprojiziert.

Die Beispiele der Aktionskunst und Performances, in welchen der Körper des Künstlers einbezogen ist, sind vielfältig und nicht ohne Widersprüchlichkeit. Wie bei symbolistischer Kunst und kultischen Handlungen überhaupt, erschließt sich der Sinn erst mit der Initiation der Anwesenden, was buchstäblich durch körperlichen Kontakt vollzogen wird, wenn z. B. Marina

Abramovic sie durch einen mit ihrem Partner Ulay gebildeten Korridor zwingt (*Imponderabilia*) oder coram publico in einem Berg von Tierknochen versinkt (*Cleaning the House*). Die symbolische Distanz und die »erhabenen Begriffe« werden durch die mimetische Behandlung des Körpers nicht nur auf der Bühne, sondern auch als Video oder Fotografie relativiert. Während man wahrscheinlich selten auf die Idee kommen würde, sich mit einer der isolierten Gestalten des Anton Räderscheidt zu identifizieren, sondern sie eher als Boten einer magischen Welt bestaunt, evozieren Künstler wie Zhang Huan, Stelarc und selbst der Orgien-Mysterien-Pionier Hermann Nitsch das Gefühl, selbst die Stelle des Gepeinigten einzunehmen. Wenn es zutrifft, dass der Rezipient das Kunstwerk nicht als eine mehr oder weniger klar definierte Botschaft interpretiert, sondern nach eigenem Gusto konstituiert, liegt es nahe, wenn er die Performances sadomasochistisch besetzt – so im Anblick von Stelarc, der in seinen früheren Aktionen das Sonnentanz- und Kreuzigungsmotiv aufgriff und sich mit durch die Haut geführten Seilen von der Museumsdecke herunterhängen ließ.

So unterschiedlich die Intentionen der einzelnen Künstler auch gelagert sein mögen – der Körper wird in einer säkularisierten Welt zum Gegenstand sakraler Handlungen. Die Frage, wie dies vor dem Hintergrund eines die protestantische Ethik kennzeichnenden Ikonoklasmus und einer damit korrespondierenden Körperfeindlichkeit funktionieren kann, wirft ein weiteres Licht auf die Anatomie der gerade in den protestantischen Gesellschaften hypostasierten Körperkunst und des ihr im Alltag nachgelagerten Körperkultes. In der postavantgardistischen Aktions- und Körperkunst lässt sich eine deutliche Tendenz ins Pornografische feststellen. Pornografie ist – so paradox dies auf den ersten Blick erscheinen mag – von einer bestimmten Warte aus nichts anderes als die als Transformation von Bildern in Begriffe, von Mythen in Codes. Mit Begriffen überfrachtet präsentiert sich denn auch eine mit Mitteln des Pornografischen operierende Kunst, die eigentlich dem unterdrückten Körper zu seinem Recht verhelfen will. Vor allem viele Performance-Künstlerinnen der letzten beiden Generationen verwenden in

ihren Arbeiten Motive und Methoden der Sex-Industrie. Der Implementierung des sexuellen Reizes folgt stante pede eine Strafandrohung. Während Künstlerinnen wie Valie Export (*Genitalplastik 1969*) und Judy Chicago (*Red Flag 1971*), wie es sich für die sechziger und siebziger Jahre gehörte, die Gesellschaft mit ihrer Öbszönität schockierten, Anni Sprinkles uterale Innenansichten (*Transformation Slide 1988*) schon als Massenspektakel auf St. Pauli für volle Säle sorgte, fallen Tracey Emin, Sam Taylor-Wood und Vanessa Beecroft mit ihren Performances inmitten der sexistisch gefärbten Berichterstattung der Massenmedien kaum noch auf. Wie selbstverständlich zeigt eine Panorama-Aufnahme Mrs. Taylor neben allen möglichen Alltagsverrichtungen wie selbstverständlich auch bei der Kopulation und Tracey Emin bewegt sich ganz beiläufig nackt und auf High Heels durchs Atelier. Vanessa Beecroft läßt im Museum dutzendweise pin-up-fähige Models Aufstellungen nehmen, Elke Krystofek überträgt ihren mit Spuren der Selbst-Vergewaltigung fotografierten Body samt Toys auf die Leinwand, während Natasha Merritt die Grenzen zur Pornografie gänzlich aufhebt. Diese knappe Aufzählung wäre beliebig fortzuführen. So »cool« auch immer diese Kunst sich geriert, sie zeugt andererseits von einer Besessenheit, sich und andere zu exhibitionieren. Kaum noch zu unterscheiden ist sie für den unbefangenen Betrachter vom Mainstream der geprinteten und elektronischen Medien. Sie entfernt sich immer weiter davon, die Codes des Alltags zu verfremden, sondern reproduziert sie fast eins zu eins.

Der Umstand, dass Aktionskunst und Performance weitgehend in Foto- und Videoinstallation aufgegangen sind, deutet ebenfalls auf einen verringerten Abstand zu den Realitätskonstruktionen der Massenkommunikation. Andererseits kann man daraus schließen: wenn der alltägliche exhibitionistische Körpereinsatz auf der Straße und im Büro stattfindet, bedarf es dazu nicht mehr unbedingt einer besonderen künstlerischen Bühne, zumal die Galerien längst mit den anderen Läden in der Einkaufspassage kompatibel geworden sind. Allein durch bloße Vergrößerung kann jeder Mensch aus dieser Menge herausgelöst werden. Die aktuelle

Portrait- und Dokumentarphotografie à la Wolfgang Tillmans und Reinke Dijkstra – um nur einige zu nennen – führt dies vor. Das an jeder Straßenecke vorfindbare So-Seiende gewinnt durch Vergrößerung die Aura des Besonderen. Man erfährt nichts mehr – wie in den Aufnahmen von August Sander – etwas über den Beruf und wenig über das Milieu des Abgebildeten. Dagegen wird sein Körper, jede Unreinheit der Haut, jede Falte überpräsent. Richard Billingham und Boris Mikhailow sind solche Chronisten des sozialen wie des körperlichen Verfalls. Billingham hat seine im heruntergekommenen Arbeitermilieu von Nordengland lebenden Eltern mit spektakulären Fotos weltberühmt gemacht; Mikhailow die ins Lumpenproletariat herabgesunkenen Funktionseleiten der einstigen Sowjetmacht. Narben, Geschwüre, offene Wunden zieren die immer noch vitalen menschlichen Bündel im Stadtwald von Charkow. Joel Peter Wittkin fotografiert von vornherein Demente, Deformierte und mitunter Leichenteile, manchmal kaum zu unterscheiden von den lebendigen Fettlandschaften des Ironikers Jan Saudeck. Gunther von Hagens Platinat ziehen unter dem Label »Körperwelten« Abertausende von Besuchern an und in kaum einer einschlägigen Ausstellung fehlen die genitalisierten Zwillingsskulpturen der Gebrüder Chapman. Ein kaum überschaubarer Boom fotografischer Arbeiten präsentiert uns Dicke, Dünne, Alte, zur Welt Kommende und Sterbende. *Dicke Frauen* heißt ein Projekt der Fotografin Herlinde Koelbl, welches so schöne Menschen zeigt, dass manch eine beklagen dürfte, unter der Hundert-Kilogramm-Grenze zu rangieren. Wie im Salon des neunzehnten Jahrhunderts sind unsere Galerien vollgestopft mit Körpermaterial. Doch der Unterschied liegt auf der Hand: Nichts wird repräsentiert, der Körper spricht für sich selbst.

Pornografie als Kontingenz-Management

Die Zurschaustellung des Körpers in der Kunst und auf der Alltagsbühne korrespondiert mit Emanzipationsprozessen, die hauptsächlich die

Sexualität betreffen. Dies darf aber nicht dahingehend missverstanden werden, als gäbe es in der permissiven Gesellschaft kein normiertes Sexualverhalten mehr. Befreit von Tabus und dennoch weit entfernt von einer promiskuitiven Lebensführung will unser sexuelles Begehren offenbar ständig stimuliert werden und zwar so durchrationalisiert, dass es dazu mittlerweile veritabler Institutionen bedarf. Die Zurückdrängung sexueller Tabus eröffnet Spielräume, die bei praktischer Nutzung den antiquierten Menschen weitgehend überfordern würden — sei es, dass die praktische Organisation des Zusammenlebens dadurch gestört würde, sei es, dass sie die psychophysischen Möglichkeiten des Menschen überforderten. In den Medien und auf der Straße muss daher ständig sexuelles Potential reklamiert werden, völlig losgelöst von der Möglichkeit, dies auf die Praxis in interpersonellen Beziehungen zu übertragen. Aber was für die ästhetisierte Gesellschaft insgesamt zutrifft, gilt auch hier: Die Vorstellung, dieses und jenes zu können, wenn man es nur wollte... Bis es jedoch dazu kommt, wird die Durchführung in die Medien verlagert, und dort in gewisser Weise stellvertretend von Next-Door-People bewerkstelligt, die wie die meisten Menschen körperlich weniger perfekt beschaffen sind als professionelle Porno-Modelle. Im Internet findet man alle Varianten obsessiver Sexualität thesauriert, wobei die elektronisch erzeugte räumliche Dichte weltweit agierender Protagonisten den Eindruck erwecken mag, massenhaft von kopulierenden Körpern umgeben zu sein. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass dieser, nicht eben von poetischer Raffinesse inspirierte »Hausfrauen-Hardcore« die Funktion erfüllt, einen durch die Emanzipation von engen Sexualnormen gewonnenen Spielraum sozusagen masturbatorisch zu bewirtschaften.

In den Aktionsfeldern der »seriösen« Massenkommunikation generiert sich im übrigen eine neue Normativität, die öffentlich vorzeigbare Maßstäbe für den Körpereinsatz beim Sex setzt. Ratgeberartige Sendeformate und Printprodukte wollen zur Optimierung der Lust beitragen. Meines Wissens gibt es keine Untersuchung, die der Frage nachgeht, wie sich die massenhafte Ästhetisierung des Sexuellen

auf private Beziehungen auswirkt, wobei man hier auch die performative Kraft eines selbstbewussten, durch Laszivität in seiner Wirkung zwar gesteigerten, gleichwohl von der geltenden Mode sanktionierten Körpereinsatzes einbeziehen müsste. Eine Antwort, ob dadurch der Leistungsdruck einer »repressiven Entsublimierung« gesteigert oder die Langeweile in der Kernfamilie durchbrochen wird, entzieht sich der systematischen Analyse und bleibt mit gutem Grund der empirischen vorbehalten. Eines aber darf als sicher gelten: Gezielte Investitionen in einen für welches Geschmacksegment auch immer attraktiv wirkenden, zur sexuellen Provokation bereiten Körper gehören heute zum kulturellen Kapital nicht nur der Privilegierten, sondern zum allgemeinen Repertoire. Ausgestattet mit einem entsprechenden Selbstbewusstsein kann man auch in der sogenannten Anonymität der Masse Aufmerksamkeit erzeugen, eine Beachtung, die über diesen Akt hinaus keiner Rechtfertigung bedarf. Die komplexen sozialen und psychologischen Voraussetzungen dafür, begehrenswert zu sein, werden durch die Erzeugung von Aufmerksamkeit, d. h. durch den »Auftritt« irrelevant. Auffällig und in Folge auch begehrenswert zu sein, wird losgelöst von Aspekten sozialer Erbmasse zu einem autonomen, wenngleich auch autosuggestiven Akt. Jeden Kontakt scheuend, »brezelt« der Teenager sich dennoch für die Disco auf – allerdings: Die Blicke, die ihn taxieren, sind seine eigenen.

Beauty, Wellness, Fitness, Sport: Körperdesign im Säkularisierungsprozess

Die kultische Behandlung des Körpers hat viele Varianten und Zeitfolgen. Dies funktioniert nicht ohne ein entsprechendes Design. So sehr das Individuum sich auch aus der Konvention befreien mag – als vergesellschaftete Existenz wird es sich immer zu einem vorhandenen Repertoire an Formen und Symbolen verhalten müssen. Design rationalisiert insofern die

Handhabung von Kontingenz, die Unerschöpflichkeit des Möglichen. Als Design offenbaren sich zunehmend die Formen, in denen alltäglich erfahrene Realität sich konstituiert. Karl Mannheim konnte vom Symbolischen noch allen Ernstes als Ersatzhandlung sprechen. Er legte damit nahe, dass »substanzlos« gewordene Beziehung durch reine Gebärden ersetzt werden würden. Als Gebärden erscheinen uns allerdings mittlerweile alle Inhalte der Kultur und der Körper ist selber zum Gegenstand von Design geworden. Das einstmals klar an den Grenzen von wirtschaftlicher Macht und sozialer Kompetenz orientierte System sozialer Distinktion funktioniert heute weitgehend durch die Mobilisierung von Körperbildern, die sich weit in den virtuellen Bereich erstrecken und zunehmend auch als Gegenstand gentechnischer Manipulation verhandelt werden. Design bildet gleichermaßen die Möglichkeit, sich kollektiv zu orientieren und sich vom Kollektiv abzugrenzen. Die kultische Besetzung des Körpers in einer säkularisierten, von Respekt vor dem Gegebenen befreiten Kultur, erhält erst dadurch eine sektenhafte Organisationsform. Sportlich und mit Idealmaßen ausgestattet ist jenes Leitbild, dem mit einem »Kult des schönen Körpers« gehuldigt wird. Wer nur um wenige Zentimeter abweicht, hat als Model keine Chance. Wer dieser Schönheitsreligion die Gefolgschaft verweigert, kann einem »Kult des gesunden Körpers« frönen, in dem er mit gesunder Ernährung und viel Bewegung nicht nur sein höchstes Gut sichert, sondern geradezu einer moralischen Verpflichtung nachkommt. »Wellness« heißt das neue, säkularisierte Heilsversprechen. Der Wechsel von der Massageliege in die Sauna und von dort zur Fruchtsaftbar in die Relax-Zone gleicht einem kathartischen Ritual. Als Sünder gilt bezeichnenderweise, wer die Cholesterin-Margen nicht einhält.

Niemand wird den Sinn gesundheitsfördernder Aktivitäten grundsätzlich in Frage stellen wollen, bei denen Elemente des Breitensports zu individuell konsumierbaren Segmenten dimensioniert werden. Das individuelle Geschick bei der Auswahl der Angebote, die Wahl des richtigen Labels – mit alledem konkurriert man um einen optimalen Ertrag. Doch wie es auch für

den Warenkonsum insgesamt zutrifft, löst sich der reine Gebrauchswert im Fetisch und im Glauben an die Kraft der Marke auf.

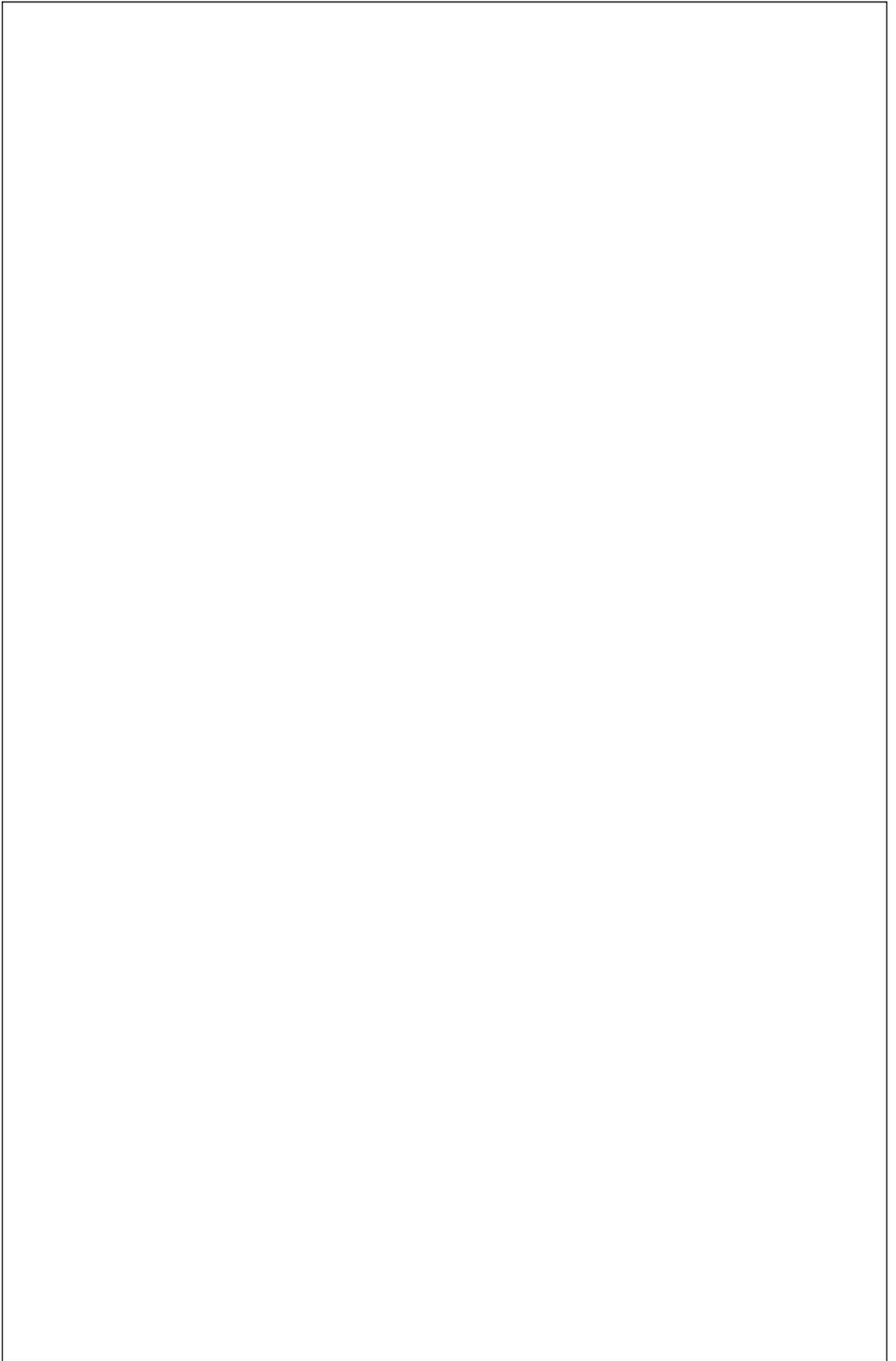
Bei alledem gibt es auch den Kult des »künstlichen« und des »deformierten« Körpers. Vorbilder dafür stammen oft aus der Subkultur und ein oberflächliches Verständnis des Begriffs »Sekte« trifft hier am ehesten auf eine empirische Entsprechung durch das zur Schau getragene Ritual. Ein Beispiel unter vielen bietet die Gothic-Bewegung oder schwarze Szene. Ein wenig an Punk erinnern die schwarzgekleideten Protagonisten mit Netzstrümpfen, Ketten, oft gepierct, auffällig geschminkt, von der SM-Szene manchmal nur schwer zu unterscheiden. Die um immer neue Oberflächen bemühten Markenstrategen schöpfen aus diesem subkulturellen Repertoire des Self-Design. Zu ihrer Aufgabe gehört es, die darin enthaltenen Identifikationsmomente weitgehend von einer interpersonellen Gruppenbildung und Kommunikation abzukoppeln, die sektiererische Grundstimmung einer Gemeinschaft von Eingeweihten und Auserwählten den Belangen der Massenproduktion anzupassen. Dem subkulturellen Mileu entlehnte und von der Kunst übernommene Typologien gewinnen nicht nur hier etwas Spielerisches, etwa wenn die gerade noch von Richard Billingham fotografierte Kittelschürze der betrunkenen Mutter plötzlich in der Werbung einer Drogeriemarkt-Kette auftaucht.

Einen eigenen Untersuchungsgegenstand bildet der mittlerweile universelle, die Grenzen sozialer Mileus überschreitende Hang zur Tätowierung. In den fünfziger Jahren noch Indiz für eine Mitgliedschaft in der Fremdenlegion, einen längeren Aufenthalt auf See oder in einer Justizvollzugsanstalt, ist heute die irreversible Veränderung der Körperoberfläche inmitten einer auf Wandel konditionierten Kultur ein schwer erklärbares Massenphänomen. Mit Tattoos Unverwechselbarkeit erzeugen und Einmaligkeit unterstreichen zu wollen, erscheint angesichts der mäßigen floralen Dessins nicht besonders erfolgversprechend. Entscheidend ist wohl eher der dadurch zum Ausdruck gebrachte Akt des »sich Bekennens« selber. Einmal dokumentiert, lässt er sich nicht mehr rückgängig machen. Die Form des Males ist eher zweiträn-

gig; auf den Initiationsritus kommt es an. Hinter dem mythischen Geschehen verbirgt sich wiederum eine erhebliche Rationalisierungsleistung, weil im Wechsel der Trends und Geschmäcker eine inhaltliche Koppelung ohnehin nicht möglich ist. Das trotz alledem bleibende Bedürfnis nach Zugehörigkeit, objektiviert sich gleichsam in der Preisgabe – um nicht zu sagen Opferung – körperlicher Unberührtheit. Die Körperoberfläche ist das Eigene und erscheint doch als eine externe Autorität. In ihrer Verfügbarkeit markiert sie zugleich auch die Distanz, die das Selbst benötigt, um sich auf etwas außer ihm zu verpflichten.

Literatur

- Schuhmacher-Chilla, Doris (Hg.) (2000): Das Interesse am Körper. Strategien und Inszenierungen in Bildung, Kunst und Medien. Essen (Klartext).
- v. Randow, Gero (Hg.) 2001: Wie viel Körper braucht der Mensch? Hamburg (Körper-Stiftung).
- Zimmermann, Anja (2001): Skandalöse Körper. Abject Art vom Surrealismus bis zu den Culture Wars. Berlin (Reimer).
- Hein, Peter Ulrich (1999): Mensch, Mutant, Maschine. Zur Funktion von Kunstwerken und Artefakten für die Akzeptanz der Gentechnik. In: Renn/Hampel (Hg.), Chancen und Risiken der Gentechnologie aus der Sicht der Bevölkerung. Frankfurt (Campus).



Das Dorian-Gray-Syndrom als »ethnische Störung« der Spätmoderne

Sebastian Euler, Elmar Brähler & Burkhard Brosig

»Wie traurig das ist. Ich soll alt werden, hässlich und abstoßend.«¹

Kein Tag vergeht, an dem in Zeitungen, Fernsehsendungen und auf Internetseiten nicht über Lifestyle-Medikamente, »Anti-Aging«-Produkte und kosmetische Chirurgie berichtet wird. Der Jugend- und Schönheitskult scheint andere gesellschaftliche Werte zunehmend abzulösen. Psychologen, Soziologen und Ökonomen beschäftigen sich aus fachspezifisch unterschiedlichen Perspektiven mit der Frage, was hinter dieser Entwicklung steht. Warum scheinen Schönheit und Jugendlichkeit plötzlich so viel wichtiger zu sein als die ehemals so geschätzte »Weisheit« und »Erfahrenheit« der älteren und reiferen Generation?

In diesem Kontext soll insbesondere ein neues psychodynamisches Konzept näher betrachtet werden: Das Dorian Gray Syndrom (DGS). Darunter wird ein immer häufiger anzutreffender Symptomenkomplex verstanden, der die Unfähigkeit, in einem psychologischen Sinne zu reifen, verbindet mit der daraus abgeleiteten Überzeugung, nicht jugendlich-schön genug zu sein, mit der Folge der Utilisation von medizinischen Lifestyle-Angeboten.

Die eigene körperliche Attraktivität steht im Vordergrund der Betrachtung des Selbst, wobei insbesondere die äußeren Anzeichen des Älterwerdens Leidensdruck erzeugen und zu Scham und sozialem Rückzug führen können. Der größte Wunsch besteht - in Anlehnung an die Romanfigur des Dorian Gray bei Oscar Wilde - darin, den Prozess des Älterwerdens aufzuhalten, wobei häufig auf die oben erwähnten »künstlichen« Maßnahmen zurückgegriffen wird. Dabei wird die körperliche

Reifung stellvertretend für den inneren Reifungsprozess abgelehnt.

Der vorliegende Beitrag nähert sich dem Konzept des DGS über die Beleuchtung verschiedener damit assoziierter Aspekte.

Zunächst wird der Versuch unternommen, die gesellschaftliche Bedeutung von Schönheit und Jugend phänomenologisch einzuordnen. Daran anschließend findet sich eine Diskussion der Motive für schönheitschirurgische Eingriffe sowie eine Auflistung der aktuell verfügbaren »Lifestyle-Medikamente«. Die psychodynamische Sichtweise von Zeiterleben und Tod wird dargestellt und zur »Midlife-Crisis« (Jaques 1965) sowie dem »Zeitalter des Narzissmus« (Lasch 1982) in Beziehung gesetzt. Schließlich wird das Konzept des DGS skizziert. Die klinische Relevanz in Abgrenzung zu verwandten psychopathologischen Erscheinungsbildern und therapeutische Möglichkeiten wird dargelegt. Im Resümee wird unter anderem auf die Interpretation des DGS als »ethnische Störung« unserer Kultur im Sinne von Devereux (1970) eingegangen.

Das Phänomen Schönheit

»Schönheit ist leichter zu erkennen, als zu definieren.« – Alam & Dover 2001

Die Sehnsucht nach Schönheit an sich stellt kein neues gesellschaftliches Phänomen dar, war Schönheit doch schon bei Plato neben Gesundheit und Reichtum »einer von 3 Wünschen eines jeden Mannes« (nach Alam & Dover 2001). Gesundheit und Reichtum scheinen dabei sehr

viel konkreter fassbar, als dies bei Schönheit der Fall ist. Alltagspsychologisch wäre dennoch leicht ein Konsens darüber zu finden, was Menschen subjektiv als *schön* empfinden. Was aber steht konzeptuell hinter dem Konstrukt »Schönheit«?

Das Konzept der *Schönheit* bezieht sich heute nicht mehr ausschließlich auf Symmetrie und Proportionen. Die Vorstellung, ein *schöner* Partner garantiere durch die Verkörperung von Gesundheit und Reproduktionsfähigkeit das Überleben der eigenen Gene in vielen und gesunden Nachkommen, wird gewissermaßen als evolutionsbiologische Erklärung dieses Phänomens wiederum auch heute noch herangezogen (Alam & Dover 2001).

Für dieses Erklärungsmodell oder zumindest gegen die These, Schönheit sei *nur* ein Konstrukt der jeweils herrschenden kulturellen Normen, spricht auch, dass Schönheit zumindest partiell ein zeit- und kulturübergreifendes Phänomen ist. Zwar bestehen kulturell unterschiedliche Schönheitsideale, doch gibt es offenbar übereinstimmend charakteristische Merkmale, die als schön gelten: Frauen sind *schön* mit einer kleiner Nase und vollen Lippen sowie einem Verhältnis von Taillen- zu Hüft-Umfang von 0,7; *schöne* Männer haben ein markantes Kinn und einen V-förmigen Oberkörper (Alam & Dover 2001).

Das biologisch-evolutionäre Modell kann den Wandel des Phänomens Schönheit jedoch nicht erklären. So galten Anfang des Jahrhunderts wohlgerundete, üppige Körperformen noch als Schönheitsideal, heute sind Models als dessen Verkörperung nicht mehr nur dünn, sondern mit einem BMI unter 18 sogar häufig untergewichtig.

Auch was mit Schönheit assoziiert wird, geht im Rahmen von gesellschaftlichen Entwicklungen über die vermeintliche »Garantie« vieler gesunder Kinder hinaus. Nach Alam und Dover (2001) steht aktuell in der »westlichen Gesellschaft« die assoziative Verbindung zwischen Schönheit und sozioökonomischem Erfolg im Vordergrund.

Ist das die der modernen Kultur angepasste »Version« von Schönheit als Merkmal eines für das Überleben der Spezies geeigneten Partners? Wer »bestimmt« nun das Schönheitsideal?

Nach Fischer (2001) setzt sich das persönliche Schönheitsideal »kaleidoskopartig zusammen (...) aus Bekannten und Freundinnen (...) und aus vermittelten medialen Bildern von Schauspielerinnen, Models, Sängerinnen und anderen Prominenten«.

Die Bedeutung dieser medialen Vermittlung des »Ideals«, vor allen Dingen durch die »visual media«, ist am besten untersucht in Bezug auf Essstörungen. Dabei zeigt sich, dass bereits nicht-essgestörte Frauen, die mit 20 Bildern von *ideal-schlanken* Models konfrontiert werden, ärgerlich und depressiv reagieren (Pinhas et al. 1999). In gängigen Frauenzeitschriften werden Frauen wiederum ständig mit ebensolchen Bildern konfrontiert. Groesz et al. (2002) fanden in einer Metaanalyse von 25 Studien zu dieser Thematik heraus, dass Frauen nach der Konfrontation mit Bildern von schlanken Models eine signifikante Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper zeigten, was nicht der Fall war bei der Betrachtung von Bildern normalgewichtiger und übergewichtiger Frauen oder nicht-lebendiger Motive wie Autos oder Häuser: »Massenmedien wie Modezeitschriften und Fernsehen fördern einen Standard schlanker Schönheit, wenn sie ihn nicht sogar etablieren«. In diesem Zusammenhang ist auch die Beobachtung von Rand und Wright (2000) interessant, dass von Modeindustrie und Medien ein Ideal ausgesucht und dargestellt wird, dass die meisten Menschen als »zu dünn« und damit eben gerade nicht als ideal beurteilen.

Diese Erkenntnisse über das Schlankheitsideal aus der Erforschung von Essstörungen scheinen grundsätzlich übertragbar auf das kulturell vermittelte Schönheitsideal. So ist beispielsweise die Größe der weiblichen Brust als häufigstes Objekt von artifiziellen »Verschönerungen« gut in das charakterisierte Bild integrierbar.

Schönheitschirurgie ist, ähnlich wie forcierte Diäten bis hin zu Essstörungen, ein »body project«, um die Diskrepanz zwischen dem aktuellen und dem persönlich *idealen* Körperbild zu reduzieren (Groesz et al. 2002).

Vor diesem Hintergrund lässt sich auch die Veränderung des Schönheitsideals in Japan mit dessen Aufstieg zu einer »westlichen Industrie-

nation« in diesem Jahrhundert erklären. Das traditionelle asiatische Schönheitsideal verkörperte mit schmalen Augen und gerader Nase (»straight eyes and nose«), schmalen Augenlidern und fliehendem Kinn die buddhistische Idee von Harmonie und Universalität. Mit dem Einfluss westlich orientierter Kultur wurde dieses Muster abgelöst durch ein Ideal, das sich an das kaukasische Antlitz adaptierte. Schönheitschirurgie ist seitdem besonders populär bei jungen japanischen Frauen (Nakamura et al. 2000).

Im Grunde geht es immer um die Diskrepanz zwischen dem medial dargestellten, seriell ständig reproduzierten Ideal und den Realitäten des eigenen Körpers, was letztlich das Gefühl verursacht, irgendetwas sei eben nicht »idealnormal«. Auf dieser Basis entstehen »body dissatisfaction«, die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und »body-image-distorsion«, eine verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers oder eines Körperteils.

Welche Eigenschaften werden mit schönen Menschen assoziiert? Der Besitz von oder Mangel an Tugenden wird mit Merkmalen der äußeren Erscheinung in Verbindung gebracht (Gilman 1998). Nach Schüle (2002) ist Schönheit ein »Ausdruck von Reinheit, Gesundheit und Vergnügen« und wird mit »Stärke, gesellschaftlicher Macht und Intelligenz gleichgesetzt«. Als Charakteristika schöner Menschen gelten Geistesstärke, zwischenmenschliche Fähigkeiten (»interpersonal skills«), Leistungsfähigkeit und Moral. Schönen Menschen werden ein besseres Leben, glücklichere Ehen und lukrativere Jobs zugeschrieben. Dabei sind *die Schönen* nach allgemeiner Einschätzung freundlicher, anständiger und aufrichtiger, allerdings auch scheidungsanfälliger, weniger vertrauenswürdig als Partner und als Eltern weniger kompetent (Alam & Dover 2001). Nach Gieler (1993) werden attraktive Menschen als glücklicher, empfindsamer, warmherziger, ausgeglichener und geselliger erlebt und haben einen besseren Ruf als weniger gut aussehende Vergleichspersonen: Physische Attraktivität ist gleichbedeutend mit sozialer und charakterlicher Attraktivität. Doch Vorsicht! Zu schön zu sein birgt die Gefahr, dass einem außer der alles überdeckenden körperli-

chen Attraktivität keine anderen Qualitäten mehr zugeschrieben werden (Alam & Dover 2001).

Gesellschaftlich werden diese Assoziationen reflektiert durch eine bevorzugte Behandlung von schönen Menschen, etwa durch Fremde in einer gesundheitlichen Notsituation in der Öffentlichkeit (vgl. hierzu Alam & Dover 2001).

Inwieweit die den Schönen zugeschriebenen Attribute zutreffen, bleibt natürlich offen. Jedenfalls gibt es Hinweise dafür, dass schöne Menschen, im Widerspruch zu dem, was ihnen von der Gesellschaft zugeschrieben wird, gar nicht glücklicher sind (Myers & Diener 1995).

Warum man einen Menschen schön findet, scheint also ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren zu sein. Es ist in uns »angelegt«, den im evolutionsbiologischen Sinne *richtigen* Partner zu finden. Der soll gesund, reproduktionsfähig und heutzutage auch beruflich erfolgreich aussehen. Medial inszeniert und vermarktet entwickelt sich daraus ein immer wieder neu definiertes soziales Konstrukt der »Schönheit«.

Der Jugend(lichkeits)kult

Schon 1546 stellt Lucas Cranach der Ältere in seinem Gemälde »Der Jungbrunnen« die Sehnsucht des Menschen nach Unsterblichkeit und ewiger Jugend dar. Greisinnen steigen auf der linken Seite in den Jungbrunnen, als junge Frauen, die von Männern erwartet werden, um sich den schönen Dingen des Lebens widmen zu können, kommen sie auf der rechten Seite wieder heraus.

Heute hat Jugendlichkeit, ähnlich wie Schönheit, einen hohen gesellschaftlichen Wert. Dabei sind beide Phänomene sehr eng miteinander verknüpft, scheinen zuweilen sogar nahezu identisch zu sein.

»Die Gesellschaft wertet die Erfahrung ab und legt den Hauptwert auf körperliche Stärke, Gewandtheit, Anpassungsfähigkeit und die Gabe mit neuen Ideen Schritt zu halten« (Lasch 1999).

Studien zeigen auf, wie sehr diese Idealisierung der Jugendlichkeit von kulturellen Umständen abhängig ist. Der »cult of youth« wird der Wertschätzung von Reife in früheren

Zivilisationen gegenübergestellt. Wie eine Gesellschaft dem Alter gegenübersteht, wirkt sich aus auf das individuelle Erleben des Alterungsprozesses sowie auf das persönliche und gesamtgesellschaftliche Streben nach Jugendlichkeit (vgl. hierzu Westerhof et al. 2003 und Volynskaya 2000).

Kosmetische Chirurgie und Lifestyle-Arzneimittel

»Faire en deux heures ce que les psychiatres ont du mal à faire en cinq ans« – Millet & Laxenaire 1993

Die Motive

Schönheit ist ein Geschenk für einzelne, das der Gesellschaft insgesamt zugute kommt, behauptet Scarry (1999) und plädiert gegen Missgunst bezüglich *der Schönen*.

Alam und Dover (2001) wiederum zweifeln an, dass weniger schöne Menschen sich damit zufrieden geben, an Schönheit als gesellschaftlichem Merkmal in Kunst und Kultur zu partizipieren und auf die eigene Schönheit zu verzichten.

Ihre Einschätzung wird unterstützt von Zahlen aus der kosmetischen Medizin. So steigerte sich die Zahl der Brustvergrößerungen zwischen 1992 und 1997 um 275, die der Behandlung des altersbedingten Haarausfalls von Männern (androgene Alopezie) um 107 Prozent (Krieger 1999). Die Schönheitschirurgen hatten in den USA 1998 fast 3 Millionen (Covino 2000), in Deutschland 1999 etwa 500.000 »Kunden« (Schüle 2002).

Der Beginn der modernen Schönheitschirurgie und die Geburt des Begriffs »Plastische Chirurgie« ist zurückzuführen auf die 30er Jahre des 19. Jahrhunderts, in denen insbesondere »Sattelnasen« infolge einer konnatalen Syphilis operativ korrigiert wurden, wegen der »unmoralischen und unsauberen Konnotationen«, mit dem Effekt, dass sich »Selbstvertrauen und Selbstwert« verbesserten (Cole 1999). Auch aus der Zeit vor 1830 gibt es bereits »einzelne Berichte von Operationen - Nasenplastiken,

Hauttransplantationen, Naht von Gaumenspalten und Operationen von Schiefhals durch Muskeltrennung« (Tröhler 1999). Über die Motive dazu gab es offenbar bereits damals Auseinandersetzungen. So galt »'reine Koketterie und Männerjagd'« nicht als »sittlicher Zweck« (Moll 1902, zitiert nach Tröhler 1999).

Mit welcher psychologischen Motivation Menschen sich immer häufiger für die Umgestaltung des eigenen Körpers entscheiden, ist heute mehr denn je Gegenstand der Diskussion.

»In der geltungssüchtigen Spätmoderne (...) ist die Ästhetisierung der Lebenswelt mit der manchmal wahnhaften Verklärung makelloser Körperlichkeit und nie endender Jugend ein das Alltagsleben maßgeblich dominierendes Lebenskonzept (...) in geistig obdachlosen Zeiten« (Schüle 2002).

Fischer (2001) beschreibt »das Bewusstsein von Mangel« als Voraussetzung für das Bedürfnis nach kosmetischen Maßnahmen. Für diesen »Mangelzustand« wird im angloamerikanischen Raum der oben bereits erwähnte Begriff »body dissatisfaction« verwendet.

Nach Millet & Laxenaire (1994) gibt es vier Gründe für die Vorstellung beim Schönheitschirurgen:

- »der Wunsch, einen Körperteil zu verändern (...), der verantwortlich ist für ein oft tiefgreifendes psychische Unbehagen
- der Wunsch, jemand anderem, aber auch sich selbst, zu gefallen
- (...) der Wunsch nach Veränderung im Rahmen einer Lebenskrise
- schließlich, im Fall des »Anti-Aging«, die Verlockung, den Lauf der Zeit aufzuhalten, wenigstens für einige Jahre, möglicherweise, um diesen zu verleugnen«.

Ob die psychologischen Hintergründe der Klienten von Schönheitschirurgen krankheitswertig sind oder nicht, ist Gegenstand der Diskussion, seit es die Plastische Chirurgie gibt: Nach den ersten Operationen mit rein kosmetischer Indikation »wurde bald festgestellt, dass einige Kandidaten (...) psychiatrische Probleme hatten« (Cole 1999). Morcelli führte für die »abnormale Fixierung auf das körperliche Erscheinungsbild« 1891 den Begriff Dysmorphophobie ein (vgl. Cole 1999).

Ist also derjenige krank, der den Schönheitschirurgen aufsucht oder die Gesellschaft, die ihn dazu treibt? Oder entspricht Schönheitschirurgie ganz einfach dem Zeitgeist und bedarf gar keiner Problematisierung? Wäre eine permissive, »marktorientierte« Haltung dazu also angemessen?

Klienten von Schönheitschirurgen sind nicht als gesellschaftliche Gruppe kollektiv psychisch krank, jedoch besteht bei vielen ein Missverhältnis zwischen ihrem Wunsch nach Schönheit und der Selbsteinschätzung (Alam & Dover 2001). Objektiv betrachtet ist diese Divergenz meist gar nicht so groß. Es besteht eine »body-image-distorsion«, ähnlich der Körperschemastörung bei Essgestörten.

Je wichtiger dieses an Idealen orientierte, »idolisierte« Selbstbild jedoch für das eigene Selbstbewusstsein ist, desto größer die »body dissatisfaction«. Kosmetische Maßnahmen wirken dann als »identitätsstabilisierende Faktoren« (Fischer 2001).

Aus feministischer Perspektive wird für die Motivation von Frauen zur Schönheitschirurgie die Dominanz männlicher, repressiver Normen verantwortlich gemacht.

Frauen gründen ihre Identität auf Schönheit und bleiben so von äußerer Anerkennung abhängig und richten die »Sensoren«, die ihr Selbstwertgefühl regeln, »immer hübsch nach außen« (Auszug aus: Naomi Wolf, *Mythos Schönheit*, Rowohlt 1990. In: *Emma* 01/2003).

Frauen sehen sich selbst als »Objekt, das betrachtet und bewertet« wird (Groesz et al. 2002).

In diesem Sinne sind »ihre Körper von Männern kolonisiert« (Wijsbek 2000 über die Darstellung von Morgan in ihrem Artikel »Women and the knife: cosmetic surgery and the colonization of womens bodies« 1991).

Davis (1999) vertritt wiederum den Standpunkt, dass Schönheitschirurgie »ein fester Bestandteil spätmoderner Kultur« ist und Frauen ermöglicht, »Anschluss an Normalität« zu finden und »ihre Identität (...) unter Bezugnahme auf ihren Körper (...) neu zu gestalten«. Es gelingt Frauen, »durch Schönheitschirurgie ein Leiden zu lindern, das über das erträgliche Maß hinausgeht«. Es geht Frauen nicht darum, *schön*

zu sein, sondern *normal*. Sie nehmen ihr Leben in die Hand und haben eine »Teilfreiheit«. Die Autorin betont, dass es gesellschaftlichen Druck auf Frauen gibt, ihren Körper zu verändern und sie sich andere »Umstände« wünscht, in denen »Frauen mit ihrem Erscheinungsbild überhaupt keine Probleme hätten« (Wijsbek 2000 über die Darstellung von Davis in ihrem Buch »Reshaping the Female Body« 1995).

Bradbury (1994) beantwortet die Frage nach den Motiven von Männern und Frauen, durch chirurgische Maßnahmen ihr Erscheinungsbild zu verändern, mit einer »Theorie des Stigmas«: Es geht darum, als »normal durchzugehen«, wenn Menschen »stigmatisiert sind und sich dadurch selbst stigmatisieren«. Beispiele für eine solche Stigmatisierung sind Frauen mit kleinen (»unfeminin oder kindlich«) oder großen Brüsten (lösen sexuelles Interesse und das Gefühl, zu dick zu sein, aus), diejenigen, deren Nasen aussehen, »als hätten sie gekämpft«, diejenigen, welche »sich ganz besonders hässlich fühlen«, Übergewichtige und Altwerdende.

Problematisch ist sicherlich ihre Ableitung der gesellschaftlichen Stigmatisierung dieser »gewissen Personengruppen« von der Stigmatisierung »derer in Rollstühlen, ethnischer Minderheiten, des psychiatrischen Patienten und des Verunstalteten«.

Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Klienten von Schönheitschirurgen

In einer Veröffentlichung zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Klienten ästhetischer Chirurgen von Mowlavi et al. (2000) scheinen vor allem Schizophrenie (2-15%), körperdysmorphe Störung (7%) und Persönlichkeitsstörungen, dabei vor allem narzisstische (25%) und dependente (12%) Persönlichkeitsstörung, häufiger vorzukommen als in der Normalbevölkerung. Nach Meinung der Autoren sollten körperdysmorphe Störung (KDS) sowie Borderline- und paranoide Persönlichkeitsstörung als Kontraindikationen für kosmetisch-chirurgische Maßnahmen gelten.

Die Kombination KDS und Schönheitschirurgie ist schon häufiger untersucht worden. Schon öfter ist es nach der Operation zu einer Verstärkung der psychischen Symptomatik von Patienten mit einer körperdysmorphen Störung gekommen (vgl. Bradbury 1994 und Stangier et al. 2000).

Castelló et al. (1998) geben die Anzahl der Patienten mit KDS, die schon mindestens einmal eine Operation aus kosmetischen Gründen haben durchführen lassen, mit 30 Prozent an.

Andere Autoren behaupten wiederum, dass die Klienten des ästhetischen Chirurgen nicht neurotischer sind als die Normalbevölkerung (vgl. Özgür et al. 1998).

Ishigooka et al. (1998) erteilten in einer psychiatrischen Begutachtung von 130 Männern und 285 Frauen, die in japanischen Universitätskliniken zur kosmetisch-chirurgischen Behandlung vorstellig wurden, 65,4 % der Männer und 39,6 % der Frauen psychiatrische ICD-10-Diagnosen. Für Nakamura et al. (2000) ist heute der Mann der »Problemfall« der Schönheitschirurgie in Japan, da das Interesse unter Männern an solchen Maßnahmen immer größer wird und sich dem der Frauen angleicht. Solche Männer sind (auch in den USA) generell häufiger psychisch auffällig, was wiederum besonders die KDS betrifft. Zudem ist das Anliegen, sich aus kosmetischen Gründen operieren zu lassen, bei Männern gesellschaftlich weniger anerkannt, was die Beobachtung höherer Prävalenzen von psychischen Störungen bei Männern teilweise erklären könnte. Diese gesellschaftliche »Nichtachtung« des männlichen Bewusstseins für die eigene körperliche Attraktivität befindet sich jedoch ebenfalls im Wandel der Zeit. So wurde für erklärtermaßen nicht homosexuelle Männer, die ein ähnliches Körperbewusstsein entwickeln, wie es bisher überwiegend von Homosexuellen bekannt war, der Begriff »Metrosexuelle« bzw. »Metrosexualität« eingeführt (Simpson 1994, vgl. dazu z. B. <http://de.wikipedia.org/wiki/Metrosexualit%C3%A4t>).

Qualifizierte Plastische Chirurgen (in Deutschland vertreten durch die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen [VDPC], deren Aufnahmekriterium in einer 8-jährigen Facharz-

tausbildung besteht) sind sich jedenfalls weitestgehend einig darüber, dass »in der präoperativen Beratung jeder Fall individuell und vollständig evaluiert werden muss« (Özgür et al. 1998). Patienten, die eine psychiatrische Geschichte offenbaren, erfordern eine extensive Evaluation im Vorfeld des Eingriffs (Mowlavi et al. 2000).

Dieses Interesse resultiert allein daraus, dass Klienten, die ein schwerwiegenderes, dem Wunsch nach Schönheitsoperationen zugrundeliegendes, psychiatrisches Problem haben, mit den Ergebnissen grundsätzlich unzufriedener sind und nach einer Operation häufiger Probleme bereiten (vgl. hierzu Bradbury 1994, Castelló et al. 1998, Millet & Laxenaire 1994, Mowlavi et al. 2000).

Ursache hierfür ist unter anderem der »Mangel an Realismus bezüglich der Ziele«, so zum Beispiel bei Bulimie-Kranken, die beim Schönheitschirurgen vorstellig werden (Bradbury 1994).

Millet und Laxenaire (1994) meinen, dass vom ersten Treffen an über Erfolg oder das Scheitern der Intervention entschieden wird: Es muss stets die Frage gestellt werden, »warum der Körper Symptom wird«. »Die Reparatur des Körpers erscheint wie der Versuch, die Frage der Identität zu lösen«. Wenn diese dahinterliegenden Konflikte aufgeklärt werden, »könnte die Intervention beitragen zur »narzisstischen Wiederherstellung« und zur Suche der Identität« oder, noch weitergehender: »Manchmal lässt sich so sogar die Phantasie nach einem neuen Leben realisieren«.

Psychotherapeutische Konzepte und Schönheitschirurgie (»Psychochirurgie«)

Neuerdings wird zunehmend die Kombination von ästhetisch-chirurgischer und psychiatrisch-psychologischer Behandlung als Erfolgsrezept proklamiert (Castelló et al. 1998, Millet und Laxenaire 1994, Nakamura et al. 2000).

So profitierten 82,8 Prozent von Klienten der ästhetischen Chirurgie, die sich mit psychischen Problemen vorgestellt hatten, von einer Operation, kombiniert mit psychologischer Betreuung (Edgerton et al. 1991).

Die Zusammenarbeit von Chirurgen und Psychiatern ist »der Schlüssel dazu, diesen Langleidenden zu helfen« (Nakamura et al. 2000).

Brauchen wir also eine neue Ärztegengeneration von »Psychochirurgen« (»psychosurgeon« nach Özgür et al. 1998) ?

Eine ganz andere »Art Psychochirurgie« wurde jedenfalls schon Anfang der 1870er Jahre proklamiert: Die »normale Ovarrektomie«, d. h. die Entfernung eines normal großen Eierstockes zur Heilung psychischer Zustände, wie Angspanntheit, Neurasthenie, Hysterie, Manie, puerperale Manie, Kleptomanie, Epilepsie, Melancholie, Nymphomanie, (...) sogar Rückenbeschwerden« (Tröhler 1999). Ist diese Psychochirurgie nicht doch verwandter mit der heutigen kosmetischen Chirurgie, als man zunächst annimmt? Interessant ist hierzu die Sichtweise Sander Gilman's, der in seinem Buch »Creating Beauty to Cure the Soul« (1998) einen Bogen spannt zwischen Psychoanalyse und Schönheitschirurgie und dabei die Körperkosmetik als »Komplement zur Psychoanalyse« (Covino 2000) betrachtet. »Aus der Psychoanalyse ergab sich die Möglichkeit der Veränderung der vorher unveränderlichen Psyche und die Chirurgie ermöglichte die Modifizierung des vorher unveränderlichen körperlichen Erscheinungsbildes«, so Cole (1999) in einer Rezension dieses Buchs.

Die umgekehrte Beziehung der beiden besteht nach Gilman darin, dass »für den Psychoanalytiker psychisches 'Elend' auf den Körper überschrieben wird als physisches Symptom; für den Schönheitschirurgen ist das »Unglücklichsein« des Patienten das Resultat der physischen Natur seines Körpers«.

Die Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut einerseits und Patient und Schönheitschirurg andererseits sind durch die Phantasie der Wiedergeburt (»nouvelle naissance«) ähnlich gestaltet: »Der Patient überträgt seinen Wunsch nach Verwandlung auf den Chirurgen und meint damit nicht nur seinen Körper, sondern sein gesamtes Selbst« (Millet und Laxenaire 1994). Oder anders formuliert: Sind innere Ideale in einem gewissen Alter nicht erreicht worden, so scheint eine schönheitschirurgische Transformation die Möglichkeit

darzustellen, sich gewissermaßen über einen »Umweg« oder auf einem anderen »Schauplatz« doch noch ein *ideales Ich* zu kreieren. Damit wird die Kränkung durch die Verfehlung des internalisierten Ich-Ideals abgewehrt durch die Adaptation an ein extern vorgegebenes Körperideal.

Letztendlich hat es die »Psychotherapie mit dem Skalpell« (Bullion 2003) sogar leichter als die Psychoanalyse, Zahlen vorzulegen, welche die Effektivität der chirurgischen Behandlung dieser »somatopsychischen Störungen« (Covino 2000) belegen. Effektivität ist bekanntlich das Erreichen eines maximalen Ergebnisses mit einem minimalen Aufwand. Finden Patienten ihr Glück nach einer 2-stündigen Nasen-Operation und ist eine jahrelange psychotherapeutische Behandlung wegen aus dem »Nasenproblem« resultierender Depression, Zwangsstörung und sozialer Phobie demnach verzichtbar? Nach Zweifler & Glasberg (2000) betrachteten 60 Prozent von 55 Patienten die Ergebnisse ganz unterschiedlicher Eingriffe als exzellent oder gut, bei Klassen et al. (1996) von 198 Patienten sogar 75 Prozent. Am zufriedensten sind Patientinnen mit Brustvergrößerungen, am wenigsten zufrieden mit Nasenoperationen (Rees 1997). Nichtsdestotrotz gaben 90 Prozent der Patienten nach einer operativen Nasenkorrektur an, ihre Rhinoplastik entspreche dem, was sie sich gewünscht hätten (vgl. Zweifler & Glasberg 2000).

Lifestyle-Medikamente

Die vermeintlich mildere Variante der »Selbstverschönerung« und »Selbstverjüngung« stellt die Einnahme von Lifestyle-Medikamenten dar. Lifestyle-Medikamente sind eine heterogene Gruppe von Arzneimitteln, vor allem »zur Behandlung der androgenetischen Alopezie, der Adipositas und der Erektile Dysfunktion« (Schubert-Zsilavec 2001). Harth et al. (2003) schlagen dafür folgende Definition vor:

»Lifestyle-Medikamente sind Pharmaka, die von gesunden Menschen zur Erlangung eines aktuell psychosozialen Schönheitsideals eingenommen werden und nicht der Stabilisierung körperlicher Vitalfunktionen von Kranken dienen.«

Allerdings erscheint diese Definition als nicht suffizient, wird doch von der missbräuchlichen Einnahme von »Produkten für erektile/sexuelle Dysfunktion, Kontrazeption, Fertilität, zuviel Haar, zuwenig Haar, Falten, Gewichtsverlust, Mangel an Körpergröße, Aufhören mit dem Rauchen und Steigerung der Kognition« (Coons & Motheral 2000) gesprochen.

Die Motive, Lifestyle-Medikamente einzunehmen oder anzuwenden gehen also über das Ziel der »Erlangung eines aktuell psychosozialen Schönheitsideals« hinaus. Wir schlagen folgende Definition vor: Lifestyle-Medikamente sind Pharmaka, die mit dem Ziel eingenommen werden, ein psychosozial determiniertes Ideal zu erreichen, das den Anforderungen der modernen Gesellschaft an Vitalität, Funktionalität und Attraktivität entspricht, wobei kurative Auswirkungen auf die körperliche Vitalfunktionen als medizinische Indikation im engeren Sinne nicht im Vordergrund stehen, sondern deren Schädigung u. U. sogar in Kauf genommen wird.

Im Folgenden findet sich ein Überblick über die wichtigsten »Indikationen« für Lifestyle-Medikamente und eine Zusammenstellung der Präparate, die dafür aktuell zur Verfügung stehen. Die aufgeführten Arzneimittel werden zum Teil auch für »echte« medizinische Indikationen angewendet und sind nicht a priori als »Lifestyle-Medikamente« zu verstehen. Dabei können die Grenzen zwischen medizinischer und »nicht-medizinischer Indikation« fließend sein und müssen im Einzelfall beurteilt werden. Auf eine weitere Diskussion und Bewertung wird in diesem Rahmen verzichtet (vgl. dazu Klose et al. 2001, Harth et al. 2003 sowie Harth in diesem Band).

- androgenetische Alopezie
- 2,4-Diaminopyrimidin
- 17-Estradiollösung
- Minoxidil-Lösung
- Finasteridtabletten (Propecia“)
- »Cosmetic Psychopharmacology« (»happy pills«)
- Fluoxetin (in den USA Prozac“, in Deutschland Fluctin“), besonders erfolgreich in den USA

- Johanniskraut, besonders erfolgreich in Deutschland
- »Anti-Aging«
- Dehydroepiandrosteron (DHEA)
- Melatonin
- Vitamin E
- Erektile Dysfunktion
- Apomorphin
- Sildenafil (Viagra“) und andere Phosphodiesterasehemmer (Tadalafil, Vardenafil)
- Anti-Adiposita
- Orlistat
- Sibutramin
- Hyperhidrose
- Botulinumtoxin (auch zur Hautstraffung)
- Raucherentwöhnung
- Bupropion (Zyban“)

Da Lifestyle-Medikamente »vor allem auch in den Laienmedien und in der Boulevardpresse ein enormes Echo ausgelöst haben« (Schubert-Zsilavec 2001), erfolgt »der Arzt-Patienten-Kontakt zwecks klarer Absicht einer definierten Wunschmedikation von Lifestyle-Medikamenten, welche von den Patienten durch Lesen und Vorlage entsprechender Fachinformationen eingefordert wird« (Harth et al. 2003, vgl. auch Harth & Linse 2001). »Nach der Einführung von Finasterid im Januar 1999 stellten sich mehr Patienten mit körperdysmorphen Störungen wegen vermeintlichem Haarausfall vor.« (Harth et al. 2003). Es gebe jedoch »bei der körperdysmorphen Störung keine Therapiegrundlage für den Einsatz von Lifestyle-Medikamenten« (Harth et al. 2003).

3. Die Bedeutung von Zeiterleben und Tod im Lebenszyklus

»Don't erase my wrinkles (...) they took me so long to earn« – Alam & Dover 2001

Wahrnehmung von Zeit und »Midlife-Crisis«

Nach Colarusso (1999) wird in der Lebensphase zwischen zwanzig und dreißig das Gefühl des noch vor sich liegenden Lebens mit allen Möglichkeiten, getroffene Entscheidungen noch mal zu revidieren und unter Umständen sogar noch einmal ganz von vorne anzufangen, um ein internalisiertes *Ich-Ideal* zu »erreichen«, abgelöst durch die Suche nach einer stabilen, erwachsenen Struktur mit neuen Objektbeziehungen, die Mutter- und Vater-Imagines endgültig ablösen.

In der 3. Lebensdekade, wenn erstmals körperliche Zeichen des Alterns auftreten, entsteht dann langsam das Bewusstsein für die eigene Vergänglichkeit und die Grenzen der persönlichen Zeit, gekoppelt mit dem Verlust des Gefühls einer ewig andauernden Zukunft.

Der Mensch »existiert in der Antinomie aus dem ›Noch-Nich‹ des zu Erreichenden der Zukunft und dem ›Nicht-Mehr‹ des Gewesenen der Vergangenheit« (Csef 1987).

Jenseits der 40 verschärft sich dieses Bewusstsein für die eigene Vergänglichkeit und wird ergänzt durch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tode. Diese schmerzhafteste Erfahrung ist Quelle für Konflikte und Psychopathologie. Beispielsweise wird der Partner jetzt als Spiegel des eigenen Alterungsprozesses als so kränkend und unerträglich erlebt, dass dieser verlassen wird und man sich einem deutlich jüngeren Partner zuwendet (Colarusso 1999, populär geworden als ›Jennifer-Syndrom‹, vgl. auch die Formulierung von Roth 2003: »Das sterbende Tier«).

Ein besonderes Bewusstsein für diese Lebensphase besteht seit der Einführung des Begriffs »Midlife-Crisis« durch Jaques (1965). Darunter wird allgemein das psychosoziale Erleben der »mittleren Lebensphase« zwischen 40 und 50 als ein »Prozess intensiver Umge-

staltung des Selbst, welcher die Neubewertung der zeitlichen Perspektive sowie der Werte und Ziele, die Konfrontation mit Tod als einem in der Zukunft persönlich bevorstehenden Ereignis und die Planung der zweiten Lebenshälfte umfasst«, verstanden. Die Midlife-Crisis wird dabei angesehen als »Episode der Auseinandersetzung mit dem ›Noch-Nich‹ des zu Erreichenden der Zukunft und dem ›Nicht-Mehr‹ des Gewesenen der Vergangenheit« (Csef 1987), in der man sich irgendwo »zwischen maladaptiver oder adaptiver Funktion« (Hermans & Oles 1999) befindet.

Definitionsgemäß war die Midlife Crisis vor allem während ihres »medialen Booms« in den 80er Jahren mit negativen Attributen besetzt und wurde generalisiert verstanden als alle Menschen in der »westlichen Kultur« betreffend. Mit ihr wurden »extreme psychologische Probleme wie emotionaler Aufruhr, Verzweiflung und das Gefühl, nicht mehr zu wissen, wie es weitergehen soll« verbunden (Kruger 1994).

Inzwischen hat sich eine andere Sichtweise durchgesetzt, welche die Einführung eines neuen Begriffs notwendig machte: »Midlife-Transition«. Darunter wird wiederum dieselbe Zeitspanne verstanden, jedoch ohne den »ernsten Distress, der die Krise begleitet« (Herman & Oles 1999).

Die Erforschung des Phänomens Midlife-Crisis/-Transition bezog sich häufig nur auf Männer, da Frauen mit dem Klimakterium bereits ein in dieser Lebensphase angesiedeltes Phänomen »besaßen«, dass trotz der physiologischen Erklärung mit dem Defizit an Östrogen auch eine psychische Beeinträchtigung umfasste. Inzwischen - und besonders nachdem die Männer mit dem »Partial Androgene Deficiency Aging Male« (PADAM) Syndrom (syn. Klimakterium virile, Andropause) eigene »Wechseljahre« haben (vgl. hierzu Ludwig 2000), versteht man unter der Midlife Crisis/-Transition eher ganz allgemein die Zeitspanne zwischen 30 und 50, in der die Menschen unabhängig vom Geschlecht, allerdings kulturspezifisch, mit der Suche nach einer Antwort auf veränderte Anforderungen der Umwelt konfrontiert sind. Wie groß der Leidensdruck ist, der daraus entsteht, ist individuell zu bewer-

ten und hängt vor allem von der persönlichen Lebenssituation ab, sowie von der individuellen Bewertung der notwendigen Veränderungen des Selbst-Konzepts, der psychologischen Reife und der Akzeptanz von Zeitgeschehen und Tod (Oles 1999).

Die Midlife-Crisis wird heute nicht mehr als »normative entwicklungsbedingte« (Shek 1996) Erfahrung angesehen und wird altersmäßig auch nicht mehr so eng eingegrenzt.

Der Begriff der Midlife-Crisis im engeren Sinne war ein »temporäres Konzept, das seine Bedeutung verloren hat« (Kruger 1994).

Alter und Narzissmus

Lasch (1999) sieht die »irrationale Bedrohung durch Alter und Tod eng verbunden mit der Ausprägung der narzisstischen Persönlichkeit als der häufigsten Charakterstruktur unserer heutigen Gesellschaft«. »Der 'narzisstisch gestörte' Mensch wird (...) auf 'sich selbst' zurückgeworfen (...), da er seine Grundängste, seine Grenzen und seine Vergänglichkeit (Zeit- und Todesthematik) nicht bewältigt« (Csef 1987).

Schon nach Freud ist »der heikelste Punkt des narzisstischen Systems die von der Realität hart bedrängte Unsterblichkeit des Ichs« (Freud 1914), da »Vergänglichkeit, Sterblichkeit und Todesgewissheit die tiefste und archaische Bedrohung für das narzisstische Gleichgewicht darstellen« (Csef 1987). Die narzisstischen Störungen beruhen also auf der Unfähigkeit, den eigenen Tod »ins Leben« zu integrieren: Das Narzissmusproblem ist »aufs engste mit der Verleugnung und Verdrängung des Todes verknüpft« (Csef 1987). Anders formuliert bedeutet das, dass die Verleugnung des Todes und des Fortschreitens der Zeit, verbunden mit der Unfähigkeit zum »gesunden Altern«, Folge ist einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur bzw. narzisstischer Anteile der Persönlichkeit.

Dabei stellen die narzisstischen Störungen »eine moderne Ausdrucksform des unbewältigten Todesproblems oder der mangelnden 'Integrierung des eigenen Todes'« dar. Andererseits ist die »Integrierung« des Todes eine »kaum zu vollbringende Aufgabe« (Eissler 1980 nach Csef 1987).

Der Tod als Lebensstatsache

Der »Gedanke an unser eines Tages fälliges Abtreten und an unseren Tod« ist also »absolut unerträglich« und führt zu dem Versuch »das Alter überhaupt abzuschaffen und das Leben unbegrenzt zu verlängern« (Lasch 1999).

Gerade in der Anerkennung des Todes wird aber »eine Voraussetzung für die Bewältigung von Verlusten (Objektverlust), Versagungen und der depressiven Position« gesehen (Csef 1987).

Aus der Polarität zwischen Beherrschung der oder Kapitulation vor der Zeit ergibt sich die zentrale Aufgabe des »Midlife«: das Bewusstsein für und das Management von Zeit und ihrer Begrenzung sowie der Unvermeidbarkeit des eigenen Todes (Colarusso 1999).

Es bedarf einer »Neudefinition des Selbst« mit dem Ziel eines Zustands »postnarzisstischer Liebe des Ego« (Erikson 1950, vgl. hierzu Colarusso 1999).

»Die Auseinandersetzung mit dem Tod erscheint (...) als die Voraussetzung für die Fülle des Lebens, ein Vermeiden derselben als ein ›Sein im Mangel‹ (Wyss 1982). Der Tod als Mitspieler und Gegenspieler des Lebens gibt diesem seine Gestalt. Er befruchtet das Leben, er vernichtet und wirkt gleichzeitig schöpferisch«. Dem Tod muss »mitten im Leben« Bedeutung verliehen werden (Csef 1987).

»Von der Triebtheorie S. Freuds (...) bis hin zur modernen Narzissmustheorie ist der Tod das Zentrum, von dem die Dynamik des Lebens ausgeht« (Csef 1987).

Der »kindische Wunsch, den Lauf der Zeit zu stoppen« (Colarusso 1999) »als Verteidigung gegen die totale Hilflosigkeit angesichts des ›Nichts‹ des Nichtlebens« (Pollock 1971, zitiert nach Colarusso 1999) wird aber gerade von der Vermarktung des Schönheitsphänomens bedient und aufrechterhalten: »Kosmetik beruht auf dem Versprechen der Abschaffung von Zeit« (Fischer 2001). Dieser »Mythos der Zeitlosigkeit« mit der »Negierung von Alterung« (Fischer 2001) widerspricht genau den von Colarusso und Csef dargelegten Konzepten für ein psychisch gesundes Altwerden, bei dem körperliche und seelische Reifungsprozesse in ein zeitgemäßes Selbstbild integriert werden.

Das Dorian-Gray-Syndrom (DGS)

»Die Jugend ist das einzige, was zu besitzen sich lohnt. Sowie ich feststelle, dass ich alt werde, bringe ich mich um« – Oscar Wilde in »Das Bildnis des Dorian Gray«

Das Dorian-Gray-Syndrom (Brosig & Gieler 2000, Brosig et al. 2001) ist charakterisiert durch Symptome der körperdysmorphen Störung und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung mit Übergängen zur Perversion im Sinne einer »Fetischisierung« des jugendlichen Körpers (s. dazu Tabelle 1/Abbildung 1). Es ist dabei weniger als Diagnose im herkömmlichen medizinischen Sinne zu verstehen, sondern eher als ein übergreifendes psychodynamisches Konzept. Dabei finden neben der dargestellten Triade auch Aspekte von Hypochondrie, Depression, Zwangsstörungen und Wahnerkrankungen Eingang in die Symptomatologie.

Terminologisch geht das Konzept des DGS zurück auf den Protagonisten Dorian Gray in Oscar Wilde's Roman »Das Bildnis des Dorian Gray« (1890). Dorian Gray wünscht sich – besessen vom Wunsch nach ewiger Jugend und Schönheit – dass ein von ihm angefertigtes Porträt an seiner Stelle altern möge. Sein Wunsch geht auf magische Weise in Erfüllung und das ihn zu Beginn in seiner prächtigen Schönheit zeigende Porträt wird durch die Spuren des Alters und seiner Sünden immer feister und verlebter, während er selbst sich Jugend und Schönheit bewahrt. Dorian möchte jedoch angesichts der *Spiegelung* seines Alterungsprozesses in dem Porträt seine Geschichte rückgängig machen. Er »ersticht« das Porträt *als Spiegel seiner Seele* und damit sich selbst. Dorian's Schicksal endet im Suizid.

»Das frühe Entzücken an seiner Schönheit macht allmählich einem Abscheu vor dem eigenen Ich Platz« (Rank 1925 über Dorian Gray, nach Portele 2003).

Die Geschichte des Dorian Gray weckt Assoziationen zur Sage vom Narziss, insbesondere durch die Thematik der »selbstverliebten Spiegelung«, die im Stadium narzisstischer Regression im Suizid endet.

Bevor Dorian *im Nichts* versinkt, tötet er sich selbst. Ebenso wie die körperdysmorphe Störung weist das DGS im Sinne der stereotypen Fixierung auf das eigene äußere Erscheinungsbild und der exzessiven und sinnlosen Beschäftigung mit dem Aussehen sowie den daraus resultierenden Zwangshandlungen wie »mirror-checking« und aufwendige Pflegemaßnahmen einen engen Bezug zur Zwangsstörung auf. Dabei kann die Vorstellung von einem oder mehreren Merkmalen der äußeren Erscheinung oder von dem Erscheinungsbild als ganzem – ebenfalls wie bei der KDS – wahnhaft Züge annehmen, als körperbezogenem- oder auch Beziehungswahn.

Wichtiges Unterscheidungsmerkmal zur KDS ist die Tatsache, dass diese als somatoforme Abwehr (im ICD-10 klassifiziert unter »hypochondrische Störung«, im DSM-IV unter »somatoforme Störung«) in kritischen Lebenssituationen gesehen wird, wobei stellvertretend für eine »innere« Problematik – beispielsweise zunächst zur Abwehr einer Depression – eine zwanghafte Fixierung auf einen vermeintlichen oder minimalen Defekt in der äußeren Erscheinung erfolgt, mit den entsprechenden Konsequenzen (sozialer Rückzug, depressive Entwicklung).

Dem DGS wiederum liegt psychodynamisch das »Nicht-reifer-werden-wollen« *an sich* zugrunde, und zwar als Ausdruck der Angst vor der Vergänglichkeit des narzisstisch geliebten Selbst (letztlich Ausdruck von Todesangst).

Die Todesangst ist hier zu verstehen als »Angst vor dem Verlust des Selbst und nicht vor dem Verlust des Lebens« (Portele 2003). Der Tod wird erst durch den Gedanken, sich selbst zu verlieren, unerträglich (vgl. Portele 2003).

Das DGS kann dabei als Abwehr verstanden werden: Die eigene Identität (das *Selbst*) wird allein über die *zeitlose* körperliche Attraktivität definiert. Die Vergänglichkeit des Körpers wird stellvertretend für die Abwehr innerer Reifungsprozesse verleugnet.

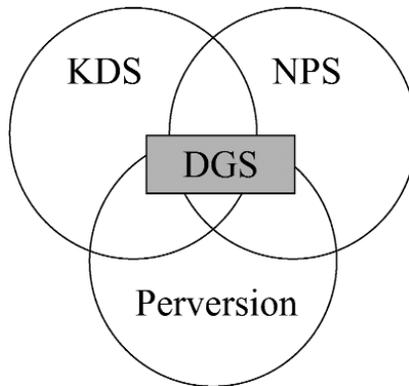
So wird vermieden, sich eine wandlungsfähige und zeitgemäße Identität zu erschaffen. Die *Arbeit am Ich* besteht lediglich darin, sich seine körperliche Attraktivität zu erhalten.

Die *persönlichkeitsstrukturierende Reifung*, die auch das Durchleben von

Tab. 1: Zum Konzept des Dorian-Gray-Syndroms

Narzisstische Persönlichkeitsstörung (nach Kernberg 1975)	Körperdysmorphie Störung (nach DSM-IV, modifiziert nach Stangier et al. 2000)	Perversion (nach Grossman 1996, Laplanche & Pontalis 1967, McDougall 1986)
<ul style="list-style-type: none"> - Außergewöhnliches Maß an Selbstbezogenheit bei oberflächlich glatter und effektiver sozialer Anpassung - Schwere Störung in Beziehungen zu anderen Menschen - Starker Ehrgeiz - Größenphantasien - Minderwertigkeitsgefühle - Übermäßiges Angewiesensein auf Bewunderung und Bestätigung durch andere - Gefühle von Leere und Langeweile - Ständige Suche nach Befriedigung des Strebens nach glänzenden Erfolgen, Geltung, Reichtum, Macht und Schönheit - Schwere Mängel bezüglich der Fähigkeit zu lieben und zur mitfühlenden Rücksichtnahme auf andere - Chronischer heftiger Neid mit dagegen entwickelten Abwehrformen: Entwertungstendenzen, omnipotente Kontrolle, narzisstischer Rückzug 	<ul style="list-style-type: none"> - Beschäftigung mit einem eingebildeten nicht vorhandenen Mangel in der körperlichen Erscheinung oder übermäßige Beschäftigung mit einer minimalen körperlichen Anomalität - Betroffen sind am häufigsten Haut und Haare, Symmetrie oder Proportionen von Gesicht bzw. Gesichtsteilen, Brüsten und Genitalien - Dadurch verursachter klinisch relevanter Leidensdruck oder Beeinträchtigung von beruflichem und sozialem Leben durch die Beschäftigung mit dem Defekt über viele Stunden täglich (z. B. durch "camouflaging" oder "checking behaviour") - Andere psychische Krankheiten (z. B. Anorexia nervosa) können die Symptomatik nicht erklären - Es existieren wahnhafte und nicht wahnhafte Ausprägungen bzw. wahnhafte und nicht-wahnhafte Episoden bei dem gleichen Patienten - Komorbidität mit Depressionen, sozialer Phobie und Zwangsstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduktionistische, an Partialobjekten orientierte Sichtweise des Körpers, Idolisierung des Leibes, Schönheit als Fetisch - Narzisstischer Rückzug aus der Objektwelt oder Aufspaltung der Objekte in Partialobjekte, dabei wird psychischer Schmerz und psychische Realität vermieden bzw. neu gestaltet (Neorealität) zur Vermeidung und Abfuhr (via Sexualisierung) von Angst (Kastration, Fragmentation) - Psychodynamisch zu verstehen als Persistenz oder das Wiederauftreten eines partiellen Elements der Sexualität auf der Grundlage der infantilen "polymorph perversen Anlage" mit Regression auf eine frühere Fixierung der Libido - Angst vor Reife, Progression; durch sexuelle Handlungen unter Aussparen des heterosexuellen Koitus wird Generativität vermieden
 <p>Dorian-Gray-Syndrom</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übermäßige Beschäftigung mit der äußeren Erscheinung (i.S. einer körperdysmorphen Störung) - Eingebildete oder minimale Fehler der äußeren Morphe werden mit Scham und sozialem Rückzug (narzisstische Regression, Soziale Phobie) beantwortet - Neben der überwertigen Sorge um das äußere Erscheinungsbild besteht ein starker Wunsch, die Jugendlichkeit zu bewahren, somit nicht zu altern und gleichsam sich gegen den Strom der Zeit zu stemmen (Verleugnung der Reifungsprozesse). - Konsultation von Ärzten mit dem Ziel der Verschreibung von "Lifestyle-Medikamenten" und/oder der Durchführung kosmetischer Eingriffe oder ästhetischer Chirurgie 		

Abb. 1: Zum Konzept des Dorian-Gray-Syndroms



KDS = körperdysmorphe Störung, NPS = Narzisstische Persönlichkeitsstörung
 DGS = Dorian-Gray-Syndrom

schmerzhaften Trennungserlebnissen mit depressiven Elementen bedeutet, und das Individuum zudem dem Tode als *narzisstischem Nichts* unaufhaltsam näher bringt, wird verleugnet. An ihre Stelle tritt ein Kult um den eigenen Körper mit der Sehnsucht, den Strom der Zeit aufzuhalten, der solange es die natürlichen Gegebenheiten zulassen, kompensatorisch wirksam (zunächst psychisch stabilisierend) ist. Dieser Mechanismus ist jedoch brüchig und dekompenziert im Laufe des natürlichen Alterungsprozess des Körpers. Es erfolgt der Verlust der »künstlichen«, allein auf Schönheit und Jugend aufbauenden Identität (als Verlust des Selbst) mit Depression, sozialem Rückzug und narzisstischer Regression bis hin zum Suizid.

Die zur phasengerechten Weiterentwicklung notwendige Lösung von der »libidinöse(n) Fixierung des Individuums an ein bestimmtes Entwicklungsstadium des Ich« (Portele 2003) misslingt. »Die Unfähigkeit zur Wandlung, das Ausbleiben von erforderlichen Entwicklungsschritten und Wachstumsprozessen kennzeichnen den Neurotiker. Er verdrängt in seiner Ambivalenz den Tod und ist ihm doch verfallen« (Csef 1987). Das DGS zeigt in diesem Sinne auch Parallelen zur Psychodynamik der Anorexie. Wie bereits erläutert, kann auch die

sogenannte »Midlife-Crisis« als narzisstisch bedrohlich erlebt werden und steht mit dem individuellen Zeiterleben in engem Zusammenhang. Diese Epoche kann aber durchaus auch Stimulus sein für eine neue Wahrnehmung der Kostbarkeit von Zeit und der Neuordnung von Prioritäten (Colarusso 1999).

Der wesentliche konzeptuelle Unterschied zwischen DGS und Midlife Crisis besteht darin, dass die Midlife-Crisis - ähnlich wie die Pubertät - ein Entwicklungsprozess ist, der - gebunden an ein definiertes Alter und einhergehend mit körperlichen Veränderungen - einen gewissermaßen »normalen« Abschnitt des menschlichen Lebensweges darstellt.

Es bestehen zwar ausgesprochen große inter-individuelle Unterschiede im persönlichen Erleben dieser Zeitspanne (wie auch während der pubertären Entwicklung), jedoch wird sie grundsätzlich von jedem Menschen durchlebt. Die Midlife-Crisis ist prinzipiell eine adäquate Reaktion auf eine notwendige Adaptation an sich verändernde Lebensumstände. Wie *krisehaft* diese Episode erlebt wird, hängt vom persönlichen »Coping« ab.

Das DGS fasst den Begriff der Reifungskrise weiter und kann konzeptuell somit auch auf andere Schwellensituationen des Lebens angewendet werden.

Bisher existieren noch keine empirischen Daten zur Prävalenz des DGS. Nach einer Schätzung von Brosig (unveröffentlicht) leiden in Deutschland etwa 2,5 - 5 Prozent der Bevölkerung zwischen 25 und 40 am DGS, doppelt so viele Frauen wie Männer. In Kürze werden dazu repräsentative Daten vorliegen.

Brosig et al. (2001) schlagen vor, die Therapie eng an die Empfehlungen zur Therapie der körperdysmorphen Störung (vgl. hierzu Harth et al. 2003, Harth & Linse 2001) anzulehnen. Eine Behandlung mit Lifestyle-Arzneimitteln oder kosmetischen Maßnahmen kann unter Umständen sinnvoll sein, um den Kontakt zum Patienten anzubahnen, sollte jedoch auch ausschließlich mit dieser »Indikation« angewendet werden.

Die medikamentöse Behandlung erfolgt, falls die depressive Verstimmung im Vordergrund steht, mit Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SRI) aus der Gruppe der Trizyklika (Clomipramin) oder der selektiven SRI (Fluvoxamin). Bei Auftreten einer wahnhaften Komponente wird zur Optimierung der antidepressiven Therapie zusätzlich das Neuroleptikum Pimozid empfohlen (Brosig et al. 2001).

Im Vordergrund steht jedoch die psychotherapeutische Behandlung, die tiefenpsychologische oder auch verhaltenstherapeutische Elemente beinhalten kann. Zunächst ist je nach Schweregrad und Motivation des Patienten ein hochfrequentes oder stationäres Setting vorzuziehen, um einer Chronifizierung der Symptomatik vorzubeugen.

Für eine Psychotherapie könnten folgende Ausführungen zur Psychologie des *Selbst* (nach Portele 2003) Denkanstöße geben:

»Wenn wir die Vergänglichkeit so annehmen, dass wir uns ihrer immer wieder bewusst sind, wenn wir sie also nicht verdrängen, wenn ich mir bewusst bin, dass ich selbst vergänglich bin und mich dauernd verändere, und wenn ich mir immer wieder meiner Sterblichkeit bewusst bin, dann hafte ich weniger an den Dingen und weniger an mir selbst. Und meine Vergänglichkeit mache ich mir bewusst, indem ich meine Veränderung wahrnehme und die Wahrnehmung meiner Veränderungen zulasse. Es geht anfänglich im wesentlichen nur darum, den

Blick anders zu fokussieren als wir es normalerweise in unserer Gesellschaft tun, nämlich auf die Vergänglichkeit des Selbst statt auf das stabile, kontinuierliche Selbst. Dann können wir erfahren, dass es kein stabiles Selbst gibt, sondern nur Veränderung und Vergänglichkeit. Da ist nicht etwas, das sich verändert, das Selbst, sondern das Selbst ist Veränderung - Vergänglichkeit. (...) Was nicht mehr da ist, ist das stabile, kontinuierliche Etwas, das ich konstruiert habe und mein Selbst genannt habe. Wenn aber dieses Selbst nicht *ist*, sondern sich dauernd verändert, also dauernd wird, dann ist der Tod nichts Außergewöhnliches, sondern ein Sich-Verändern, das so ungewöhnlich nicht ist.«

Resumée: Die (Sehn)sucht nach Schönheit und Jugend als ethnische Störung

Im Titel klingt bereits die Hypothese an, der Kult der Spätmoderne um Schönheit und Jugend sei im Sinne einer »ethnischen Störung« ebendieser Kultur zu verstehen, die ja demographisch durch eine Überalterung und somit durch einen *Mangel an Jugend* charakterisiert ist. Der Begriff der »ethnischen Störung« entstammt dabei der Denk-Tradition der Ethnopsychanalyse, wie sie etwa durch G. Devereux vertreten wird. Mit seinen Worten (Devereux 1970) wird das Phänomen der »ethnischen Störung« folgendermaßen definiert:

»Jede Kultur gestattet gewissen Phantasien, Trieben und anderen Manifestationen des Psychischen den Zutritt und das Verweilen auf bewusstem Niveau und verlangt, dass andere verdrängt werden. Das ist der Grund, warum allen Mitgliedern ein und derselben Kultur eine gewisse Anzahl unbewusster Konflikte gemeinsam ist.«

Daraus ließe sich die Frage ableiten, was denn durch den Schönheits- und Jugendlichkeits- Kult unserer Ethnie verdrängt werde. Dem Konzept des Dorian-Gray-Syndroms ist die Sehnsucht nach Zeitlosigkeit eingeschrieben, die durch unveränderliche Schönheit,

symbolisiert durch das »Einfrieren« des Selbst-Bildnisses Dorian Grays, charakterisiert wird. Demzufolge wäre das Streben nach ewiger Jugend, umgesetzt durch die immer differenzierter werdenden Angebote der Lifestyle- und Anti-Aging-Medizin, ein Versuch, die narzisstischen Kränkungen der Zeit zu konterkarieren. Gleichzeitig ist es aber nicht nur die Wahrnehmung des Alterns, das durch diese Maßnahmen gemildert werden soll. Es wird dabei außerdem der Versuch unternommen, jedes Gefühl für Reife zu vermeiden. In den Interviews mit Patienten wird es dabei oft schwierig zu unterscheiden, ob durch die Symptomatik vor allem die narzisstische Kränkung des Alterns abgewehrt werden soll oder ob durch diese Maßnahmen die Realisierung von Reifungen, Reifungskrisen und Reifeprüfungen vermieden werden soll. Beide Mechanismen erscheinen in komplexer Weise miteinander verbunden, wobei die eine Sichtweise mehr die narzisstische Dynamik unterstreicht, die andere die Fähigkeit zur reifen Objektbeziehung in den Fokus nimmt, die im Dorian-Gray-Syndrom gebremst wird.

Insgesamt verbindet das klinischen Modell des Dorian-Gray-Syndromes also differente Dynamiken in einem Konzept. Es nimmt phänomenologisch Bezug auf bestimmte Symptomkomplexe der Hypochondrie, zu der ja die Dysmorphophobie gehört. Dabei wird gleichzeitig die narzisstische Dynamik mit aufgenommen, die ja meist der Hypochondrie anhaftet. Übersetzt in die Sprache der (triebbesetzten Partial-)Objektbeziehungen wiederum kommt die Psychodynamik der Perversion ins Bild, die ebenfalls bestimmte Grundtatsachen des Lebens (Alter, Generativität, Geschlechtsunterschied) abzuwehren sucht. So gesehen scheint es unsere Gesellschaft schwer zu haben, sich mit den Grenzen (vgl. Decker 2003 mit seinem Konzept vom »Prothesengott«) abzufinden, die der *conditio humana* nun einmal inhärent sind: Tod, Generationenunterschied, Geschlechtsdifferenz.

Anmerkungen

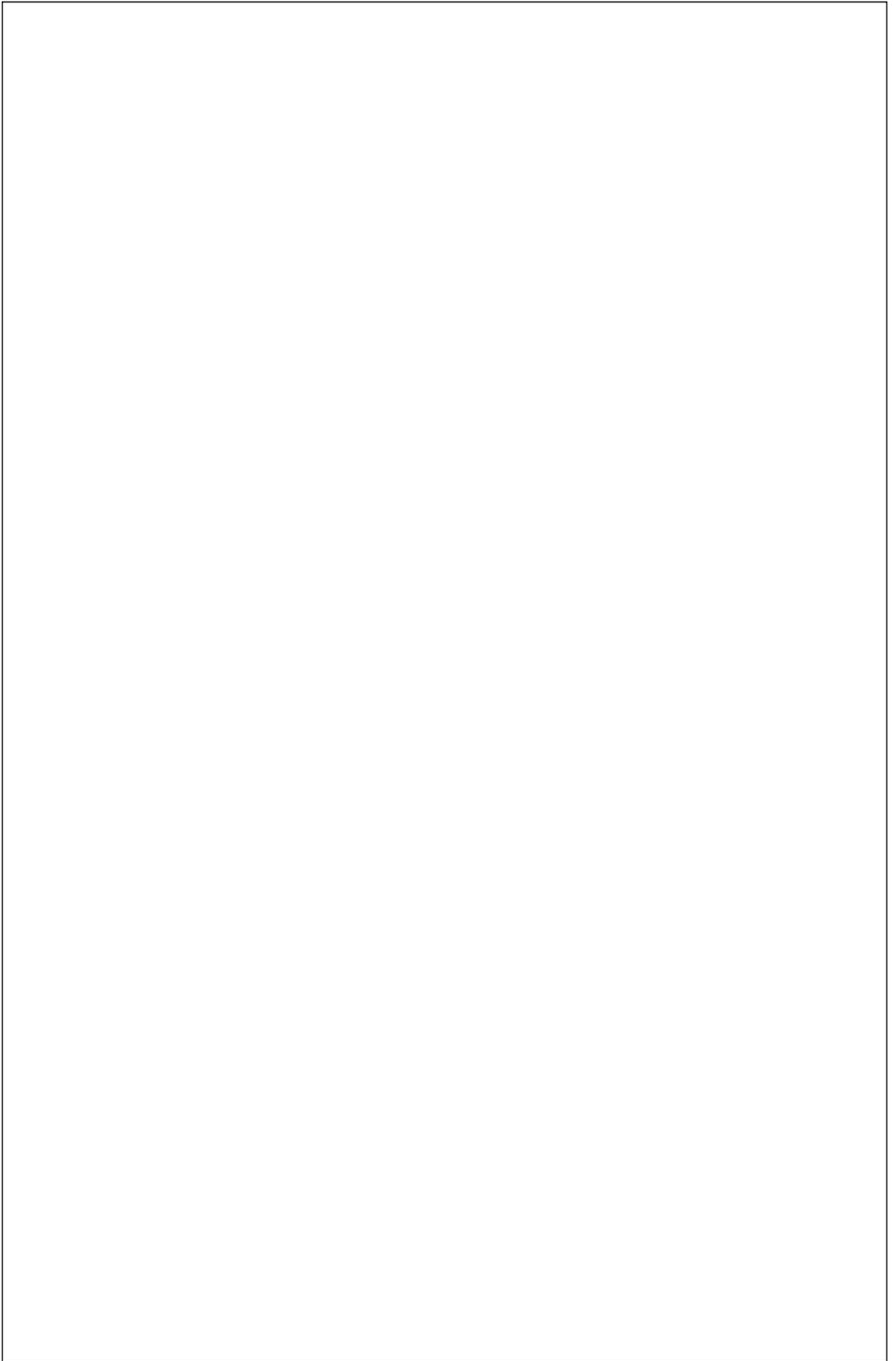
¹Oscar Wilde (1890) in: Das Bildnis des Dorian Gray, Stuttgart (Reclam) 1992, S. 40

Literatur

- Alam, M. & Dover, S. (2001): On Beauty. *Archives of Dermatology* 137, 795-807.
- Bradbury, E. (1994): The psychology of aesthetic plastic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery* 18, 301-305.
- Brosig, B. & Gieler, U. (2000) Das Dorian Gray-Syndrom - Haarwuchsmittel und andere Jungbrunnen. *Hessisches Ärzteblatt* 61, 470-472.
- Brosig, B.; Kupfer, J.; Niemeier, V. & Gieler, U. (2001): The »Dorian-Gray-Syndrome«: psychodynamic need for hair growth restorers and other »fountains of youth«. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics* 39, 279-283.
- Bullion, C. (2003): Zwischen Silikon und Glück. *Emma* 01/2003, 58-61.
- Castelló, J.R.; Barros, J. & Chinchilla, A. (1998): Body Dysmorphic Disorder and Aesthetic Surgery: Case Report. *Aesthetic Plastic Surgery* 22, 329-331.
- Colarusso, C.A. (1999): The development of time sense in middle adulthood. *Psychoanalytic Quarterly* 68, 53-83.
- Cole, J. (1999): Stealing beauty. *Time Literary Supplement* 9, 8-9.
- Coons, S.J. & Motheral, B.R. (2000): Quality-of-life-drugs? *Clinical Therapeutics* 22, 773-774.
- Covino, D.C. (2000): Creating beauty to cure the soul (Book Review). *Literature and Medicine* 19, 284-288.
- Csef, H. (1987): Tod und Neurose. Angst, Todestrieb, Objektverlust und Narzissmus auf dem Hintergrund humaner Todeserfahrung. *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie* 55, 164-173.
- Davis, K. (1999): Umgestaltung des Körpers - Neugestaltung des Selbst. *Zeitschrift für Sexualforschung* 12, 1-9.
- Decker, O. (2003): Der Prothesengott. Subjektivität und Transplantationsmedizin. Kassel (unveröffentlichte Promotionsschrift).
- Devereux (1970): Normal und anormal. Frankfurt (Suhrkamp) 1974.
- Edgerton, M.T.; Langman, M.W. & Pruzinsky, T. (1991): Plastic surgery and psychotherapy in the treatment of 100 psychologically disturbed patients. *Plastic Reconstructive Surgery* 88, 594-608.
- Eissler, K.R. (1980): Todestrieb, Ambivalenz, Narzissmus. München (Kindler).
- Erikson, E.H. (1950): *Childhood and Society* (2nd edition). New York (Norton), 1963.
- Fischer, F. (2001): Time is on my side. Schönheit als Wille und Vorstellung. *Brigitte beauty forum* 2001.
- Freiberg, A.; Giguère, D.; Ross, D.C.; Taylor, J.R.; Bell, T. & Kerluke, L.D. (1997): Are patients satisfied

- with results from residents performing Aesthetic Surgery? *Plastic and Reconstructive Surgery* 100, 1824–1831.
- Freud, S. (1914): Zur Einführung des Narzissmus. G.W.X., 137–170.
- Gieler, U. (1993): Unreine Haut und Psyche. *Haut* 7, 1–6.
- Gilman, S.L. (1998): *Creating beauty to cure the soul*. Durham (Duke University Press).
- Groesz, L.M.; Levine, M.P. & Murnen, S.K. (2002): The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders* 31, 1–16.
- Grossman, L. (1996): »Psychic Reality“ and Reality Testing. The Analysis of Perverse Defences. *International Journal of Psychoanalysis* 77, 509–517.
- Harth, W. & Linse, R. (2001): Body dysmorphic disorder and life-style drugs. Overview and report with finasteride. *International Journal of Clinical Pharmacological Therapie* 39, 284–287.
- Harth, W.; Wendler, M. & Linse, R. (2003): Lifestyle-Medikamente und körperdysmorphe Störungen. *Deutsches Ärzteblatt* 100: A 128–131.
- Hermans, H.J.M. & Oles, P.K. (1999): Midlife Crisis in Men: Affective Organization of personal meanings. *Human Relations* 52, 1403–26.
- Ishigooka, J.; Iwao, M.; Suzuki, M.; Fukuyama, Y.; Murasaki, M. & Miura, S. (1998): Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 52, 283–287.
- Jaques, E. (1965): Death and the midlife.crisis. *International Journal of Psychoanalysis* 46, 502–514.
- Kernberg, O. F. (1975): Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt (Suhrkamp) 1980.
- Klassen, A.; Jenkinson, C.; Fitzpatrick, R. & Goodacre, T. (1996): Patients' health related quality of life before and after aesthetic surgery. *British Journal of Plastic Surgery* 49, 433–438.
- Klose, G.; Schubert-Zsilavecz, M.; Steinhilber, D.; Volz, H.P. & Wolff, H. (2001): *Lifestyle-Arzneimittel. Was ist Mache, was ist dran?* Stuttgart (Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft).
- Krieger, L.M. (1999): Pricing strategy for aesthetic surgery: Economic analysis of a resident clinic's change in fees - Reply. *Plastic and Reconstructive Surgery* 104, 1941–1941.
- Kruger, A. (1994): The midlife transition: crisis or chimera. *Psychological Reports* 75, 1299–1305.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1967): *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt (Suhrkamp) 1972.
- Lasch, C. (1982): *Das Zeitalter des Narzissmus*. München (Bertelsmann).
- Lasch, C. (1999): Narzissmus und Alter. In: Renger, A.B. (Hrsg.): *Mythos Narziß*. Leipzig (Reclam), 226–228.
- Ludwig, G.: PADAM aus urologischer Sicht. *Urologe A* 39, 407–410.
- McDougall, J. (1986): Identifications, neoneeds and neosexualities. *International Journal of Psychoanalysis* 67, 19–31.
- Millet, F. & Laxenaire, M. (1994): La demande en chirurgie esthétique: entre fantasme et réalité. *Annales Médico-Psychologique* 152, 242–245.
- Moll, A. (1902): *Ärztliche Ethik*. Stuttgart (Enke).
- Mowlavi, A.; Lille, S.; Andrews, K.; Yashar, S.; Schoeller, T.; Weschelberger, G. & Anderson, R. (2000): Psychiatric patients who desire aesthetic surgery: Identifying the problem patient. *Annals of Plastic Surgery* 44, 97–106.
- Myers, D.G. & Diener, E.: Who is happy? *Psychological Science*, 10–19.
- Nakamura, Y.; Mulliken, J.B. & Belfer, M.L. (2000): Cross-cultural understanding of aesthetic surgery: The male cosmetic surgery patient in Japan and the USA. *Aesthetic Plastic Surgery* 24, 283–288.
- Oles, P.K. (1999): Towards a psychological model of midlife crisis. *Psychological Reports* 84, 1059–1069.
- Özgür, F.; Tuncalli, D. & Gürsu, K.G. (1998): Life satisfaction, self-esteem and body image: A psychosocial evaluation of aesthetic and reconstructive surgery candidates. *Aesthetic Plastic Surgery* 22, 412–419.
- Pinhas, L.; Toner, B.B.; Ali, A.; Garfinkel, P.E. & Stuckless, N. (1999): The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders* 25, 223–26.
- Pollock, G.H. (1972): On time, death and immortality. *Psychoanalytic Quarterly* 40, 435–446.
- Portele, G.H. (2003): Dorian Gray oder: Die Vergänglichkeit. *Gestalt-Zeitung* 16, 3–6.
- Rand, C.S.W. & Wright, B.A. (2000): Continuity and change in the evaluation of ideal and acceptable body sizes across a wide age span. *International Journal of Eating Disorders* 28, 90–100.
- Rank, O. (1925): *Der Doppelgänger. Eine psychoanalytische Studie*. Wien (Turia und Kant), 1993.
- Rees T. (1997): Discussion of Freiberg et al.: Are Patients satisfied with results from residents performing aesthetic surgery? *Plastic and Reconstructive Surgery* 100, 1832–1833.
- Roth, P. (2003): *Das sterbende Tier*. München (Hanser Verlag).
- Scarry, E. (1999): *On beauty and being just*. Princeton, NY (Princeton University Press).
- Schubert-Zsilavecz, M. (2001): Einführung. In: Klose, G.; Schubert-Zsilavecz, M.; Steinhilber, D.; Volz, H.P. & Wolff, H. (2001): *Lifestyle-Arzneimittel. Was ist Mache, was ist dran?* Stuttgart (Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft).
- Schüle, C.: Lauter kleine Dorian Grays. *Die Zeit* 2/2002, 10–11.
- Shek, D.T.L. (1996): Midlife Crisis in Chinese Men and Women. *Journal of Psychology* 130, 109–119.
- Stangier, U.; Hungerbühler, R.; Meyer, A. & Wolter, M. (2000): Diagnostische Erfassung der körperdysmorphe Störung - Eine Pilotstudie. *Nervenarzt* 71, 876–848.
- Tröhler, U. (1999): Frauen unter dem Messer – auch eine Geschichte der Chirurgie. *Gynäkologisch-Geburts-hilfliche Rundschau*, 199–206.

- Volynskaya, L.B. (2000): The prestige of age. *Sotsiologicheskie-Issledovaniya* 7, 120–124.
- Westerhof, G.J.; Barrett, A.E. & Steverink, N. (2003): Forever young? A comparison of age identities in the United States and Germany. *Research on Aging* 25, 366–383.
- Wijsbek, H. (2000): The pursuit of beauty: the enforcement of aesthetics or a freely adopted lifestyle. *Journal of Medical Ethics* 26, 454–458.
- Wilde, O. (1890): *Das Bildnis des Dorian Gray*, Stuttgart (Reclam) 1992.
- Wyss, D. und Mitarbeiter: *Der Kranke als Partner. Lehrbuch der anthropologisch-integrativen Psychotherapie*. Bd. I u. II. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), 1982.
- Zweifler, M. & Glasberg, S.B. (2000): An outcome-based study of aesthetic surgery in a clinic setting. *Annals of Plastic Surgery* 44, 355–360.



Das Körperbild im Jugendalter – Ein Literaturüberblick

Markus Roth

Das Jugendalter imponiert als eine besonders veränderungsintensive Periode im menschlichen Lebenslauf: Neben relativ raschen sozialen, ökologischen und psychischen Umstellungen sticht diese Entwicklungsphase besonders durch dramatische körperliche Veränderungen hervor, die gemeinhin als Beginn der Adoleszenz verstanden werden (Oerter & Dreher 2002, Seiffge-Krenke 1998). Für den Jugendlichen selbst wird daher im Sinne Havigursts (1972) die Akzeptierung der körperlichen Erscheinung sowie die effektive Nutzung des Körpers als wesentliche Entwicklungsaufgabe formuliert. Dabei wird vermutet, dass diese Aufgabe mit anderen Anforderungen dieses Entwicklungsabschnitts interagiert, wie beispielsweise dem Aufbau enger Beziehungen zu Gleichaltrigen bei gleichzeitiger Ablösung vom Elternhaus (z. B. Fend 2000).

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper erscheint demnach als genuine Entwicklungsthematik in der Adoleszenz. Die starke, für den Außenstehenden oftmals übersteigert anmutende Zentrierung Jugendlicher auf ihren Körper, der Wunsch diesen zu verändern sowie die Realisierung entsprechender Modifikationen wird verständlich in Anbetracht der Bedeutung, die dem Körper für die adoleszente Entwicklung zukommt. In der vorliegenden Arbeit soll ein Überblick über Arbeiten gegeben werden, die Aspekte des Körperbildes¹ bzw. die Auseinandersetzung hiermit im Jugendalter untersuchen. Zunächst sei dabei der Frage nachgegangen, welche Struktur das adoleszente Körperbild aufweist, und welche einzelnen Dimensionen sich empirisch rechtfertigen lassen. Entsprechend dem Forschungsfokus in der Literatur (vgl. Boeger 1995), werden die einzelnen Komponenten

vornehmlich vor dem Hintergrund ihrer Geschlechtsabhängigkeit beleuchtet.

Neben der Darstellung über die »Dimensionalität« des Körperbildes besteht ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit im Aufzeigen der zuvor genannten Bedeutung, die dem Körper und vor allem dem körperlichen Erscheinungsbild für den Jugendlichen zukommt. Zum einen wird in diesem Kontext nach der Relevanz für ein positives Selbstwertgefühl, zum anderen nach dem Zusammenhang zu psychischer Fehlanpassung im Jugendalter gefragt. Beide Aspekte werden letztlich zeigen, dass die Zufriedenheit mit dem Körper, sowohl Aussehen als auch Funktionalität betreffend, sowohl für ein positives Selbstwertgefühl wie auch für eine gelungene psychische Anpassung notwendig erscheinen.

Struktur und Dimensionen des adoleszenten Körperbildes

Mrazek (1987) hat als erster eine empirische Strukturanalyse des Körperbildes im Jugendalter vorgenommen mit dem Ziel, die Grundkomponenten der körperbezogenen Vorstellungen und Einstellungen in diesem Entwicklungsabschnitt zu bestimmen. Hierfür verwandte er einen 60 Items umfassenden Fragebogen zu verschiedenen Aspekten des Körperbildes. Anhand einer Stichprobe von 1026 zwölf- bis 16jähriger Jugendlicher verschiedener Schulformen ließen sich dabei faktorenanalytisch acht Dimensionen extrahieren: I. Fitness und Sport (z. B. »Ich trainiere meinen Körper regelmäßig«), II. Achten auf Äußeres und Körperpflege (z. B. »Ich finde es wichtig, dass man gut

aussieht«), III. Figurprobleme (z. B. »Ich achte beim Essen auf Kalorien«), IV. Narzissmus (z. B. »Ich finde meinen Körper schön«), V. Körperentfremdung und Gesundheitsprobleme (z. B. »Mein Körper tut manchmal, was er will«), VI. Rauchen und Alkohol (z. B. »Ich rauche öfters eine Zigarette«), VII. Körperkontakt mit Verwandten (z. B. »Ich habe es gern, wenn Eltern und Verwandte mich umarmen«) und VIII. Naschen (z. B. »Ich esse gerne Süßigkeiten«). Da alters- und geschlechtsspezifische Faktorenanalysen nur geringe und nicht systematisch interpretierbare Abweichungen dieser Lösung zeigten, beansprucht die achtfaktorielle Struktur des Körperbildes für den gesamten Altersbereich der zwölf- bis 16jährigen Jugendlichen sowie gleichsam für männliche und weibliche Jugendliche der Stichprobe Gültigkeit.

Auf inhaltlicher Ebene konnte Mrazek (1987) somit die Aspekte »Fitness/körperliche Leistungsfähigkeit«, »Aussehen«, »Figur«, »Gesundheit«, »Körperkontakt« und »Ernährung/Genussmittel« unterscheiden. In Einklang mit Untersuchungen an erwachsenen Populationen fällt dabei auf, dass sich »Aussehen« und »Figur« demnach als relativ unabhängige Teilkonzepte erweisen: Während »Aussehen« eher auf Gesicht und Haut, also auf die Körperoberfläche bezogen war, betraf »Figur« hingegen eher den Körperbau, wobei eine besondere Betonung der Gewichtsproblematik deutlich wurde. Eine ähnliche Differenzierung zeigte sich auch in einer Untersuchung von Alt (1988) bezüglich des Aspektes »Körperzufriedenheit«: Die Autorin konnte anhand einer Stichprobe von zwölf- bis 15jährigen Jugendlichen neben der »Zufriedenheit mit dem Oberkörper (Gesicht, Haut)« als weiteren unabhängigen Faktor die Dimension »Zufriedenheit mit der Figur« extrahieren (in gleiche Richtung weisen die Befunde von Littrell, Damhorst und Littrell (1990) an 13- bis 18jährigen weiblichen Jugendlichen sowie von Rodriguez-Tomé u.a. (1993) an einer Stichprobe elf- bis 16jähriger Jugendlicher beiderlei Geschlechts).

Anhand einer Fragebogenstudie an 352 Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 16 Jahren fand Roth (1998) zehn interpretierbare Faktoren, die teilweise mit denen von Mrazek (1987) korre-

spondierten, zum Teil aber auch abwichen. Auch hier zeigte sich, dass Jugendliche zwischen der Zufriedenheit mit der Figur und der Zufriedenheit mit der Physiognomie differenzieren. Als eigene Dimension ermittelte er die Körperentfremdung, die durch Gefühle des Losgelöstseins vom eigenen Körper gekennzeichnet ist. Vertrauen und Misstrauen in die eigene Körperdarstellung erweisen sich als relativ unabhängig, ebenso die Dimensionen der privaten und öffentlichen Körperaufmerksamkeit. Schließlich zeigte sich, dass analog zu den allgemeinen Befunden über Kontrolle auch beim Körperbild eine externe und eine interne Komponente der Kontrollüberzeugung zu unterscheiden ist.

Obschon somit recht eindeutig die Mehrdimensionalität des adoleszenten Körperbildes nachgewiesen wurde (vgl. auch Baur und Mietling 1991) widmeten sich bislang ca. 80 % der Untersuchungen zum Körperbild im Jugendalter einer einzelnen Komponente, nämlich der »Körperzufriedenheit« (zumeist bezogen auf die körperliche Erscheinung). Diese Studien verweisen in erster Linie auf deutliche Geschlechtsunterschiede: Wie De Castro und Goldstein (1995) anhand einer Stichprobe acht- bis 16jähriger Kinder und Jugendlicher feststellen konnten, äußerten sich weibliche Jugendliche bezüglich ihrer körperlichen Erscheinung als generell unzufriedener denn männliche, wobei diese Differenzen auf sämtlichen Altersstufen in Erscheinung traten. Auch längsschnittliche Befunde zeigen, dass die vergleichsweise höhere Körperunzufriedenheit weiblicher Jugendlicher während des gesamten Jugendalters anzutreffen ist (z. B. Rauste-von Wright 1989), wobei davon auszugehen ist, dass sich die geschlechtsspezifische Konturierung bereits im Kindesalter manifestiert (Koff & Rierdan 1991, Vaughanet u.a. 1981, Wood u.a. 1996). Detailliertere Untersuchungen verdeutlichen, dass sich die weibliche Körperunzufriedenheit vornehmlich auf das figurliche – nicht das physiognomische – Erscheinungsbild bezieht (Davies und Furnham 1986, Folk u.a. 1993), wobei sich ein Großteil der normalgewichtigt klassifizierten Mädchen als übergewichtig einschätzt (Tienboon u.a. 1994), was als ein wesentlicher Grund für das unter weibli-

chen Jugendlichen weit verbreitete Diätverhalten betrachtet werden kann (Schur u.a. 2000). Dabei scheint die pubertäre Entwicklung ganz wesentlich für die Zunahme der weiblichen Körperbewertung verantwortlich zu sein (Cohn u.a. 1987, Eisele u.a. 1986): Bei weiblichen Jugendlichen steht die hormonell bedingte Gewichtszunahme und die damit einhergehende Veränderung ihres figürlichen Erscheinungsbildes in Widerspruch zu ihrem – seit dem Kindesalter stabilen – körperlichen Idealbild. Bei männlichen Jugendlichen läßt sich statt dessen eine Verringerung dieser Diskrepanz feststellen, da die Zunahme an Muskelmasse bei gleichzeitiger Wachstumsbeschleunigung ihrem Ideal einer maskulinen, kräftigen Erscheinung entspricht (vgl. Kracke 1993).

Bezüglich der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper bzw. der körperlichen Erscheinung sind die Differenzen zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen sicherlich bislang am deutlichsten belegt, sie finden sich jedoch auch bei anderen Komponenten des Körperbildes. Den Ergebnissen der wenigen diesbezüglich durchgeführten Untersuchungen zufolge, unterscheiden sich weibliche Jugendliche von ihren männlichen Altersgenossen zudem durch eine höhere auf den eigenen Körper bezogene Aufmerksamkeit (Alt 1988, Mrazek 1987), ein geringeres Erleben der Kontrollierbarkeit des Körpers (Hartmann 1987, Mrazek 1989, Roth 1999a) sowie eine niedrigere wahrgenommene körperliche Effektivität (Baur und Miethling 1991, Grant und Fedor 1986, Roth 1999b). Die in der Literatur häufig vertretene These, dass Geschlechtsunterschiede vornehmlich auf divergierende Bedeutungen hinsichtlich der körperlichen Attraktivität und diesbezüglich unterschiedlichen Idealvorstellungen zurückzuführen sind, scheint somit nicht ausreichend, um eine geschlechtsspezifische Ausformung des adoleszenten Körperbildes zu erklären.

Insgesamt sprechen die referierten Befunde somit zunächst für eine deutliche Geschlechtsabhängigkeit des Körperbildes. Allerdings wurde dabei bislang die Frage der Bedeutsamkeit der Geschlechtsdifferenzen weitgehend vernachlässigt. Diese scheint jedoch angesichts neuerer Befunde von Brähler u. a. (2000) von

Relevanz: So konnten Brähler et al. im Rahmen ihrer Normierungsstudie zum FbeK zeigen, dass sich bei einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe zwar in sämtlichen Skalen des Verfahrens (Attraktivität und Selbstvertrauen, Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes, Unsicherheit/ Besorgnis, Körperlich-sexuelles Missempfinden) signifikante Geschlechtsunterschiede feststellen lassen, diese jedoch eher als klein bis mittelgradig einzustufen sind. Dies konnte Roth (2002) auch für Geschlechtsunterschiede bei Jugendlichen nachweisen: In seiner Untersuchung an 326 Schülerinnen und Schülern im Alter zwischen 13 und 16 Jahren wurde der »Fragebogen zur Körpererfahrung für Jugendliche« (FKEJ; Roth 2003) eingesetzt, der acht Dimensionen des adoleszenten Körperbildung unterscheidet (öffentliche vs. private Körperaufmerksamkeit, Unzufriedenheit mit der Figur vs. mit der Physiognomie, Körperentfremdung, Wahrgenommene sportliche Kompetenz, Internale vs. externale körperbezogene Kontrollüberzeugung). Mit Ausnahme der Unzufriedenheit mit der Physiognomie unterschieden sich zwar weibliche von männlichen Jugendlichen in sämtlichen Skalen des Verfahrens, jedoch wiesen diese Differenzen nur ein geringes Ausmaß (im Sinne der berechneten Effektstärken) auf, was ihre praktische Bedeutsamkeit eher in Frage stellt.

Die Bedeutung des Körperbildes für das Selbstwertgefühl der Jugendlichen

Dem Körperbild ist vor allem daher eine große Bedeutung zuzumessen, da hiervon das allgemeine Selbstwertgefühl der Jugendlichen entscheidend abhängt: Ähnlich wie bei Erwachsenen und Studenten (z. B. Strauß und Richter-Appelt 1996) lässt sich auch bei Jugendlichen ein deutlicher Zusammenhang zwischen Körperzufriedenheit und Selbstwertgefühl empirisch belegen. Verschiedene Studie konnten übereinstimmend belegen, dass die Zufriedenheit mit dem körperlichen Erscheinungsbild

hoch mit dem allgemeinen Selbstwertgefühl korrespondiert (z. B. Thompson u.a. 1995, Mendelsohn u. a. 1995, Kenealy u. a. 1991) Verkuyten (1990) konnte überdies zeigen, dass dieser Zusammenhang bei Jugendlichen höher ausfällt als der Zusammenhang zwischen dem Selbstwertgefühl und anderen Selbstkonzeptdimensionen, wie beispielsweise schulische Fähigkeiten oder die wahrgenommene Beliebtheit bei Gleichaltrigen. Demnach scheint das Selbstwertgefühl der Jugendlichen vorrangig von der Bewertung ihres physischen Erscheinungsbildes determiniert zu sein.

Die Verbindung des adoleszenten Selbstwertgefühls mit der Körperzufriedenheit lässt sich zwar gleichsam bei männlichen wie weiblichen Jugendlichen nachweisen, jedoch tendieren – analog zu den Befunden bei Erwachsenen – Mädchen in stärkerem Ausmaß dazu, ihr Selbstwertgefühl vom körperlichen Erscheinungsbild abhängig zu machen (z. B. Allgood-Mertens u.a. 1990, Folk u. a. 1993). Inwieweit diese Befunde jedoch eine Generalisierung dahingehend zulassen, dass das weibliche Selbstwertgefühl generell stärker körperbezogen determiniert ist als das männliche bleibt vor dem Hintergrund der eingangs angesprochenen Multidimensionalität offen: So ist es durchaus möglich, dass auch bei männlichen Jugendlichen das Körpererleben entscheidend zum allgemeinen Selbsterleben beiträgt, jedoch hierbei andere Komponenten als die figurbezogene Körperzufriedenheit eine Rolle spielen. In diese Richtung argumentieren beispielsweise Koff u.a. (1990, S. 57), die divergierende Funktionen des Körpers für beide Geschlechter herausheben: »females tend to view their bodies primarily as a means of attracting others, while males tend to perceive their bodies primarily as a means of effectively operating on the external environment«. Bislang liegen jedoch nur vereinzelt Ergebnisse vor, die diese Sichtweise stützen und darauf verweisen, dass das männliche Selbstwertgefühl weniger durch das körperliche Erscheinungsbild als vielmehr durch die wahrgenommene Effektivität und Aktivität des Körpers bestimmt wird (z. B. Lerner u. a. 1981).

Um hier detailliertere Erkenntnisse zu gewinnen, untersuchte Roth (2002) in der bereits

genannten Studie, welche Relevanz den einzelnen Komponenten des Körperbildes für das allgemeine Selbstwertgefühl im Jugendalter zukommt. Überraschenderweise konnte er anhand schrittweiser Regressionsanalysen, die getrennt für beide Geschlechter durchgeführt wurden, zeigen, dass bei beiden Geschlechtern der gleiche Varianzanteil des Selbstwertgefühls (je 23 %) durch das Körperbild vorhergesagt wird. Allerdings zeigte sich, dass teilweise unterschiedliche Komponenten bei beiden Geschlechtern diesbezüglich relevant sind. So hing bei Mädchen ein positives Selbstwertgefühl vor allem mit einer hohen Zufriedenheit mit ihrer Figur und einer geringen externalen körperbezogenen Kontrollüberzeugung zusammen. Demgegenüber spielte bei den Jungen für ein positives Selbstwertgefühl neben einer ebenfalls hohen Zufriedenheit mit der Figur vor allem eine ausgeprägte wahrgenommene körperliche Kompetenz und eine niedrige Körperaufmerksamkeit eine entscheidende Rolle.

Wieso ist für Jugendliche das Körperbild so entscheidend für ihr Selbstwertgefühl? Eine mögliche Erklärung könnte darin liegen, dass der Körper ein entscheidendes Kriterium der sozialen Akzeptanz durch die adoleszente Altersgruppe darstellt. In einer Untersuchung von Engel und Hurrelmann (1993) wurde von den Jugendlichen selbst auf diese Funktion hingewiesen: Über 80 % der Jugendlichen gaben dabei an, dass ein ansprechendes äußeres Erscheinungsbild eine wichtige Voraussetzung sei, um bei anderen (Freunden, Bekannten, Mitschülern) Erfolg zu haben. In die gleiche Richtung weisen auch die Ergebnisse einer Untersuchung von Fend (1994) an über 2.000 deutschen und schweizerischen Jugendlichen im Alter zwischen zwölf und 16 Jahren: Sowohl bei männlichen wie auch bei weiblichen Jugendlichen traten signifikante Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit dem körperlichen Erscheinungsbild und der wahrgenommenen sozialen Akzeptanz hervor. Insbesondere die pubertätsbedingten Veränderungen der körperlichen Erscheinung erweisen sich dabei als entscheidendes Kriterium der sozialen Akzeptanz, wobei sich bei beiden Geschlechtern erwartungsgemäß unterschiedliche soziale Auswirkungen zeigen. So konnte Kracke (1988, zit. nach

Kracke und Silbereisen 1994) darlegen, dass bei Mädchen besonders die Akzelerierten auf Ablehnung durch Gleichaltrige stießen, während dies bei Jungen eher für die Spätreifen zutraf (Kracke 1993). Demgegenüber können sich die akzelerierten Jungen eher besonderer Beliebtheit bei den Gleichaltrigen erfreuen: Ewert (1984), der Oberstufenschüler des elften und zwölften Jahrgangs in der Retrospektive das Verhalten körperlich akzelerierter und retardierter Jugendlicher einschätzen ließ, als diese 13 bis 14 Jahre alt waren, konnte eine insgesamt positive Charakterisierung akzelerierter Jungen feststellen: Die Schüler gaben unter anderem an, dass frühreife Altersgenossen im Klassenverband meinungsführend waren, oft Vorschläge und Kritik stellvertretend für alle Schüler dem Lehrer vortrugen, sich selbstsicher gegenüber den Mädchen ihrer Klasse verhielten und sowohl von den männlichen Altersgenossen als auch von den Mädchen ihres Alters besonders geschätzt wurden.

Ausgehend von der Bedeutung, die dem körperlichen Erscheinungsbild damit gleichsam für die soziale Akzeptanzwahrnehmung wie auch für die Selbstakzeptanz der Jugendlichen zukommt, geht Fend (1994) davon aus, dass der Zusammenhang zwischen der Bewertung des körperlichen Erscheinungsbildes und dem allgemeinen Selbstwertgefühl im wesentlichen über die Erfahrungen vermittelt wird, die Jugendliche aufgrund ihres Aussehens bei der Gleichaltrigengruppe machen. Fend (1994) vermutet, dass aufgrund kultureller Standards mehr oder weniger attraktive Mädchen und Jungen »objektiv« existieren. Dies werde von den Jugendlichen entsprechend wahrgenommen sowie ihnen über Urteile und Reaktionen anderer vermittelt. Hierdurch entstehe eine subjektive Einschätzung der eigenen Attraktivität, die im wesentlichen mit der »objektiven« Attraktivität übereinstimme. Da gleichzeitig ein attraktives Erscheinungsbild zum sozialen Erfolg beitrage, werde dieser Zusammenhang objektiv konsolidiert und den Jugendlichen mit der Zeit bewusst. Die geringe soziale Anerkennung tangiere die Selbstakzeptanz der Jugendlichen, wodurch wiederum die Einschätzung der eigenen Attraktivität beeinflusst werde. Als zirkuläre Folge werden nach Fend (1994, S.

128) unattraktive Jugendliche sozial zurückhaltender, während attraktive Jugendliche die Erfolgfelder der sozialen Anerkennung immer wieder neu aufsuchten. Hierdurch werde »eine Kettenreaktion günstiger und ungünstiger Erfahrungen ausgelöst, die sich in positiven und negativen Haltungen sich selbst gegenüber chronifiziert«. In einer Art »Halo-Effekt« beginne sich dabei die Bewertung des eigenen Erscheinungsbildes auf die Bewertung der gesamten Person auszubreiten, und diese wesentlich zu dominieren.

Inwieweit den Reaktionen anderer auf das körperliche Erscheinungsbild eine Mediatorfunktion bezüglich der Selbstakzeptanz zukommt, lässt sich gegenwärtig nur vermuten; hierzu fehlen bislang empirische Belege. Demgegenüber lässt sich jedoch mit relativer Sicherheit davon ausgehen, dass soziale Reaktionen entscheidend für die eigene Bewertung des körperlichen Erscheinungsbildes sind. Levinson, Powell & Stellman (1986) konnten an einer Stichprobe von mehr als 6.000 Jugendlichen im Alter zwischen zwölf und 17 Jahren zeigen, dass die Bewertung sozialer Interaktionspartner die eigene Sicht des Körpers wesentlich beeinflusst. In letzter Zeit wurde insbesondere von der Arbeitsgruppe um Thompson der Frage Aufmerksamkeit gewidmet, welche Bedeutung verbale negative Kommentare, die von anderen bezüglich des körperlichen Erscheinungsbildes abgegeben werden, für die Körperzufriedenheit haben (vgl. Thompson u.a. 1991, Thompson, Cattarin u.a. 1995). Dabei ließ sich - zumindest bei weiblichen Jugendlichen - recht eindeutig feststellen, dass die Bewertung ihres eigenen Körpers vielfach über (negative) Urteile und Reaktionen anderer vermittelt wird. So erfassten Thompson, Coovert, Richards, Johnson und Cattarin (1995) bei einer Stichprobe 13- bis 16jähriger Mädchen einerseits die Zufriedenheit mit ihrem Körper sowie das Ausmaß an Hänseleien, die sie bezüglich ihrer figürlichen Erscheinung erfahrenen haben, andererseits den Body Mass-Index (BMI) als objektives Kriterium zur Bestimmung des tatsächlichen Über- bzw. Untergewichts. Anhand verschiedener Modelltestungen konnten die Autoren dabei interessanterweise feststellen, dass der BMI, d.h.

das objektive figürliche Erscheinungsbild, keinen direkten, unabhängigen Einfluss auf die Körperzufriedenheit der weiblichen Jugendlichen aufweist. Ihren Befunden zufolge spielen vielmehr die negativen Reaktionen anderer eine entscheidende Rolle als Mediatorvariable, über die der Einfluss des tatsächlichen Erscheinungsbildes auf die Körperzufriedenheit vermittelt wird. Diesen Wirkungsmechanismus (Übergewicht führt zu negativen Äußerungen, die wiederum zur Körperunzufriedenheit führen) konnten Cattarin und Thompson (1995) auch in einer dreijährigen Längsschnittstudie an zehn bis 15jährigen Mädchen bestätigen. Interessanterweise sind die im Kindes- und Jugendalter erfahrenen Reaktionen anderer auf das eigene Erscheinungsbild auch im weiteren Entwicklungsverlauf von entscheidender Relevanz für die wahrgenommene Körperzufriedenheit: Wie Cash (1995) sowie Rieves und Cash (1996) an studentischen Stichproben belegen konnten, spielen die im Kindes- und Jugendalter erfahrenen Hänseleien hinsichtlich der figürlichen Erscheinung auch für die im Erwachsenenalter wahrgenommene Körperzufriedenheit eine maßgebliche Rolle. Demnach lässt sich annehmen, dass besonders die Adoleszenz eine sensible Entwicklungsphase darstellt, in der solche (negativen) Rückmeldungen in das eigene Selbstbild aufgenommen werden. Verantwortlich hierfür dürfte wohl die besondere Bedeutung der Peergruppe in der Adoleszenz sein, der allgemein eine große Bedeutung für die Genese von Einstellungen und Überzeugungen beigemessen wird.

Zusammenfassend lässt sich somit das körperliche Erscheinungsbild in zweierlei Hinsicht als »soziales Gebilde« verstehen: Zum einen kann angenommen werden, dass die Bewertung der körperlichen Erscheinung insbesondere in der Adoleszenz zu einem beträchtlichen Teil durch Rückmeldungen sozialer Interaktionspartner geformt wird, und somit nicht nur das eigene Idealbild, sondern auch diesbezügliche Vorstellungen anderer von Bedeutung sind. Zum anderen imponiert das körperliche Erscheinungsbild hinsichtlich seiner »sozialen« Auswirkungen, da dieses von den Jugendlichen selbst als wichtiges Kriterium der sozialen Akzeptanz betrachtet wird.

Körperbild und psychische Anpassung im Jugendalter

Wie die vorangegangenen Ausführungen gezeigt haben, weisen bisherige Befunde in Richtung der einleitend dargelegten Auffassung, dass der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper vor allem in der Adoleszenz eine entscheidende Bedeutung beizumessen ist. Die damit implizierte Zuordnung einer Thematik zu einer speziellen Entwicklungsphase weist auf das bereits angesprochene Konzept von Havighurst (1972), wonach Entwicklung als ein Prozess der Lösung einzelner Entwicklungsaufgaben beschrieben werden kann. Die Akzeptanz der körperlichen Erscheinung und die effektive Nutzung des Körpers oder, wie Fend (1994, S. 115) es ausdrückt, »den Körper bewohnen [zu] lernen«, wird dabei als spezifische Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz verstanden – bzw. umgekehrt formuliert: die Adoleszenz als »age[.] of special sensitivity for learning them« (Havighurst 1972, S. 7). Davon ausgehend, dass Entwicklungsaufgaben mehr als ein Etikett für bestimmte Anforderungen darstellen, die sich dem Individuum im Laufe der Entwicklung stellen, soll nachfolgend auf den Erklärungswert eingegangen werden, der diesem Modell zukommt. Orientierungspunkt sei dabei die von Havighurst (1972, S. 2) vorgenommene Definition einer Entwicklungsaufgabe: »A developmental task is a task which arises at or about a certain period in the life of the individual, successful achievement of which leads to happiness and to success with later tasks, while failure leads to unhappiness in the individual, disapproval by the society, and difficulty with later tasks«.

Entwicklungsaufgaben bieten sich demnach einerseits als konzeptioneller Hintergrund für die Erklärung einer individuellen Weiterentwicklung (infolge deren Lösung), andererseits auch als Rahmen zum Verständnis psychosozialer Fehlentwicklungen (infolge einer Nichtlösung) an. Bislang wurde das von Havighurst formulierte Konzept vornehmlich als theoretischer Hintergrund zur Analyse des Entwicklungsprozesses im Sinne einer produktiven Anpassung an die spezifischen Anforderungen, somit unter dem Aspekt der Weiterentwicklung, herangezogen;

als Rahmen zur Erforschung psychosozialer Fehlentwicklungen wurde es hingegen deutlich weniger berücksichtigt. Vor dem Hintergrund der »janus-köpfigen« Konzeption der Entwicklungsaufgaben ist jedoch zu erwarten, dass den von Havighurst (1972) formulierten Anforderungen nicht nur eine erklärende Funktion bezüglich »normaler«, d. h. produktiver Entwicklungsprozesse zukommt, sondern sich diese auch als Analyseeinheit psychischer Störungen in einem speziellen Entwicklungsabschnitt bewähren sollten. Der Gedanke, der hier zum Ausdruck kommt, Psychopathologie als Spiegel normaler Entwicklung zu betrachten, weist auf die entwicklungspsychopathologische Perspektive, die innerhalb der Entwicklungspsychologie zunehmend an Bedeutung gewinnt (vgl. Silbereisen 1996).

Im Kontext der adoleszenten Körpererfahrung lässt sich somit folgendes annehmen: Wenn die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper eine spezifische Entwicklungsanforderung des Jugendalters darstellt, so müsste diese auch einen wesentlichen Beitrag zur Erklärung psychischer Störungen leisten können. Analog zu den bereits zitierten entwicklungspsychologischen Studien wurde bislang auch in klinischen Untersuchungen vornehmlich die Körperzufriedenheit untersucht (vgl. Roth 1998). Dabei erwies sich diese (neben einer gestörten Körperwahrnehmung) vor allem bei der Anorexie als psychopathologisch relevantes Merkmal. (z. B. Cattarin & Thompson 1995, Lehmkuhl u.a. 1990): Nach längsschnittlichen Befunden von Attie und Brooks-Gunn (1989) sowie Cattarin und Thompson (1995) nehmen Essstörungen häufig in einer figurbezogenen Unzufriedenheit und häufigem Diätverhalten ihren Ausgangspunkt.

Wenn auch die Körperzufriedenheit am häufigsten im Kontext der Anorexie thematisiert wird, so ist sie keineswegs spezifisch für diese Störungsform. Page (1992) sowie Rierdan, Koff und Stubbs (1988) konnten zeigen, dass auch depressive Jugendliche (beiderlei Geschlechts) eine geringere Zufriedenheit mit ihrem körperlichen Erscheinungsbild äußerten als nicht depressive Altersgenossen: Nach den Befunden von Page (1992) an einer Stichprobe von über

1000 Jugendlichen der neunten bis zwölften Jahrgangsstufen, äußern Jugendliche, die sich im Vergleich zu ihren Altersgenossen als weniger attraktiv einschätzen, häufiger Gefühle der Hoffnungslosigkeit, die ein wesentliches Symptom des depressiven Erscheinungsbildes darstellen. Auch Rierdan, Koff und Stubbs (1988) fanden, dass sowohl depressive Mädchen als auch depressive Jungen der neunten Jahrgangsstufe eine geringere Zufriedenheit mit ihrem körperlichen Erscheinungsbild äußerten als nicht-depressive Altersgenossen. Nach den Befunden von Rierdan u. a. (1987) bleibt dabei der enge Zusammenhang zwischen depressiven Störungen und der Zufriedenheit mit dem Körper im Verlauf der Adoleszenz stabil.

Mit Hinblick auf die Überlegungen von Beck würde der mehrfach nachgewiesene Zusammenhang zwischen der Körperzufriedenheit und dem Ausmaß depressiver Symptome keinen Hinweis auf die Relevanz des adoleszenten Körperbildes hinsichtlich der Entwicklung psychischer Störungen darstellen, sondern lediglich einen Sonderfall einer negativen Bewertung bei depressiven Patienten beschreiben, die sich auf die gesamte Person bezieht, wobei unter anderen auch ihr körperliches Erscheinungsbild eingeschlossen wäre. In diese Richtung weisen Befunde von Allgood-Mertens u. a. (1990): Die Autoren konnten anhand einer Stichprobe 13- bis 18jähriger Jugendlicher nachweisen, dass zwar die Zufriedenheit mit dem körperlichen Erscheinungsbild ein Korrelat depressiver Symptome im Jugendalter darstellt, jedoch die deutlichen Zusammenhänge zwischen beiden Merkmalen eliminiert werden, wenn das Selbstwertgefühl der Jugendlichen als Kovariate einbezogen wird. Demnach leistet die Körperzufriedenheit der Jugendlichen keinen über den des allgemeinen Selbstwertgefühls hinausgehenden Beitrag zur Erklärung der depressiven Symptomatik im Jugendalter. Teri (1982) stellte allerdings konträr zu den Befunden von Allgood-Mertens u.a. (1990) fest, dass von den verschiedenen Subskalen des »Offer Self-Image Questionnaire« die Skala »body image« am besten zur Varianzaufklärung depressiver Symptome 14- bis 17jähriger Jugendlicher beiträgt. Inwieweit somit der Bewertung des körperlichen Erscheinungsbildes

eine besondere, d.h. über die allgemeine Selbstbewertung hinausgehende, Relevanz für depressive Störungen im Jugendalter zukommt, kann bislang nicht endgültig entschieden werden. So weisen auch die Befunde des »Oregon Adolescent Depression Project (OADP)«, einer prospektiven, epidemiologischen Untersuchung an über 1500 Jugendlichen darauf hin, dass sowohl ein niedriges Selbstwertgefühl als auch eine negative Bewertung des eigenen Körpers charakteristische Merkmale depressiver Jugendlicher darstellen (Lewinsohn, Rohde & Hautzinger 1994).

Eine widersprüchliche Befundlage zeigt sich auch bezüglich der Verursachungsrichtung, die der korrelativen Beziehung zwischen der Körperzufriedenheit und der Intensität depressiver Symptome bei Jugendlichen zugrunde liegt. Bislang liegen lediglich zwei unabhängige Untersuchungen vor, mittels derer die - zumeist implizit angenommene - kausale Verursachung depressiver Symptomatik durch eine negative Bewertung des eigenen Körpers empirisch überprüft wurde. Rierdan u. a. (1989) untersuchten bei adolescenten Mädchen der sechsten bis neunten Schulstufen die Intensität depressiver Symptome sowie deren Körperzufriedenheit zu zwei Messzeitpunkten im Abstand von einem halben Jahr. Dabei zeigte sich, dass die Intensität der Körperunzufriedenheit zum ersten Messzeitpunkt in stärkerem Ausmaß die Persistenz depressiver Symptome (d. h. depressive Symptome zum ersten und zweiten Messzeitpunkt) als deren Beginn (d. h. depressive Symptome ausschließlich zum zweiten Messzeitpunkt) erklärt. Demnach scheint Körperunzufriedenheit lediglich ein Korrelat, kein kausaler Faktor der depressiven Störung im Jugendalter zu sein. Demgegenüber weisen die Befunde von Thompson, Covert u. a. (1995) eher auf eine kausale Verursachungsrichtung: Pfadanalytische Auswertungen ihrer längsschnittlichen Untersuchungen an verschiedenen Stichproben adoleszenter Mädchen lassen vermuten, dass bei weiblichen Jugendlichen die Unzufriedenheit mit ihrem körperlichen Erscheinungsbild als Risikofaktor für die Genese depressiver Symptome angesehen werden kann.

Damit verweisen bisherige Untersuchungen zwar konsistent auf einen Zusammenhang zwischen negativer Körperbewertung und depressiver Symptomatik, lassen jedoch kaum Aussagen zu, die über die reine Deskription dieses Zusammenhangs hinausgehen. Geht man von einem mehrdimensionalen Körperbild aus, deren einzelne Komponenten nur im Gesamtkontext verständlich werden, so ist zudem unklar, welche Bedeutung diesem Zusammenhang beigemessen werden soll; die isolierte Betrachtung der Körperzufriedenheit scheint kaum geeignet, um die Entwicklung depressiver Störungen vor dem Hintergrund der adoleszenten Auseinandersetzung mit dem Körper zu erhellen. Zu fragen bliebe daher, inwieweit andere Dimensionen des Körperbildes im Zusammenhang mit depressiven Störungen stehen.

Wie bereits dargelegt, schließen die meisten Untersuchungen ausschließlich depressive Störungen ein. Bislang existieren nur wenige Arbeiten, die andere Formen psychischer Störungen im Jugendalter im Zusammenhang mit der Körperbewertung untersuchen. Diese verweisen jedoch recht konsistent darauf, dass negative Körperbewertung keineswegs auf depressive Störungen begrenzt ist. So stellten Rauste-Von Wright (1989) sowie Thomson, Covert u. a. (1995) bei Jugendlichen diesbezügliche Zusammenhänge auch zu Symptomen der Angststörung fest. Martin und Walter (1982) verweisen auf mittlere Zusammenhänge zwischen der Unzufriedenheit mit der figürlichen Erscheinung und dem allgemeinen Ausmaß neurotischer Symptome (vgl. auch Sweeney & Zions 1989).

Die Unzufriedenheit mit dem Körper scheint demnach eine globale Charakteristik psychisch belasteter Jugendlicher darzustellen. Nimmt man allerdings eine mehrdimensionale Struktur des adoleszenten Körperbildes an, so lässt sich vermuten, dass der Zusammenhang zwischen psychopathologischer Belastung und Körperzufriedenheit erst bei einer umfassenden Betrachtung des Phänomens »Körperbild« deutlich werden dürfte. Davon ausgehend, dass weniger einzelne Komponenten des Körperbildes als vielmehr spezifische Formen der Körpererfahrung (im Sinne einer individuellen

Gestalt der Merkmalsausprägungen) hinsichtlich psychischer Fehlentwicklungen relevant sind, wählte Roth (1999b) einen typologischen Zugang. Aufgrund der Ausprägung in einzelnen Bereichen des Körperbildes teilte er seine Untersuchungsgruppe von 12- bis 16-jährigen Jugendlichen in homogene Sub- bzw. Clustergruppen ein (»Körperbild-Typen«) und untersuchte zweitens, inwieweit sich diese hinsichtlich ihrer psychopathologischen Symptombelastung unterschieden. Die clusteranalytische Teilung wies dabei auf drei stabile Körperbildtypen, die auch an einer unabhängigen Stichprobe validiert werden konnten (Roth 2000). Zum einen handelte es sich dabei um Jugendliche, die als »körper-uninteressiert« charakterisiert wurde, da sie sowohl öffentlichen als auch privaten Aspekten ihres Körpers kaum Beachtung schenkten, eine neutrale Bewertung bezüglich ihres Erscheinungsbildes vornahmen und gleichsam externale wie auch internale Kontrollüberzeugungen bezüglich ihres Körpers ablehnten. Die als »körper-unintegriert« bezeichneten Jugendlichen der zweiten Gruppe unterschieden sich insbesondere durch ein intensiveres Gefühl der Körperentfremdung und eine stärkere Überzeugung, den eigenen Körper aktiv nicht kontrollieren zu können sowie durch eine starke Unzufriedenheit mit ihrem Erscheinungsbild von den übrigen Jugendlichen der Stichprobe. Eine dritte Subgruppe bestand aus solchen Jugendlichen, deren Körperbild sich in erster Linie durch die Wahrnehmung einer hohen sportlichen Kompetenz, ein stärkeres Vertrauen in die eigene Kontrollierbarkeit des Körpers sowie eine hohe Körperzufriedenheit kennzeichnen ließ (»körper-aktive, -selbstbewusste Jugendliche«). Bei Gegenüberstellung der drei Gruppen stach eindeutig die *Körper-unintegrierte* hervor, die sich relativ eindeutig als diejenige mit der höchsten internalisierenden Symptombelastung (d. h. nach innen gerichtete Symptome wie Angst, Depressivität und soziale Probleme) identifizieren ließ. Dieser Befund konnte sowohl für männliche wie auch für weibliche Jugendliche nachgewiesen werden.

Wie die Befunde von Roth (1999b, 2000) zeigen scheint demnach eine insgesamt distan-

zierte Haltung zum Körper klinisch relevant, sie sich die *neben* einer Unzufriedenheit unter anderem auch in einem intensiveren Entfremdungsgefühl und einer stärkeren Überzeugung der eigenen Unkontrollierbarkeit des Körpers manifestieren. Dabei bleibt allerdings noch zu klären, von welcher Art die Beziehung zwischen unintegriertem Körpererleben und psychischer Auffälligkeit ist. Ein möglicher Rahmen für eine solche Erklärung könnte im Kontext einer krisenhaften Identitätsentwicklung begründet werden. Hierfür spricht einerseits, dass die unintegrierte, den Körper nicht als »meinhaftig« erlebende Haltung eine Parallele zu einem noch nicht abgeschlossenen Identitätsprozess auf körperlicher Ebene darstellt und andererseits, dass die psychopathologischen Korrelate dieses Körperbildtypus' eher unspezifisch sind, was für das unklare Bild einer Krise typisch ist. In ähnliche Richtung lassen sich übrigens auch die Beschreibungen von Laufer (1986, S. 368) verstehen: Nach seinen Beobachtungen lässt sich bei klinisch auffälligen Jugendlichen - unabhängig von der spezifischen Störungsform - »an irreconcilable, unanswerable quest to do something about their body, or more correctly, to alter the image of the body« beobachten.

Anmerkungen

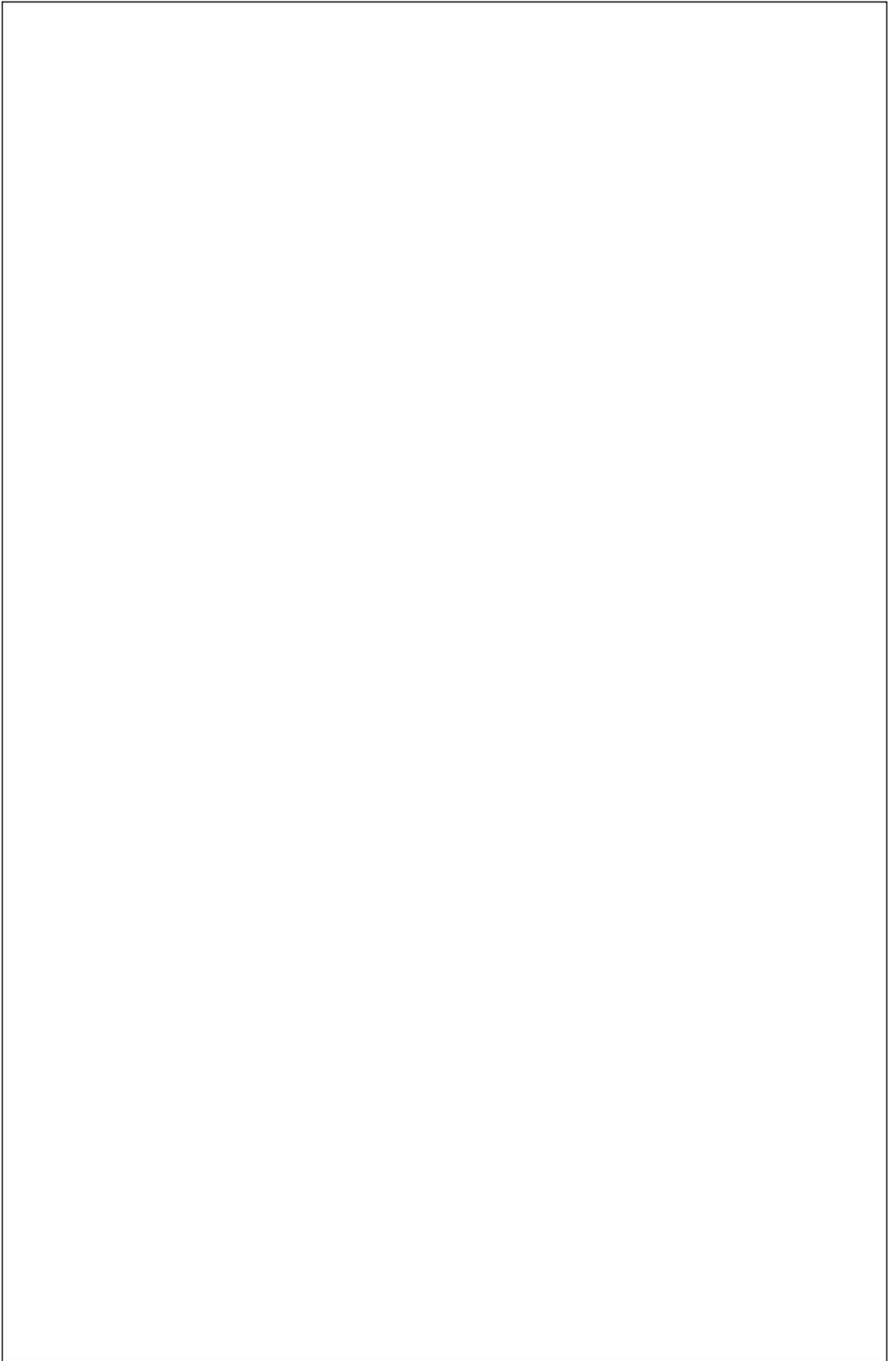
- 1 In der psychologischen Literatur wird die individuelle Auseinandersetzung mit dem Körper unter dem Konzept des »Körperbildes« (»body image«) publiziert, womit nach Bielefeld (1991, S. 17) alle »emotional-affektiven Leistungen des Individuums bezüglich des eigenen Körpers« angesprochen sind.

Literatur

- Allgood-Mertens, B., Lewinsohn, P.M. & Hops, H. (1990): Sex differences in adolescent depression. In: *Journal of Abnormal Psychology* 99, S. 55-63.
- Alt, C. (1988): Symptomwahrnehmung, Symptomerleben, Körpererleben und Kontaktverhalten bei Jugendlichen mit Akne. Regensburg (Roderer-Verlag).
- Attie, I. & Brooks-Gunn, J. (1989): Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal

- study. In: *Developmental Psychology* 25, S. 70-79.
- Baur, J. & Miethling, W.-D. (1991): Die Körperkarriere im Lebenslauf. In: *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie* 11, S. 165-188.
- Bielefeld, J. (1991): Zur Begrifflichkeit und Strukturierung der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper. In: Bielefeld, J. (Hg.) (1991): *Körpererfahrung. Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens*. Göttingen (Hogrefe-Verlag).
- Boeger, A. (1995): Das Körperbild von Jugendlichen. In: *Psychomed* 7, S. 109-112.
- Brähler, E., Strauß, B., Hessel, A. & Schumacher, J. (2000): Normierung des Fragebogens zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek) an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. In: *Diagnostica* 46, S. 156-164.
- Cash, T.F. (1995): Developmental teasing about physical appearance: Retrospective descriptions and relationships with body image. In: *Social Behavior and Personality* 23, S. 123-129.
- Cattarin, J. & Thompson, J.K. (1995): A three-year longitudinal study of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females. In: *Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention* 2, S. 114-125.
- Cohn, L.D. Adler, N.E., Irwin, C.E., Millstein, S.G., Kegeles, S.M. & Stone, G. (1987): Body-figure preferences in male and female adolescent. In: *Journal of Abnormal Psychology* 96, S. 276-279.
- Davies, E. & Furnham, A. (1986): Body satisfaction in adolescent girls. In: *British Journal of Medical Psychology* 59, S. 279-287.
- Eisele, J., Hertzgaard, D. & Light, H.K. (1986): Factors related to eating disturbance in young adolescent girls. In: *Adolescence* 21, S. 283-300.
- Engel, U. & Hurrelmann, K. (1993): Was Jugendliche wagen. Weinheim (Juventa-Verlag).
- Ewert, O. (1984): Psychische Begleiterscheinungen des pubertalen Wachstumsschubs bei männlichen Jugendlichen - eine retrospektive Untersuchung. In: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 16, S. 1-11.
- Fend, H. (1994): *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz in der Moderne* (Bd. 3: Die Entdeckung des Selbst und die Verarbeitung in der Pubertät): Bern (Verlag Hans Huber).
- Fend, H. (2000): *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Opladen (Leske und Budrich).
- Folk, L., Pedersen, J. & Cullari, S. (1993): Body satisfaction and self-concept of third- and sixth-grade students. In: *Perceptual and Motor Skills* 76, S. 547-553.
- Grant, C.L. & Fedor, I.G. (1986): Adolescent attitudes toward body image and anorectic behavior. In: *Adolescence* 82, S. 269-281.
- Hartmann, I. (1987): Körperbezogene Informationsinteressen und Kontrollüberzeugungen von Kindern und Jugendlichen. In: *Brennpunkte der Sportwissenschaft* 1, S. 105-119.
- Havighurst, R. (1972): *Development tasks and education*. New York (McKay).
- Kenealy, P., Gleeson, K., Frude, N. & Shaw, W. (1991): The importance of the individual in the 'causal' relationship between attractiveness and self-esteem. In: *Journal of Community and Applied Social Psychology* 1, S. 45-56.
- Koff, E. & Rierdan, J. (1991): Perceptions of weight and attitudes toward eating in early adolescent girls. In: *Journal of Adolescent Health* 12, S. 307-312.
- Koff, E., Rierdan, J. & Stubbs, M.L. (1990): Gender, body image, and self-concept in early adolescence. In: *Journal of Early Adolescence* 10, S. 56-68.
- Kracke, B. (1993): Pubertät und Problemverhalten bei Jungen. Weinheim (Psychologie Verlags Union).
- Kracke, B. & Silbereisen, R.K. (1994): Körperliches Entwicklungstempo und psychosoziale Anpassung im Jugendalter: Ein Überblick zur neueren Forschung. In: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 26, S. 293-330.
- Laufer, M. (1986): Adolescence and psychosis. In: *International Journal of Psycho-Analysis* 67, S. 367-372.
- Lehmkuhl, G., Flechtner, H., Woerner, I., Woerner, W. & Masberg, J. (1990): Self-perception of anorectic and normal-weight adolescents. In: Remschmidt, W. & Schmidt, H.M. (Hg.) (1990): *Anorexia nervosa*. Toronto (Hogrefe & Huber Publishers).
- Lerner, R.M., Iwawaki, S., Chihara, T. & Sorell, G.T. (1981): Self-concept, self-esteem, and body attitudes among Japanese male and female adolescents. In: *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, S. 494-507.
- Levinson, R., Powell, B. & Stellman, L.C. (1986): Social location, significant others, and body image among adolescents. In: *Social Psychology Quarterly* 49, S. 330-337.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P. & Hautzinger, M. (1994): 353-Kognitive Verhaltenstherapie depressiver Störungen im Jugendalter. In: *Psychotherapeut* 39, S. 359.
- Littrell, M.A., Damhorst, M.L. & Littrell, J.M. (1990): Clothing interests, body satisfaction, and eating behavior of adolescent females: Related or independent dimensions? In: *Adolescence* 25, S. 77-95.
- Martin, M. & Walter, R. (1982): Körperbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 31, S. 213-218.
- Mendelson, B.K., White, D.R. & Mendelson, M.J. (1995): Children's global self-esteem predicted by body-esteem but not by weight. In: *Perceptual and Motor Skills* 80, S. 97-98.
- Mrazek, J. (1987): Struktur und Entwicklung des Körperkonzepts im Jugendalter. In: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 19, S. 1-13.
- Mrazek, J. (1989): Die Erfassung körperbezogener Kontrollüberzeugungen. In: Krampen, G. (Hg.) (1989): *Diagnostik von Attributionen und*

- Kontrollüberzeugungen: Göttingen (Hogrefe-Verlag)
- Oerter, R., & Dreher, E. (2002): Jugendalter. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie. Weinheim (Psychologie Verlags Union)
- Page, R.M. (1992): Feelings of physical unattractiveness and hopelessness among high school students. In: *High School Journal* 75, S. 150-155.
- Rauste-von Wright, M. (1989): Body image satisfaction in adolescent girls and boys: A longitudinal study. In: *Journal of Youth and Adolescence* 18, S. 71-83.
- Rierdan, J., Koff, E. & Stubbs, M.L. (1987): Depressive symptomatology and body image in adolescent girls. In: *Journal of Early Adolescence* 7, S. 205-216.
- Rierdan, J., Koff, E. & Stubbs, M.L. (1988): Gender, depression, and body image in early adolescents. In: *Journal of Early Adolescence* 8, S. 109-117.
- Rierdan, J., Koff, E. & Stubbs, M.L. (1989): An longitudinal analysis of body image as a predictor of the onset and persistence of adolescent girls' depression. In: *Journal of Early Adolescence* 9, S. 454-466.
- Rieves, L. & Cash, T.F. (1996): Social developmental factors and women's body-image attitudes. In: *Journal of Social Behavior and Personality* 11, S. 63-78.
- Rodriguez-Tomé, H., Bariaud, F., Cohen Zardi, M.F., Delmas, C., Jeanvoine, B. & Szylagyi, P. (1993): The effects of pubertal changes on body image and relations with peers of the opposite sex in adolescence. In: *Journal of Adolescence* 16, S. 421-432.
- Roth, M. (1998): Das Körperbild im Jugendalter. Diagnostische, klinische und entwicklungspsychologische Perspektiven. Aachen (Verlag Mainz).
- Roth, M. (1999a): Körperbezogene Kontrollüberzeugungen bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen. In: *Zeitschrift für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 48, S. 481-496.
- Roth, M. (1999b): Die Beziehung zwischen Körperbild-Struktur und psychischen Störungen im Jugendalter. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 28, S. 121-129.
- Roth, M. (2000): Körperbild-Struktur bei chronisch kranken Jugendlichen. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 8, S. 8-17.
- Roth, M. (2002): Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl. In *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51, S. 150-164.
- Roth, M. (2003): Fragebogen zur Körpererfahrung für Jugendliche. In: Glöckner-Rist, A. (Hg.) (2003): ZUMA-Informationssystem. Elektronisches Handbuch sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente. Version 7.00. Mannheim (Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen).
- Schur, A.E.; Sanders, M.; Steiner, H. (2000): Body Dissatisfaction and Dieting in Young Children. In: *International Journal of Eating Disorders* 27, S. 74-82.
- Seiffge-Krenke, I. (1998): Adolescents' Health. A Developmental Perspective. Hillsdale (Erlbaum).
- Silbereisen, R.K. (1996): Was wird aus der Entwicklungspsychologie? In: *Perspektiven der Psychologie. Eine Standortbestimmung Weinheim* (Psychologie Verlags Union).
- Strauß, B. & Richter-Appelt, H. (1996): Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers: Originalfassung und Revision. Handanweisung. Göttingen (Hogrefe-Verlag).
- Sweeney, M.M. & Zions, P. (1989): The »second skin«: Perceptions of disturbed and nondisturbed early adolescents on clothing, self-concept, and body image. In: *Adolescence* 24, s. 411-420.
- Teri, L. (1982): Depression in adolescence: Its relationship to assertion and various aspects of self-image. In: *Journal of Clinical Child Psychology* 11, S. 101-106.
- Thompson, J.K., Fabian, I.J., Moulton, D.O., Dunn, M.E. & Altabe, M. (1991): Development and validation of the Physical Appearance Related Teasing Scale. In: *Journal of Personality Assessment* 56, S. 513-521.
- Thompson, J.K., Coovert, M.D., Richards, K.J., Johnson, S. & Cattarin, J. (1995): Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: Covariance structure Modeling and longitudinal investigations. In: *International Journal of Eating Disorders* 18, S. 221-236.
- Thompson, J.K., Cattarin, J., Fowler, B. & Fisher, E. (1995): The Perception of Teasing Scale (POTS): A Revision and Extension of the Physical Appearance Related Teasing Scale (PARTS): In: *Journal of Personality Assessment*, 65, S. 146-157.
- Tienboon, P., Rutishauser, I.H.E. & Wahlqvist, M.L. (1994): Adolescents' perception of body weight and parent's weight for height status. In: *Journal of Adolescent Health* 15, S. 263-268.
- Vaughan, S.L., Stabler, J.R. & Clance, P.R. (1981): Children's monetary evaluations of body parts as a function of sex, race, and school grade. In: *Journal of Psychology* 107, S. 203-109.
- Verkuyten, M. (1990): Self-esteem and the evaluation of ethnic identity among Turkish and Dutch adolescents in the Netherlands. In: *The Journal of Social Psychology* 130, S. 285-297.
- Wood, K.C., Becker, J.A. & Thompson, J.K. (1996): Body image dissatisfaction in pre-adolescent children. In: *Journal of Applied Developmental Psychology* 17, S. 85-100.



Wenn der Körper zur Last wird: Zum Einfluss von Alter, Geschlecht und Epoche auf körperliche Beschwerden

Elmar Brähler, Hildegard Felder und Jörg Schumacher

Einleitung

Körperliche Beschwerden stellen ein in der Bevölkerung sehr häufig anzutreffendes Phänomen dar, das in bedeutsamen Maße das Körpererleben beeinträchtigen kann. Zu den häufigsten subjektiven Beschwerden, die in umfangreichen Befragungen geäußert wurden, zählen dabei Müdigkeit, Mattigkeit, Erschöpfbarkeit, ein erhöhtes Schlafbedürfnis, Herzklopfen sowie verschiedene Schmerzzustände, vor allem Rücken-, Nacken-, Kopf- und Gliederschmerzen (vgl. Brähler & Scheer, 1983, 1995; Fahrenberg, 1994, 1995; Schumacher & Brähler, 1999; von Zerssen, 1976).

Körperliche Beschwerden und Schmerzen sind insbesondere dann, wenn sie als subjektiv belastend und als Bedrohung für das persönliche Wohlbefinden erlebt werden und darüber hinaus

wesentliche Alltagsaktivitäten beeinträchtigen, ein wesentlicher Grund dafür, dass Menschen das medizinische Versorgungssystem in Anspruch nehmen. Dabei kann man davon ausgehen, dass die Mehrzahl der betroffenen Personen ihre subjektiven Beschwerden zunächst als ein Hinweiszeichen für eine zugrundeliegende *somatische* Störung oder Erkrankung betrachten. Dementsprechend werden vom Arzt vor allem eine schnelle Aufklärung der körperlichen Ursachen ihrer Symptome sowie Behandlungsmaßnahmen erwartet, welche die Beschwerden beseitigen oder zu mindestens lindern. Auch wenn sich bei einer ganzen Reihe von Patienten nach eingehender medizinischer Diagnostik schließlich ein somatischer Befund nachweisen lässt, auf den die subjektiv geschild-

Abb. 1: Typologie von Personen basierend auf dem Verhältnis von objektivem Befund und subjektiven Beschwerden

		Objektiver körperlicher Befund	
		<i>vorhanden</i>	<i>nicht vorhanden</i>
Subjektive körperliche Beschwerden	<i>vorhanden</i>	"normale Kranke"	"gesunde Kranke"
	<i>nicht vorhanden</i>	"kranke Gesunde"	"normale Gesunde"

Anmerkung: Bei den in Anführungszeichen gesetzten Bezeichnungen der einzelnen Persontypen repräsentieren die Adjektive eher die medizinische Sichtweise, während die Substantive aus einer stärker psychologischen Perspektive zu lesen sind.

dernten Beschwerden zurückzuführen sind, trifft man in der klinischen Praxis häufig auch auf Patienten, bei denen entweder subjektive Beschwerden und objektiver Befund nur wenig miteinander korrespondieren oder aber trotz Ausschöpfung aller verfügbaren diagnostischen Möglichkeiten überhaupt kein organischer Befund nachzuweisen ist, der die subjektiven Beschwerden und Befindensbeeinträchtigungen hinreichend erklären könnte. Das Spektrum möglicher Zusammenhänge zwischen subjektivem *Befinden* und objektivem *Befund* kann somit von einer hohen Übereinstimmung bis hin zu einer deutlichen Diskrepanz reichen. Dabei sind prinzipiell vier unterschiedliche Kombinationsformen denkbar, welche in Abbildung 1 dargestellt sind (vgl. Brähler & Scheer, 1983, 1984, 1995; Fahrenberg, 1994; Myrtek, 1998; Myrtek & Fahrenberg, 1998; Brähler & Schumacher 2002). Insbesondere diejenigen Patienten, die über (oftmals multiple) körperliche Beschwerden klagen, für die sich dann jedoch keine körperlichen Ursachen finden lassen, sind unter dem Begriff der »Somatoformen Störung« in den letzten Jahren stark in den Mittelpunkt des Interesses gerückt (vgl. Margraf, Neumer & Rief, 1998; Rief & Hiller, 1992; Rudolf & Henningsen, 1998).

In zahlreichen empirischen Studien hat sich immer wieder gezeigt, dass die Angaben zur Auftretenshäufigkeit von Körperbeschwerden in Abhängigkeit vom *Alter* und vom *Geschlecht* der befragten Personen variieren. Zum einen schildern ältere Menschen in der Regel deutlich mehr körperliche Beschwerden als jüngere Personen (vgl. Brähler & Scheer, 1984, 1985; Fahrenberg, 1994, 1995). Hier spielt offensichtlich die mit dem Alter ansteigende Prävalenz insbesondere von chronischen Erkrankungen und die erhöhte Wahrscheinlichkeit von Multimorbidität eine bedeutsame Rolle. Zum anderen liegen zahlreiche Untersuchungen darüber vor, dass Frauen über mehr Körperbeschwerden klagen als Männer und gleichzeitig auch häufiger als diese medizinische Hilfe in Anspruch nehmen (vgl. Bertakis, Azari, Helms, Callahan & Robbins, 2000; Brähler & Möhring, 1995; Brähler & Scheer, 1984; Fahrenberg, 1994, 1995; Hoffmeister & Bellach, 1995; Kroenke &

Spitzer, 1998; Ladwig, Marten-Mittag, B., Formanek & Dammann, 2000; Maschewsky-Schneider, 1998; Maschewsky-Schneider, Sonntag & Klesse 1999). Dieser Geschlechtsunterschied findet sich bereits bei Kindern (vgl. Brähler, Ernst, Hettich, Klein & Otten, 1986) sowie bei über 60jährigen Personen (vgl. Gunzelmann, Schumacher & Brähler, 1996). Die Ursachen der empirisch immer wieder bestätigten Geschlechtsunterschiede beim Ausmaß subjektiver Körperbeschwerden werden in der Literatur allerdings kontrovers diskutiert. Es lassen sich dabei jedoch verschiedene Argumentationsstränge erkennen:

Ausgehend von Richter (1974) und Beckmann (1976) wird die höhere Klagsamkeit der Frauen als Ausdruck größerer Leidensfähigkeit und emotionaler Offenheit der Frauen interpretiert, denen eher gefühlsabwehrende und schwächeverleugnende Männer gegenüberstehen. Eine wichtige Rolle dürfte daneben auch eine bei Frauen offensichtlich ausgeprägtere Sensitivität für körperliche Symptome, geschlechtsspezifische kognitive Bewertungsmuster sowie ein Symptom-Berichtsverhalten (»Reporting«) spielen, das sich von dem der Männer unterscheidet (vgl. Gijbers van Wijk, van Vliet, Kolk & Everaerd, 1991; van Wijk & Kolk, 1997). Auf der anderen Seite existieren Auffassungen, die die höheren Beschwerden von Frauen als Folge einer objektiv stärkeren Belastung (durch Kindererziehung, Haushalt, Beruf usw.) deuten (vgl. z.B. Rodenstein, 1980; Verbrugge, 1989). In einer dritten Interpretationslinie, die Maschewsky-Schneider, Sonntag & Klesse (1999) verfolgen, werden die unterschiedlichen Beschwerdeäußerungen von Männern und Frauen eher als methodisches Artefakt angesehen, das in der Konstruktionsweise und den dominierenden Inhalten der gebräuchlichen Fragebögen begründet liegt (vgl. auch Rolfs et al., 2000).

Unabhängig von Alters- und Geschlechtseffekten kann das Klagen über körperliche Beschwerden und Schmerzen unterschiedliche *Funktionen* besitzen. Beispielsweise kann es dem Ziel dienen, emotionale Zuwendung bei anderen Menschen hervorzurufen und deren Hilfe und Unterstützung zu mobilisieren (»Hilfe-

suchverhalten«) oder aber persönlich als unangenehm erlebte Tätigkeiten und Ereignisse zu vermeiden (vgl. Skelton & Pennebaker, 1982; Smith, Snyder & Perkins, 1983; Wills, 1987). Darüber hinaus sollte in Betracht gezogen werden, dass das Äußern von Beschwerden auch der Selbstdarstellung dienen und einen Versuch darstellen kann, bei anderen Menschen durch die Präsentation des eigenen Leidens oder der eigenen Leidensfähigkeit einen positiven Eindruck zu hinterlassen und auf diesem Wege das eigene Selbstwertgefühl zu stabilisieren und die Identitätsbildung zu fördern (vgl. Kowalski, 1996; Leary, 1995). Das interpersonale Motiv, andere Menschen in einer subjektiv erwünschten Weise zu beeindrucken (»Impression Management«), kann jedoch auch Gefahren für die eigene Gesundheit in sich bergen. Das ist z.B. dann der Fall, wenn aus dem Wunsch nach Schönheit oder Schlankheit heraus exzessives Sonnenbaden betrieben wird (trotz des erhöhtes Risikos für Hautkrebserkrankungen) oder aber ein gezügeltes Essverhalten (»restraint eating«) in eine Essstörung (Anorexie oder Bulimie) übergeht (vgl. Leary, Tchividjian & Kraxberger, 1994).

Bei der Betrachtung der vorliegenden Forschungsliteratur zu Alters- und Geschlechtseffekten bei körperlichen Beschwerden, fällt auf, dass die entsprechenden empirische Befunde zumeist nur additiv zusammengestellt werden, ohne Berücksichtigung der *zeitgeschichtlichen Epoche* und der Kultur, in der diese Befunde erhoben wurden. Offensichtlich wird dabei von der impliziten Annahme ausgegangen, dass die alters- und geschlechtsabhängigen Unterschiede weitgehend zeitinvariant sind.

Die im Jahre 1994 erfolgte bundesweite Neustandardisierung der Kurzform des Gießener Beschwerdeboogens (GGB-24) (vgl. Brähler, Schumacher & Brähler, 2000) ergab die Möglichkeit, für den Bereich der alten Bundesländer die Daten mit der GBB-Normierung von 1975 dahingehend zu vergleichen, ob sich die Geschlechts- und Altersdifferenzen bei den Körperbeschwerden über den dazwischenliegenden Zeitraum von 19 Jahren verändert haben. Da die Erhebung 1994 auch in den neuen Bundesländern erfolgte, war darüber hinaus ein

Vergleich der alten mit den neuen Bundesländern möglich.

Stichproben und Methoden

Im Jahre 1975 wurde in den alten Bundesländern durch das Institut Infratest im Auftrag des damaligen Gießener Sonderforschungsbereiches 32 eine repräsentative Erhebung bei 1.601 Personen im Altersbereich von 18 bis 60 Jahren durchgeführt. Zur Grundgesamtheit gehörten alle während des Befragungszeitraumes in der alten Bundesrepublik und in Westberlin in Privathaushalten lebenden Personen zwischen 18 und 60 Jahren. Die Auswahl der befragten Personen erfolgte durch eine mehrstufig geschichtete Zufallsauswahl. Das Ergebnis ist eine Personenstichprobe, die sowohl in Bezug auf die Verteilung über Alter und Geschlecht als auch in Bezug auf die Verteilung über Gemeindegrößeklassen mit den Werten der amtlichen Statistik in Einklang gebracht ist. Die soziodemographischen Merkmale der Stichprobe sind für Männer und Frauen getrennt in *Tabelle 1* dargestellt.

Die zweite Untersuchungsstichprobe wurde im November 1994 im Rahmen einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung erhoben, an der insgesamt 3.047 Personen zwischen 14 und 92 Jahren teilnahmen. Dabei handelt es sich um 2.025 Bewohner der alten und 1.022 Bewohner der neuen Bundesländer.

Die Erhebung der Untersuchungsdaten erfolgte durch den Unabhängigen Service für Umfragen, Methoden und Analysen Berlin (USUMA) in Form einer Mehrthemenumfrage (je 210 Sample-Points in Ost- und Westdeutschland). *Tabelle 1* enthält die soziodemographischen Merkmale der Untersuchungspopulation für die vorliegende Untersuchung. Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit der 1975er Stichprobe haben wir uns dabei auf die Teilgruppe der 18-60jährigen Westdeutschen beschränkt. Die Repräsentativität der Stichprobe wurde durch die Ziehung von ADM-(Arbeitskreis Deutsche Marktforschungsinstitute)-Stichproben (vgl. Koch, 1997) sowie durch

Tab.1: Soziodemographische Merkmale der 18-60jährigen Westdeutschen in den Erhebungen 1975 und 1994

		Erhebung 1975		Erhebung 1994	
		Männer (N = 739)	Frauen (N = 862)	Männer (N = 640)	Frauen (N = 822)
Alter	Mittelwert	37.2	39.9	38.6	39.3
	Streuung	11.5	12.3	11.5	11.8
	Spanne	18-60	18-60	18-60	18-60
Altersgruppen	18 bis 30 Jahre	238 (32,2%)	231 (26,8%)	181 (28,3%)	243 (29,6%)
	31 bis 40 Jahre	232 (31,4%)	234 (27,1%)	190 (29,7%)	222 (27,0%)
	41 bis 50 Jahre	154 (20,8%)	179 (20,8%)	137 (21,4%)	160 (19,5%)
	51 bis 60 Jahre	115 (15,6%)	218 (25,3%)	132 (20,6%)	197 (24,0%)
Familienstand	verheiratet/ zus. lebend	523 (71,5%)	622 (72,7%)	432 (53,4%)	502 (61,1%)
	verheiratet/ getr. lebend	17 (2,3%)	19 (2,2%)	10 (1,6%)	19 (2,3%)
	ledig	162 (22,2%)	106 (12,4%)	230 (35,9%)	177 (21,5%)
	geschieden	19 (2,6%)	40 (4,7%)	50 (7,8%)	84 (10,2%)
	verwitwet	10 (1,4%)	68 (8,0%)	8 (1,3%)	40 (4,9%)
Schulabschluss	ohne Abschluss	79 (10,8%)	95 (11,1%)	20 (3,1%)	27 (3,3%)
	Hauptschule/ 8.Klasse	437 (59,5%)	581 (67,6%)	291 (45,5%)	409 (49,8%)
	mittlere Reife/ Realschule	108 (14,7%)	131 (15,3%)	183 (28,6%)	265 (32,2%)
	Fachschule			25 (3,9%)	21 (2,6%)
	Abitur/o.abgeschl. Studium	47 (6,4%)	28 (3,3%)	63 (9,8%)	59 (7,2%)
	abges. Hoch-/FH-Studium	37 (5,0%)	9 (1,0%)	58 (9,1%)	39 (4,7%)
	anderer Abschluss	26 (3,5%)	15 (1,7%)		2 (0,2%)
Beruf	nicht berufstätig	22 (3,2%)	157 (19,5%)	1 (0,2%)	36 (4,6%)
	Arbeiter	106 (15,6%)	167 (20,7%)	53 (9,0%)	93 (11,9%)
	Facharbeiter	175 (25,7%)	33 (4,1%)	234 (39,6%)	52 (6,6%)
	Landwirte	13 (1,9%)	9 (1,1%)	3 (0,5%)	4 (0,5%)
	freie Berufe	3 (0,4%)	6 (0,7%)	16 (2,7%)	3 (0,4%)
	Selbständige	48 (7,1%)	35 (4,3%)	36 (6,1%)	23 (2,9%)
	Angestellte	224 (32,9%)	378 (46,8%)	199 (33,7%)	547 (69,8%)
	Beamt/c	89 (13,1%)	22 (2,7%)	49 (8,3%)	26 (3,3%)
Berufstätigkeit	Vollzeit mit >35h/Woche	626 (84,9%)	242 (28,3%)	508 (79,4%)	306 (37,2%)
	Teilzeit 15-35h/Woche	2 (0,2%)	146 (17,1%)	6 (0,9%)	141 (17,2%)
	Teilzeit mit < 15h/Woche			3 (0,5%)	38 (4,6%)
	Wehr-/Zivildienst oder Muttersch.-Erzieh.-urlaub			1 (0,2%)	11 (1,3%)
	arbeitslos/ 0-Kurzarbeit	14 (1,9%)	13 (1,5%)	39 (6,1%)	35 (4,3%)
	Rentner/ Vorruhestand	26 (3,5%)	23 (2,7%)	34 (5,3%)	20 (2,4%)
	nicht berufstätig/Hausfrau	3 (0,4%)	402 (47,0%)	0	233 (28,3%)
	in Berufsausbildung	13 (1,8%)	10 (1,2%)	0,0%	9 (1,1%)
	in Schulausbildung	53 (7,2%)	19 (2,2%)	13 (2,0%)	29 (3,5%)
				36 (5,6%)	

Vergleiche mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes gesichert.

Die Zufallsauswahl der Haushalte erfolgte in beiden Erhebungen nach dem Random-Route-Verfahren, wobei die im Haushalt zu befragende Zielperson ebenfalls nach dem Zufallsprinzip ermittelt wurde. Die in die Studie aufgenommenen Personen wurden jeweils von geschulten Interviewern zu Hause aufgesucht und auch dort befragt (Face-to-face-Interviews). Genauere Beschreibungen der beiden Stichproben finden sich bei Beckmann, Brähler und Richter (1977) sowie bei Brähler et al. (2000).

In der Erhebung 1975 wurde zur Erfassung der Körperbeschwerden der *Gießener Beschwerdebogen (GBB)*, in der 57 Items umfassenden Originalform, eingesetzt. Je sechs Items des GBB werden zu vier faktorenanalytisch gewonnenen Skalen zusammengefasst (Erschöpfung, Magenbeschwerden, Herzbeschwerden, Gliederschmerzen). Darüber hinaus lässt sich ein, diese 24 Beschwerden umfassender, Gesamtwert (Beschwerdedruck bzw. allgemeine Klagsamkeit) berechnen (vgl. Brähler & Scheer, 1995). In der zweiten Erhebung 1994 kam die *Kurzform des Gießener Beschwerdebogens (GBB-24)* zur Anwendung, die lediglich die 24 Items umfasst, die die oben genannten vier Skalen bilden. Neben dem GBB wurden in beiden Studien weitere Fragenbogeninstrumente eingesetzt, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen werden soll (vgl. dazu Beckmann et al., 1977; Brähler, Horowitz, Kordy, Schumacher & Strauß, 1999; Schumacher, Laubach & Brähler, 1995; Schumacher, Eisemann & Brähler, 1999). In die nachfolgende Ergebnisdarstellung wird jedoch ein Einzelitem einbezogen, das der Erfassung des aktuellen subjektiven Gesundheitszustandes diene (»Wie würden Sie ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?«; 5-stufige Antwortskala von »sehr gut« bis »schlecht«).

Ergebnisse

Tabelle 2 zeigt die Mittelwerte und Streuungen der GBB-Skalen bei den 18-60jährigen Westdeutschen in den beiden Erhebungen 1975

und 1994 jeweils für die Gesamtstichprobe und nach Geschlechtern getrennt. Zusätzlich sind in der Tabelle die Haupteffekte 3-faktorieller Varianzanalysen aufgeführt, in die neben dem Erhebungszeitpunkt (zweigeteilt: 1975/1994) und dem Geschlecht (zweigeteilt: Männer/Frauen) als weitere unabhängige Variable vier Altersgruppen (18-30, 31-40, 41-50, 51-60 Jahre) eingingen.

Neben den in der Tabelle aufgeführten Haupteffekten fanden sich noch einige wenige Zweifach- Wechselwirkungseffekte (für die Skalen »Erschöpfung«, »Gliederschmerzen« und »Beschwerdedruck«: Zeitpunkt x Geschlecht [die beiden ersten mit $p(F) < .001$, die zweite mit $p(F) < .05$] sowie für die Skala »Herzbeschwerden«: Zeitpunkt x Alter [mit $p(F) < .05$]). Signifikante Dreifach-Wechselwirkungen ließen sich nicht nachweisen.

Aus Tabelle 2 wird deutlich, dass es zum einen zu Veränderungen bei einigen GBB-Skalenwerten im Vergleich von 1975 zu 1994 kommt und zum anderen, dass sich auch die Geschlechtsdifferenzen bei einigen Skalen deutlich ändern. Bei den Skalen »Erschöpfung«, »Herzbeschwerden« und »Beschwerdedruck« treten deutliche Veränderungen in Richtung einer Verminderung der Beschwerdenäußerungen von 1975 zu 1994 auf, während diese bei der Skala »Gliederschmerzen« weniger deutlich ausgeprägt sind und bei der Skala »Magenbeschwerden« gänzlich fehlen. Abbildung 2 zeigt den Beschwerdedruck für die Westdeutschen im Vergleich von 1975 und 1994.

Es wird deutlich, dass sich der Geschlechtsunterschied im Beschwerdedruck von 1975 zu 1994 deutlich vermindert hat (Differenz 1975 = 5.32 / Differenz 1994 = 2.45). Er hat sich 1994 gegenüber 1975 somit mehr als halbiert. Die nachfolgenden Abbildungen 3 und 4 zeigen den Beschwerdedruck für Männer und Frauen getrennt für 1975 und 1994, unterteilt für vier Altersgruppen.

Aus den Abbildungen wird deutlich, dass es bei den Frauen im Vergleich von 1975 zu 1994 in allen Altersgruppen zu einer starken Abnahme der Körperbeschwerden kommt, während dies bei den Männern nur in der Altersgruppe der 51

Tab. 2: Mittelwerte und Streuung der GBB-Skalen 1975 und 1994 (18-60 Jahre)

GBB-Skalen		Gesamt		Männer		Frauen		3-faktorielle ANOVA (F-Werte)		
		1975	1994	1975	1994	1975	1994	Alter	Geschlecht	Zeitpunkt
Erschöpfung	M	4.59	3.62	3.52	3.13	5.51	4.00	13.8***	86.5***	48.1***
	SD	4.47	3.85	3.98	3.49	4.65	4.08			
Magen- beschwerden	M	2.68	2.55	2.68	2.49	2.67	2.60	2.9*	0.01	1.3
	SD	3.27	3.23	3.32	3.05	3.22	3.36			
Glieder- schmerzen	M	5.39	5.11	4.10	4.65	6.49	5.46	77.0***	82.9***	4.8*
	SD	4.85	4.52	4.38	4.25	4.95	4.69			
Herz- beschwerden	M	2.95	2.07	2.45	1.71	3.39	2.35	37.3***	33.8***	59.5***
	SD	3.59	3.15	3.41	2.89	3.68	3.32			
Beschwerde- druck	M	16.61	13.35	12.75	11.97	18.07	14.42	39.4***	61.1***	28.5***
	SD	13.27	12.66	12.40	11.62	13.51	13.32			

Anmerkung: * p(F) < .05 ** p(F) < .01 *** p(F) < .001

bis 60jährigen der Fall ist. In der Altersgruppe der 41 bis 50jährigen kommt es lediglich zu einem geringen Rückgang. Da sich bei der von uns berechneten Varianzanalyse bei den Skalen »Erschöpfung« und »Gliederschmerzen« ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen dem Erhebungszeitpunkte und dem Geschlecht gezeigt hat, stellen die Abbildungen 5 und 6 für die beiden Erhebungszeitpunkte die Körperbeschwerden in den Bereichen »Erschöpfung« und »Gliederschmerzen« bei den Männern und die Abbildungen 7 und 8 bei den Frauen dar.

Bei den Männern zeigt sich in der Skala »Erschöpfung« eher eine Abnahme in den oberen Altersgruppen, während die Gliederschmerzen konstant bleiben bzw. in den unteren Altersgruppen sogar leicht zunehmen. Die entsprechenden Abbildungen 7 und 8 für die Frauen ergeben im Vergleich von 1975 zu 1994 einen drastischen Rückgang in der Erschöpfungsskala und ein deutliches Absinken auch bei den Gliederschmerzen. Für die beiden GBB-Skalen »Erschöpfung« und »Glieder-schmerzen« haben sich zwischen 1975 und 1994 somit sehr unterschiedliche Entwicklun-

gen bei Männern und Frauen ergeben.

Tabelle 3 enthält die Ergebnisse von schrittweisen multiplen Regressionsanalysen, die getrennt für die beiden Untersuchungsstichproben berechnet wurden. Geprüft wurde der Einfluss soziodemographischer Variablen auf die GBB-Skalenwerte. Hier wird deutlich, dass der Familienstand zu beiden Erhebungszeitpunkten keine Rolle spielt. Auch dem Bildungsgrad kommt bis auf eine geringe Abhängigkeit der Skala »Herzbeschwerden« für 1994 keine größere Bedeutung zu. Das Wohnen auf dem Lande hingegen geht 1994 mit geringeren Beschwerden einhergeht, während dies 1975 noch nicht der Fall war. Der deutlichste Prädiktor für körperliche Beschwerden ist zu beiden Erhebungszeitpunkten die Frage nach dem allgemeinen subjektiven Gesundheitszustand. Bezüglich des Prädiktors »Geschlecht« zeigt sich eine deutliche Verminderung der Geschlechtsabhängigkeit der Körperbeschwerden von 1975 zu 1994. Vor allem bei der Skala »Glieder-schmerzen« ist der Rückgang sehr deutlich. Auch der Einfluss des Alters ist zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten deutlich zurückgegangen.

Die dargestellten Ergebnisse sind nur mit Vorbehalt zu interpretieren, da es sich nicht um eine echte Längsschnittuntersuchung handelt, sondern lediglich um eine simulierte Geburtskohorteneinteilung. Bei den Frauen ergibt sich für die jüngeren Geburtskohorten faktisch kein Anstieg der Körperbeschwerden in Verlauf von 19 Jahren, lediglich in der ältesten Gruppe findet sich ein leichter Anstieg. Bei den Männern zeigt sich bei allen Geburtskohorten ein moderater Anstieg der Körperbeschwerden, der aber noch geringer ausfällt, als der 1975 im

Querschnitt zu verzeichnende.

Da in der Erhebung von 1994 auch $N = 1.022$ Bewohner der neuen Bundesländer (Altersmittelwert 46.8 Jahre; 575 Männer und 447 Frauen) einbezogen wurden, ergab sich hier eine weitere interessante Vergleichsmöglichkeit. Abbildung 11 zeigt die Körperbeschwerden der Westdeutschen im Vergleich zu den zeitgleich erhobenen GBB-Daten von der Ostdeutschen (vgl. Brähler et al., 2000).

Hierbei wird deutlich, dass die Körperbeschwerden sowohl von Männern als auch von

Tab. 3: Prädiktoren der GBB-Skalenwerte in den Erhebungen 1975 und 1994

Prädiktoren	Kriterien (GBB-Skalen)				
	Erschöpfung	Magenbeschwerden	Gliederschmerzen	Herzbeschwerden	Beschwerdedruck
Alter	--	--	.18	.12	.11
	--	--	.15	--	.06
Geschlecht	.18	--	.19	.08	.14
	.08	--	.06	.07	.07
Bildungsgrad	--	--	--	--	--
	--	--	--	-.07	--
Familienstand	--	--	--	--	--
	--	--	--	--	--
Stadt/Land	--	--	--	--	--
	-.07	--	-.06	--	-.05
Subjektiver Gesundheitszustand	-.35	-.24	-.34	-.33	-.39
	-.36	-.28	-.37	-.34	-.40
adj. R^2	.17	.06	.25	.16	.22
	.14	.08	.20	.14	.18
df	2/1543	1/1544	3/1542	3/1542	3/1542
	3/1390	1/1392	4/1389	3/1390	4/1389
F	159.36	92.11	168.12	98.3	149.21
	5.03	115.88	87.64	73.79	78.06
p von F	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
Anmerkungen:	obere Werte: Erhebung 1975 / untere Werte: Erhebung 1994 In den einzelnen Spalten der Tabelle sind die standardisierten Regressionskoeffizienten (Betagewichte) derjenigen Prädiktoren aufgeführt, die einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der jeweiligen Kriteriumsvariable leisten.				

Die Veränderung von Beschwerden über die Zeit ist beim Vergleich zweier Querschnittsuntersuchungen nur schwer zu interpretieren, da Konfundierungen mit den Kohorten vorliegen können. Im folgenden betrachten wir deshalb verschiedene Geburtskohorten (vgl. Abbildungen 9 und 10).

Abb 2: Beschwerdedruck (GBB-Gesamtwert) Westdeutscher (18-60)

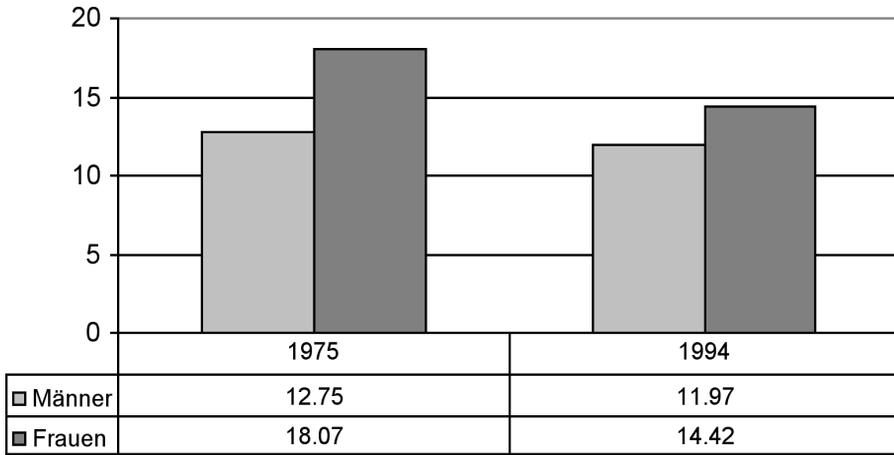


Abb. 3: Beschwerdedruck westdeutscher Männer nach Altersgruppen

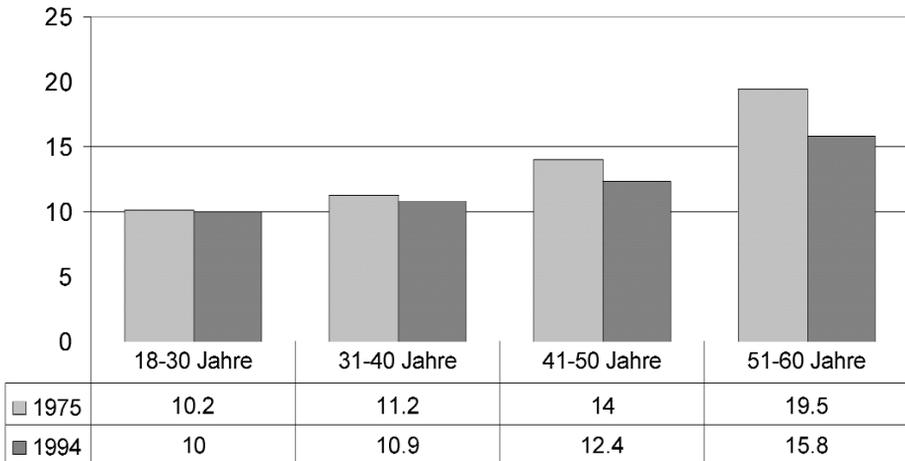


Abb. 4: Beschwerdedruck westdeutscher Frauen nach Altersgruppen

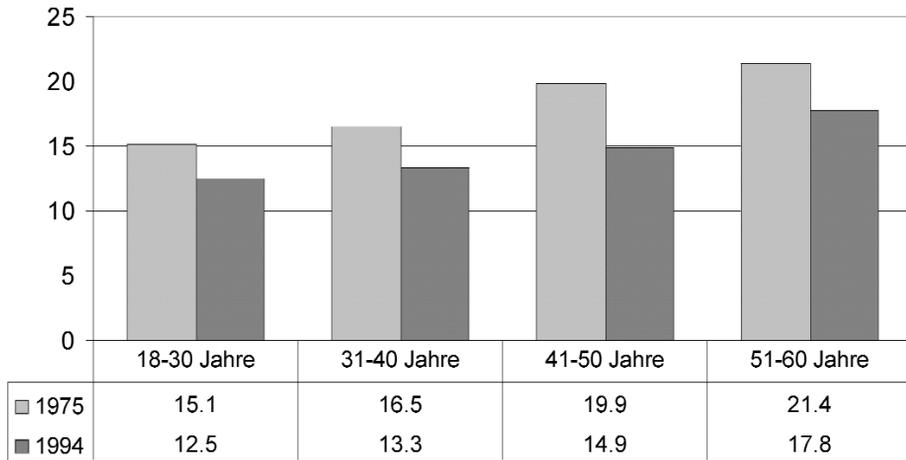


Abb. 5: GBB-Skala »Erschöpfung« bei westdeutschen Männern nach Altersgruppen

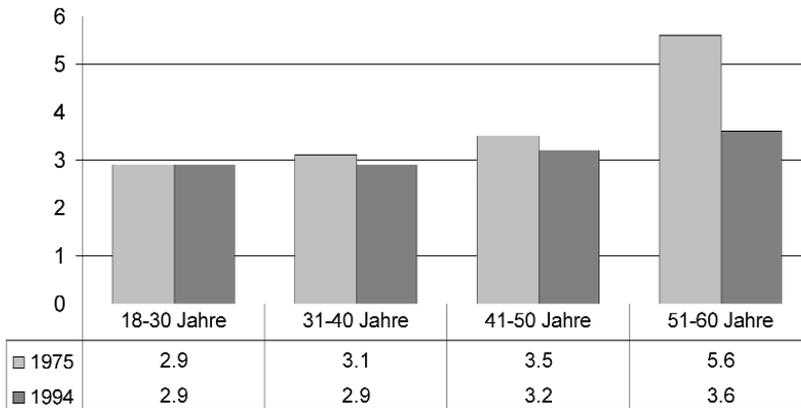


Abb. 6: GBB-Skala »Gliederschmerzen« bei westdeutschen Männern nach Altersgruppen

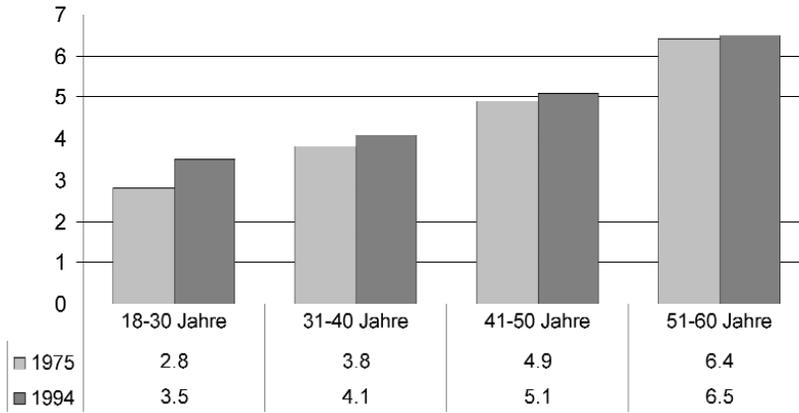


Abb. 7: BGG-Skala »Erschöpfung« bei westdeutschen Frauen nach Altersgruppen

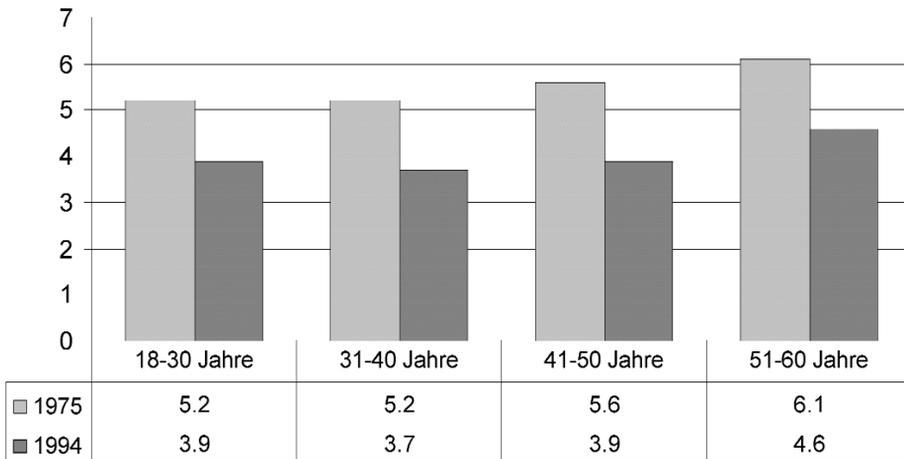


Abb. 8: GBB-Skala »Gliederschmerzen« bei westdeutschen Frauen nach Altersgruppen

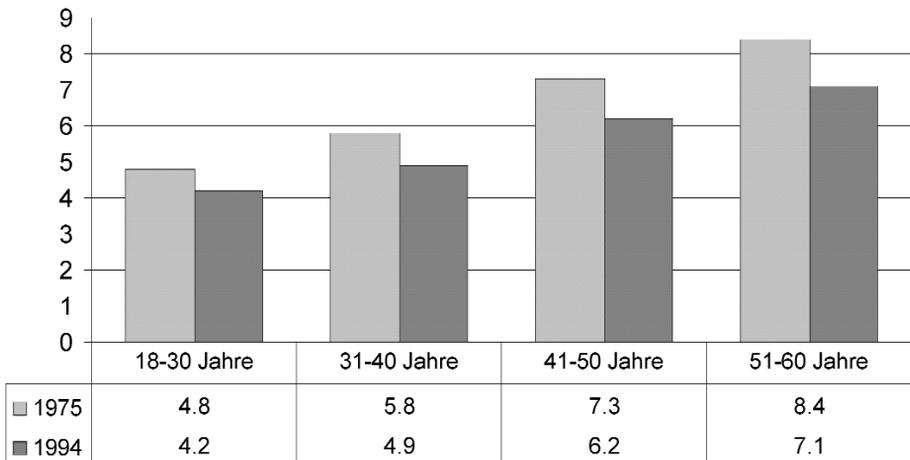
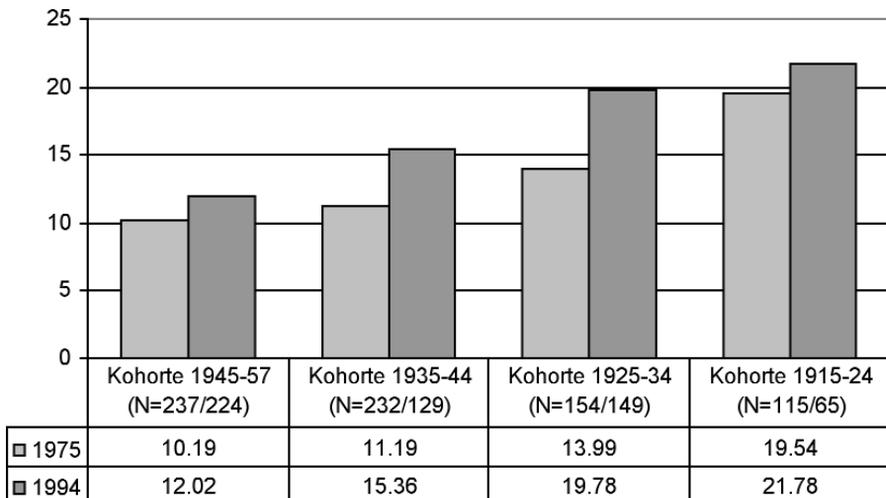


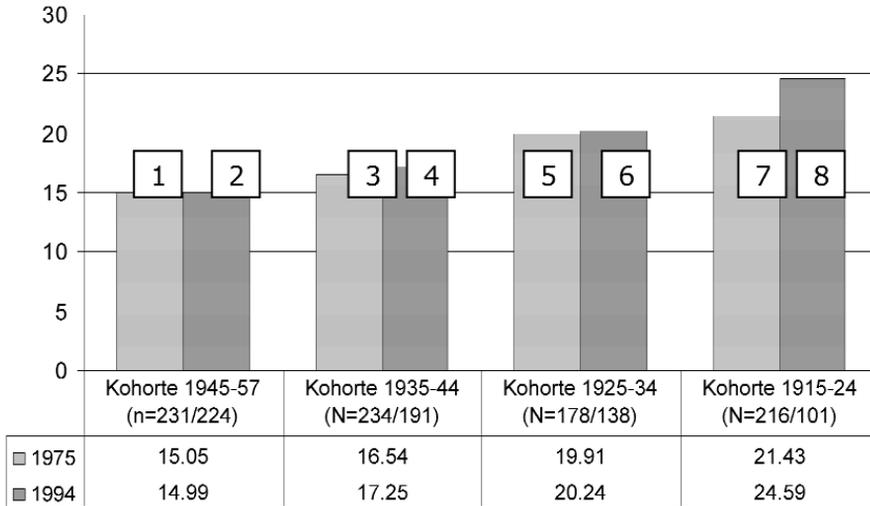
Abb. 9: »Beschwerdedruck« in verschiedenen Geburtskohorten von Männern



Tab. 3: Prädiktoren der GBB-Skalenwerte in den Erhebungen 1975 und 1994

Prädiktoren	Kriterien (GBB-Skalen)				
	Erschöpfung	Magen- beschwerden	Glieder- schmerzen	Herz- beschwerden	Beschwerde- druck
Alter	--	--	.18	.12	.11
	--	--	.15	--	.06
Geschlecht	.18	--	.19	.08	.14
	.08	--	.06	.07	.07
Bildungsgrad	--	--	--	--	--
	--	--	--	-.07	--
Familienstand	--	--	--	--	--
	--	--	--	--	--
Stadt/Land	--	--	--	--	--
	-.07	--	-.06	--	-.05
Subjektiver Gesundheitszustand	-.35	-.24	-.34	-.33	-.39
	-.36	-.28	-.37	-.34	-.40
adj. R ²	.17	.06	.25	.16	.22
	.14	.08	.20	.14	.18
df	2/1543	1/1544	3/1542	3/1542	3/1542
	3/1390	1/1392	4/1389	3/1390	4/1389
F	159.36	92.11	168.12	98.3	149.21
	5.03	115.88	87.64	73.79	78.06
p von F	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
<i>Anmerkungen:</i>	obere Werte: Erhebung 1975 / untere Werte: Erhebung 1994 In den einzelnen Spalten der Tabelle sind die standardisierten Regressionskoeffizienten (Betagewichte) derjenigen Prädiktoren aufgeführt, die einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der jeweiligen Kriteriumsvariable leisten.				

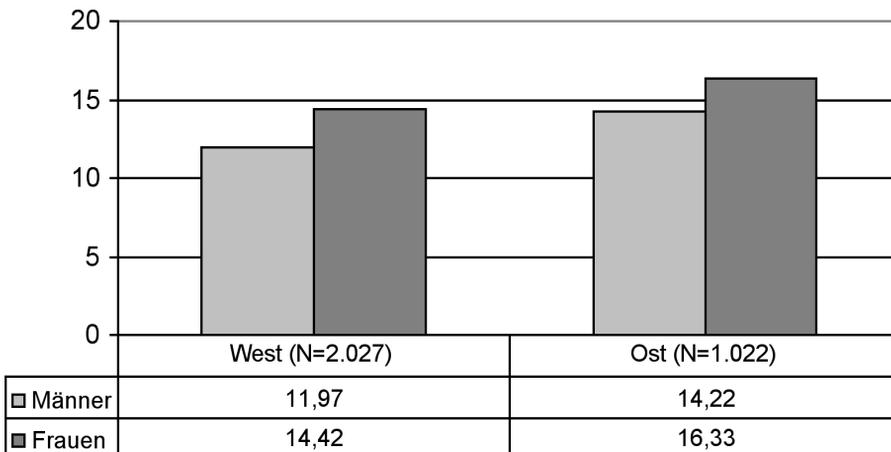
Abb. 10: »Beschwerdedruck« in verschiedenen Geburtskohorten von Frauen



Erläuterungen:

- 1 ... Alter 18-30 Jahre 3 ... Alter 31-40 Jahre 5 ... Alter 41-50 Jahre 7 ... Alter 51-60 Jahre
 2 ... Alter 37-49 Jahre 4 ... Alter 50-59 Jahre 6 ... Alter 60-69 Jahre 8 ... Alter 70-79 Jahre

Abb. 11: GBB-Skala »Beschwerdedruck« in Ost- und Westdeutschland



Frauen 1994 in den neuen Ländern höher war als in den alten Bundesländern. Die Ost-West-Unterschiede erreichen dabei fast die Höhe der Geschlechtsunterschiede. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass 1975 die GBB-Werte im Westen weit über den 1994 im Osten erhobenen Werten lagen. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass nach Untersuchungsergebnissen von Hoffmeister und Bellach (1995) aus die Körperbeschwerden von Männern und Frauen in den neuen Ländern im Jahre 1991 noch wesentlich niedriger waren, als die in den alten Bundesländern.

Diskussion

Die von uns vorgestellten Befunde aus bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen zeigen, dass das Ausmaß subjektiver Körperbeschwerden in den alten Bundesländern von 1975 bis 1994 insgesamt zurückgegangen ist (vgl. auch Fahenberg, Hampel & Selg, 2001) und sich der Einfluss von Alter und Geschlecht dramatisch verändert hat. Dabei haben sich insbesondere die Alterseffekte stark reduziert. Aber auch die Geschlechtseffekte haben sich in dieser Zeit mehr als halbiert. Man könnte nun zum einen meinen, dass die Frauen sich inzwischen eher den Männern angenähert haben, im Sinne einer geringeren Klagsamkeit. Folgt man dieser Hypothese, so hat sich bei den Frauen über verschiedene Epochen hinweg offenbar eine Veränderung ihres Symptombereichsverhaltens (»Reporting«) (vgl. Pennebaker, 1982) vollzogen. Dies würde bedeuten, dass Frauen im Jahre 1994 nicht unbedingt weniger körperliche Beschwerden wahrnehmen als noch 1975, sondern dass sie nun eher in »typisch männlicher« Weise darüber berichten. Eine solche Interpretation der Befunde würde auch bedeuten, dass Überlegungen, die Geschlechtsdifferenzen in der Beschwerdeshäufigkeit auf biologische Unterschiede zurückzuführen, auf der Basis der vorliegenden Befunden nicht zugestimmt werden kann.

Für die Interpretation des deutlichen Rückganges des Geschlechtseinflusses scheinen vielmehr soziodemographische, zeitgeschichtliche und

kulturelle Bedingungen bedeutsam zu sein: So unterscheiden sich einige soziale Merkmale bedeutsam zwischen den Jahren 1975 und 1994. Vor allen bei den Frauen kam es in dieser Zeit zu einer deutlichen Verbesserung ihres Bildungsniveaus: Im Vergleich zu 1975 gaben 1994 7% weniger Frauen an, ohne Abschluss zu sein. Der Anteil derjenigen Frauen mit Realschulabschluss war im Jahre 1994 um ca. 17% höher als 1975. Auch die Zahl der Abiturientinnen hat sich in dieser Zeit mehr als verdoppelt, die Zahl derjenigen mit Hochschul- oder Fachhochschulstudium ist von 1.0% auf 4.7% angestiegen. Zwar hat sich auch das Bildungsniveau der Männer verbessert, jedoch nicht in dem gleichen Ausmaß wie bei den Frauen. In ähnlicher Weise wie das Bildungsniveau hat sich bei den Frauen dahingegen auch der berufliche Status verbessert: Mehr Frauen sind Facharbeiterinnen, in freien Berufen tätig oder arbeiten als Angestellte. Auch gehen mehr Frauen einer Vollzeitbeschäftigung nach (vgl. Tabelle 1). Es kann davon ausgegangen werden, dass die genannten Veränderungen in den sozialen Merkmalen auch einen Einfluss auf die gesundheitliche Situation der befragten Personen haben. In epidemiologischen Untersuchungen wurde immer wieder festgestellt, dass höhere soziale Schichten, die über Berufsstruktur und Bildungsniveau definiert werden, auch eine bessere Gesundheit aufweisen (vgl. Wittwer-Backofen, 1998).

Ein weiteres wichtiges soziodemographisches Merkmal, auf das hier hingewiesen werden soll, ist der Familienstand. Wenn man davon ausgeht, dass stabile Lebensgemeinschaften gesundheitsfördernd wirken, muss man jedoch einschränkend anmerken, dass hier die Männer mehr profitieren als die Frauen. So fand Fookon (1980) verheiratete Frauen vor allem im Alter benachteiligt. Sie weisen eine negative Befindlichkeit auf, sind eher unzufrieden und zeichnen sich durch weniger Freizeitaktivitäten und Sozialkontakte aus. Die Unzufriedenheit der verheirateten Frauen ist vor allem darauf zurückzuführen, dass sie sich gesundheitlich belastet fühlen, wenig gemeinsame Aktivitäten mit dem Ehemann haben, sich eher dessen Bedürfnissen anpassen und unter familiäre Bedürfnisse unterordnen würden. In

unseren Stichprobe finden sich 1994 im Vergleich zu 1975 prozentual mehr allein lebende Frauen. Die Zahl der verheirateten /zusammenlebenden Frauen ist um 10% gesunken, die der verheirateten/zusammenlebenden Männer um 18%, die Zahl der Ledigen ist bei den Frauen von 12% auf 21% gestiegen, bei den Männern von 22% auf 35%, die Zahl der Geschiedenen hat sich bei den Männern verdreifacht, bei den Frauen verdoppelt (vgl. Tabelle 1). Der Familienstatus könnte somit als intervenierende Variable bei der Beschwerdenausprägung relevant sein (siehe auch Baltes, 1998; Kuhlmeier, 1998).

Die Debatte um die Bedeutsamkeit der Geschlechtsvariable für die gesundheitliche Situation von Frauen und Männern macht somit einen Wandel durch, der auch in sonstigen Disziplinen zu beobachten ist: Nachdem das »Geschlecht« als bedeutsames Merkmal etabliert worden war, folgte bald dessen Relativierung. Hier wiederholt sich eine wissenschaftliche Auseinandersetzung, die auch die Einführung des Begriffes »gender« in die Geschlechterdebatte nach sich zog (vgl. Butler, 1991). Die Unterscheidung im Englischen zwischen »sex« und »gender« könnte bei uns der Unterscheidung zwischen dem »Geschlecht als biologische Variable« und dem »Geschlecht als soziale Konstruktion« entsprechen.

Mit einem weiteren Vorurteil scheint ebenfalls aufgeräumt werden zu müssen. Entgegen der weit verbreiteten Ansicht, dass Menschen mit zunehmenden Alter automatisch über mehr Körperbeschwerden klagen müssten, bestätigt sich dies nicht in unseren Ergebnissen. Gegenargumente finden sich hier vor allem bezogen auf die Frauen, wie ein Vergleich der Daten von 1975 und 1994 zeigt.

Ähnlich wie bei der Differenzierung von »sex« und »gender« ist dringend eine Unterscheidung von »biologischem Alter« und »Altersbildern« bzw. »Alterszuschreibungen« notwendig. Parallel zum Rückgang der Körperbeschwerden ist zwischen 1975 und 1994 eine Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes zu konstatieren (vgl. Hessel, Geyer, Plöttner, Schmidt & Brähler, 1999). Ärzte reklamieren die Ursachen dieser Verbesserung gerne

für sich. Vor allem auf die Effekte der Östrogenbehandlung der Frauen nach dem Klimakterium wird hingewiesen wie auch auf eine insgesamt bessere medikamentöse Einstellung vieler Patienten. Konkurrierend ist jedoch die Hypothese zu diskutieren, dass die schlechtere gesundheitliche Lage im Jahre 1975 auf die ausgeprägteren lebensgeschichtlichen Belastungen der damals untersuchten Generationen zurückzuführen ist. Dabei ist vor allem an Kriegs- und Gewalterfahrungen und die Versorgungsmängel in der Nachkriegszeit zu denken. Besonders betroffen davon war die Generation der sogenannten »Trümmerfrauen«. Dies würde die ausgeprägte Geschlechts- und Altersabhängigkeit bei den Körperbeschwerden in der Erhebung von 1975 gut begründen.

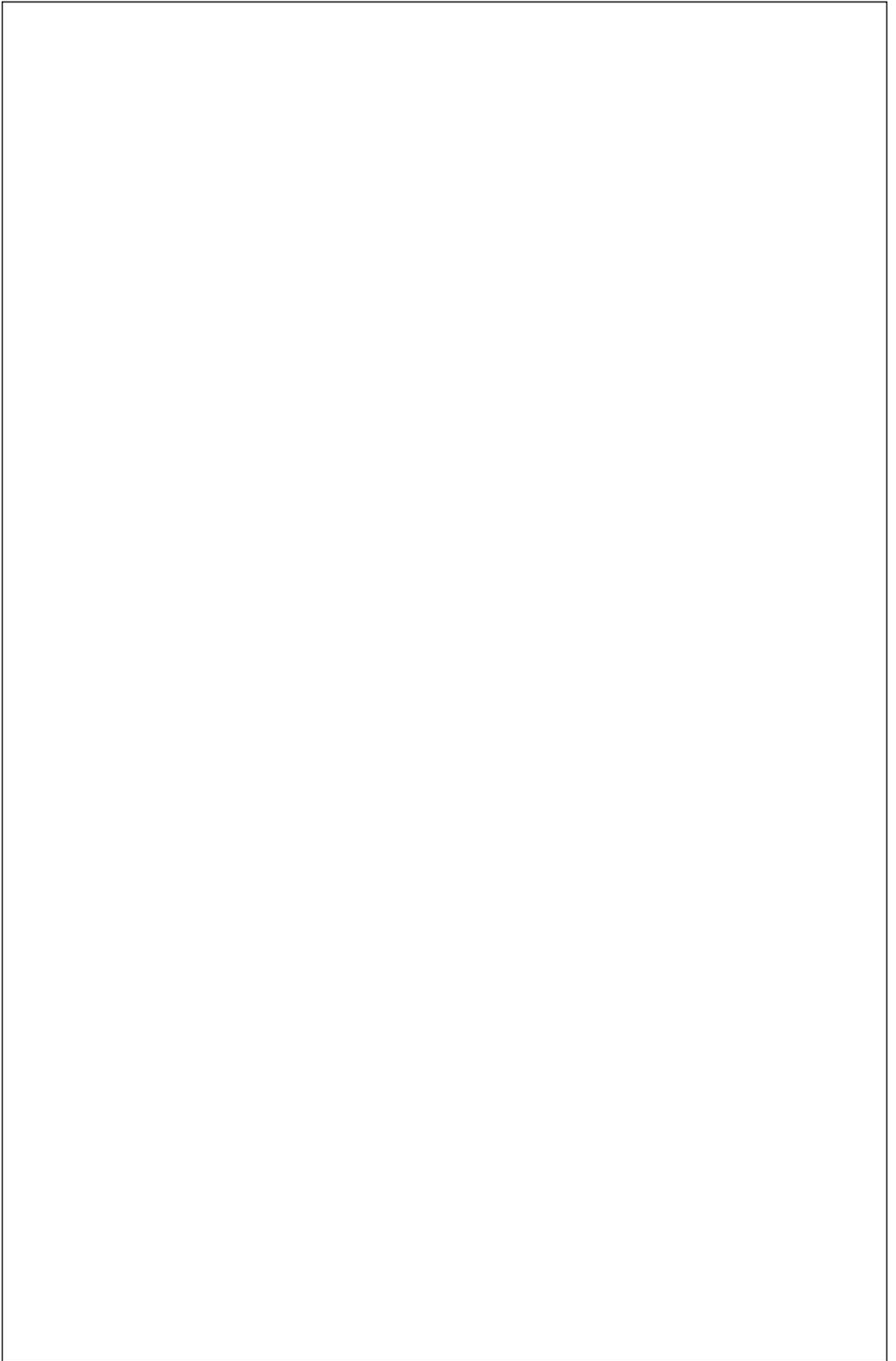
Insgesamt wird deutlich, dass die Äußerung von Körperbeschwerden ein sehr komplexes Geschehen darstellt, das eng mit Prozessen der Wahrnehmung von körperlichen Symptomen (Interozeption) und darauf bezogenen kognitiven Bewertungsprozessen verknüpft ist (vgl. Schumacher & Brähler, 2001). Die vorliegenden empirischen Befunde machen jedoch deutlich, dass Körperbeschwerden offensichtlich in hohem Maße epochen- und kulturabhängig sind und dass insbesondere auch Geschlechtsdifferenzen unter einem solchen Blickwinkel betrachtet werden sollten, da gerade die Geschlechtstypisierung von gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen entscheidend beeinflusst wird (vgl. Gloger-Tippelt, 1996). Daraus folgt, dass Geschlechtsunterschiede, deren verstärkte Erforschung immer wieder gefordert wird (vgl. Eagly, 1987, 1990; Davies-Osterkamp, 1994), stets vor dem Hintergrund der Epoche und der Kultur, in der sie erhoben wurden, diskutiert werden müssen und nicht lediglich über verschiedene Länder und verschiedene Zeiten additiv zusammengetragen werden können.

Literatur

- Baltes, M. M. (1998). Frauen und Gesundheit im Alter. In A. Kuhlmeier et al. (Hrsg.), *Frauen in Gesundheit und Krankheit: Die psychosoziale Lebensperspektive* (S. 35-50). Berlin: Trafo-Verlag.

- Beckmann, D. (1976). Paardynamik und Gesundheitsverhalten. Einige Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung. In H. E. Richter, H. Strotzka & J. Willi (Hrsg.), *Familie und seelische Krankheit*. Reinbeck: Rowohlt.
- Beckmann, D., Brähler, E. & Richter, H.-E. (1977). Neustandardisierung des Gießen-Test (GT). *Diagnostica*, 23, 287-297.
- Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J. & Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice*, 49, 147-152.
- Brähler, E., Ernst, R., Hettich, W., Klein, H. & Otten, A. (1986). Körperbeschwerden von Kindern im Alter von 8-15 Jahren. In E. Brähler (Hrsg.), *Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele* (S. 253-266). Berlin: Springer.
- Brähler, E., Horowitz, L. M., Kordy, H., Schumacher, J. & Strauß, B. (1999). Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP) - Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Ost- und Westdeutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 422-431.
- Brähler, E. & Möhring, P. (1995). Der Körper im Beschwerdebild - Erfahrungen mit dem Gießener Beschwerdebogen (GBB). In E. Brähler (Hrsg.), *Körpererleben - ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele* (2. Auflage). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Brähler, E. & Scheer, J. W. (1983). Der Gießener Beschwerdebogen (GBB) - Testhandbuch. Bern: Huber.
- Brähler, E. & Scheer, J. W. (1984). Subjektive Beschwerden und objektiver Befund. In J. W. Scheer & E. Brähler (Hrsg.), *Ärztliche Maßnahmen aus psychologischer Sicht - Beiträge zur medizinischen Psychologie* (S. 189-199). Berlin: Springer.
- Brähler, E. & Scheer, J. W. (1995). Der Gießener Beschwerdebogen (GBB). Handbuch (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Brähler, E. & Schumacher, J. (2002). Befund und Befinden. In E. Brähler & B. Strauß (Hrsg.), *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin*. Göttingen: Hogrefe
- Brähler, E., Schumacher, J. & Brähler, Ch. (2000). Erste gesamtdeutsche Normierung der Kurzform des Gießener Beschwerdebogens GBB-24. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 14-21.
- Butler, J. (1991). *Das Unbehagen der Geschlechter*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Davies-Osterkamp, S. (1994). Geschlecht als Variable der Forschung in Psychotherapie, Psychosomatik und medizinischer Psychologie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44, 293-298.
- Eagly, A. H. (1987). Reporting sex differences. *American Psychologist*, 42, 756-757.
- Eagly, A. H. (1990). On the advantage of reporting sex comparison. *American Psychologist*, 50, 560-562.
- Fahrenberg, J. (1994). Die Freiburger Beschwerdenliste (FBL). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Fahrenberg, J. (1995). Somatic complaints in the German population. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 809-817.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (2001). Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1. Handanweisung (7. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Fookien, I. (1980). Frauen im Alter - Eine Analyse intra- und interindividueller Differenzen. Frankfurt a.M.: Lang.
- Gijsbers van Wijk, C. M., van Vliet, K. P., Kolk, A. M. & Everaerd, W. T. (1991). Symptom sensitivity and sex differences in physical morbidity: A review of health surveys in the United States and The Netherlands. *Women Health*, 17, 91-124.
- Gloger-Tippelt, G. (1996). Konstrukte im Bereich der Geschlechtertypisierung. In M. Amelang (Hrsg.), *Temperaments- und Persönlichkeitsunterschiede (Enzyklopädie der Psychologie, Serie VIII: Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung, Band 3)* (S. 223-255). Göttingen: Hogrefe.
- Gunzelmann, T., Schumacher, J. & Brähler, E. (1996). Körperbeschwerden im Alter: Standardisierung des Gießener Beschwerdebogens GBB-24 bei über 60jährigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29, 110-118.
- Hessel, A., Geyer, M., Plöttner, G., Schmidt, B. & Brähler, E. (1999). Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und subjektive Morbidität in Deutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 264-274.
- Hoffmeister, H. & Bellach, B. M. (1995). *Die Gesundheit der Deutschen*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Koch, A. (1997). ADM-Design und Einwohnermelderegister-Stichprobe. Stichproben bei mündlichen Bevölkerungsumfragen. In S. Gabler & J. H. P. Hoffmeyer-Zlotnik (Hrsg.), *Stichproben in der Umfragepraxis* (S. 99-116). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kowalski, R. M. (1996). Complaints and complaining: Functions, antecedents, and consequences. *Psychological Bulletin*, 119, 179-196.
- Kroenke, K. & Spitzer, R. L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60, 150-155.
- Kuhlmey, A. (1998). Frauen im Alter zwischen Integration und Isolation: Zusammenhänge von hoher Lebenserwartung, Familie und Partnerschaft. In A. Kuhlmey et al. (Hrsg.), *Frauen in Gesundheit und Krankheit: Die psychosoziale Lebensperspektive* (S. 51-61). Berlin: Trafo Verlag.
- Ladwig, K. H., Marten-Mittag, B., Formanek, B. & Dammann, G. (2000). Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *European Journal of Epidemiology*, 16, 511-518.
- Leary, M. R. (1995). Self-presentation: Impression

- management and interpersonal behavior. Dubuque, IA: Brown & Benchmark.
- Leary, M. R., Tchividjian, L. R. & Kraxberger, B. E. (1994). Self-presentation can be hazardous to your health: Impression management and health risk. *Health Psychology, 13*, 461-470.
- Margraf, J., Neumer, S. & Rief, W. (Hrsg.) (1998). *Somatoforme Störungen. Ätiologie, Diagnose und Therapie*. Berlin: Springer.
- Maschewsky-Schneider, U. (1998). Frauen leben länger als Männer - Sind sie auch gesünder? In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 129-138). Weinheim: Juventa.
- Maschewsky-Schneider, U., Sonntag, U. & Klesse, R. (1999). Das Frauenbild in der Prävention. Psychologisierung der weiblichen Gesundheit? In E. Brähler & H. Felder (Hrsg.), *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen (2. Auflage)* (S. 98-120). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Myrtek, M. (1998). *Gesunde Kranke - Kranke Gesunde. Psychophysiologie des Krankheitsverhaltens*. Bern: Huber.
- Myrtek, M. & Fahrenberg, J. (1998). Somatoforme Störungen: Konzeptuelle und methodologische Kritik und ein Plädoyer für die funktionale Analyse des Krankheitsverhaltens. In J. Margraf, S. Neumer & W. Rief (Hrsg.), *Somatoforme Störungen. Ätiologie, Diagnose und Therapie* (S. 191-211). Berlin: Springer.
- Pennebaker, J. W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer.
- Richter, H.-E. (1974). *Lernziel Solidarität*. Reinbek: Rowohlt.
- Rief, W. & Hiller, W. (1992). *Somatoforme Störungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache*. Bern: Huber.
- Rodenstein, M. (1980). Fraueninteressen in Gesundheitspolitik und -forschung. *Soziale Welt, 2*, 176-190.
- Rolfs, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C. et al. (2000). The importance of the gender perspective in health interview surveys [Article in Spanish]. *Gaceta Sanitaria, 14*, 146-155.
- Rudolf, G. & Henningsen, P. (Hrsg.) (1998). *Somatoforme Störungen. Theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Schumacher, J., Eisemann, M. & Brähler, E. (1999). Rückblick auf die Eltern: Der Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE). *Diagnostica, 45*, 194-204.
- Schumacher, J., Laubach, W. & Brähler, E. (1995). Wie zufrieden sind wir mit unserem Leben? Soziodemographische und psychologische Prädiktoren der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 4*, 17-26.
- Schumacher, J. & Brähler, E. (1999). Prävalenz von Schmerzen in der deutschen Bevölkerung. Ergebnisse repräsentativer Erhebungen mit dem Giesener Beschwerdebogen. *Der Schmerz, 13*, 375-384.
- Skelton, J. A. & Pennebaker, J. W. (1982). The psychology of physical symptoms and sensations. In G. S. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 99-128). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Smith, T. W., Snyder, C. R. & Perkins, S. C. (1983). The self-serving functions of hypochondriacal complaints: Physical symptoms as self-handicapping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 787-797.
- van Wijk, C. M. & Kolk, A. M. (1997). Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine, 45*, 231-246.
- Verbrugge, L. M. (1989). The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior, 30*, 282-304.
- Wills, T. A. (1987). Help-seeking as a coping mechanism. In C. R. Snyder & C. E. Ford (Eds.), *Coping with negative life events. Clinical and social psychological perspectives* (pp. 19-50). New York: Plenum.
- Wittwer-Backofen, U. (1998). Die Ungleichheit vor dem Tod? Warum unterscheiden sich Lebenserwartungen innerhalb Hessens? *Spiegel der Forschung, 15*, 62-72.
- Zerssen, H. von (1976). *Beschwerden-Liste (B-L)*. Weinheim: Beltz-Test.



Autorinnen und Autoren

Borkenhagen, Ada, Dr. phil. Diplom-Psychologin & Psychoanalytikerin, Gastwissenschaftlerin der Abt. Med. Psychologie und Med. Soziologie der Universität Leipzig, Veranstalterin des Colloquiums Psychoanalyse. Arbeitsschwerpunkte: Auswirkungen moderner Medizintechniken (v. a. Schönheitschirurgie & Reproduktionsmedizin) auf das Geschlechterverhältnis.

Brähler, Elmar, Prof. Dr. Leiter der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig.

Brosig, Burkhard, Priv. Doz. Dr. med., geb. 1957 in Kassel, Studium der Humanmedizin in Gießen, DAAD-Stipendiat an der Emory University in Atlanta, GA für Medical Sociology, Hochschuldozent und Oberarzt an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der JLU und Geschäftsführer des Institutes für Psychoanalyse und Psychotherapie in Gießen. Forschungsschwerpunkte: Analytische Psychosomatik, Empirische Einzelfallanalyse, Lifestyle Medizin.

Decker Oliver, Dr., Psychologe, Jg. 1968, Mitarbeiter der Abt. f. Med. Psychologie und Med. Soziologie, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig; Psychotherapeutischer Konsiliar- und Liaisondienst. Herausgeber der Zeitschrift »Psychoanalyse – Texte zur Sozialforschung«, Pabst Verlag.

Euler, Sebastian, geb. 1976 in Lich, Studium der Medizin in Gießen und Nizza (Frankreich), Doktorand und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität Gießen, zur Zeit tätig als Assistenzarzt an der Psychiatrischen Klinik Wil (CH), Interessenschwerpunkt: Empirie der Psychoanalyse

Felder, Hildegard, Dr. biol. hom. Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin,

Weiterbildung in psychoanalytischer Paar-, Familien- und Sozialtherapie, niedergelassen in eigener Praxis. 1979- 1997 wissenschaftliche Assistentin am Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen, Forschungsschwerpunkte u. a.: Psychologische Aspekte der Gynäkologie, Schwangerschaft und pränatale Diagnostik, Psychosomatische Aspekte der Reproduktionsmedizin.

Gieler, Uwe, Univ.- Prof. Dr. med., Facharzt für Dermatologie und Venerologie; Allergologie, Umweltmedizin. Arzt für Psychotherapeutische Medizin. Leiter der Konsil- und Liaison-Psychosomatik der Uni-Klinik Giessen und eines Bettenbereichs für psychosomatische Dermatologie an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie und stellv. Leiter des Hess.Zentrums für klinische Umweltmedizin. Herausgeber der Zeitschrift: Dermatology+Psychosomatics. Leiter der Psychotherapie-Weiterbildungsstätte Marburg-Kassel-Gießen und der Neurodermitis-Schulungs-Akademie Hessen. Arbeitsschwerpunkt: Psychosomatische Dermatologie, Neurodermitis, Psychoimmunologie.

Harth, Wolfgang, Dr. med. habil, Ernennung zum Privatdozent für das Fachgebiet Dermatologie An der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig 2003

Hein, Peter Ulrich, studierte Kunstpädagogik, Kunstgeschichte, Publizistik und Soziologie in Münster und Paderborn. Er verfasste zahlreiche Schriften zur soziologischen Ästhetik, lehrte an der Universität zu Köln Kultursoziologie, an der Akademie der Bildenden Künste in München Kunstpädagogik und ist seit 1997 mit den Schwerpunkten Kunstwissenschaft und Kommunikationstheorie Professor für Kunstpädagogik am Institut für Kunst- und Designwissenschaften der Universität Duisburg-Essen

Hirsch, Mathias, Jahrgang 1942, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Facharzt für psychotherapeutische Medizin - Psychoanalytiker (DGPT, affiliertes Mitglied DPV), Gruppenanalytiker (DAGG, Sektion AG). In psychoanalytischer Praxis in Düsseldorf niedergelassen. Affiliertes Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Köln-Düsseldorf der DPV.

Forschungsschwerpunkte: Psychoanalytische Traumalogie (insbesondere sexueller Missbrauch in der Familie. Zahlreiche Veröffentlichungen, u. a. zu Aspekten der Objektbeziehungstheorie und Psychotraumatologie.

Roth, Marcus, Dr., geb. 1968 in Marburg, Studium der Psychologie in Bonn. 1998 Promotion an der Universität Koblenz Landau (Fachbereich Psychologie der Abteilung Landau), wissenschaftlicher Assistent am Institut für Entwicklungspsychologie, Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik der Universität Leipzig. Arbeitsgebiete: Sensation Seeking: Diagnostik und Bezug zum Drogenkonsum im Jugendalter, Persönlichkeitstypen.

Schumacher, Jörg, Priv.-Doz. Dr. rer. nat. habil. Diplom-Psychologe 1983-1988 Studium der Klinischen Psychologie in Leipzig, 1994 Promotion, 2002 Habilitation, 1999 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut, seit 2003 wiss. Mitarbeiter am Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Jena

Schmauks, Dagmar, PD, Dr., hat in München Erziehungswissenschaft und – nach einigen Jahren als Lehrerin – in Salzburg und Saarbrücken Philosophie, Linguistik und Psychologie studiert. Während ihrer Arbeit im SFB 314 in Saarbrücken (»Künstliche Intelligenz und wissensbasierte Systeme«) analysierte sie vor allem die Arbeitsteilung zwischen gesprochener Sprache und Zeigegesten. Ihre Dissertation »Deixis in der Mensch-Maschine-Interaktion« erschien 1991 bei Niemeyer. Im Jahr 1995 erhielt sie in Saarbrücken die Venia legendi für Semiotik mit ihrer Habilitationsschrift »Multimediale Informationspräsentation am Beispiel von Wetterberichten« (Academia 1996). Seit 1996 ist sie Privatdozentin für Semiotik an der

TU Berlin und Mitherausgeberin der Zeitschrift für Semiotik.

Stirn, Aglaja, geb. 1962, Dr. med., Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalytikerin. Gruppenanalytikerin. Oberärztin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I im Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Lehrtherapeutin am Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Rhein-Eifel, Sinzig. Reviewerin für das »Journal of the Society for Psychotherapy Research«, Veröffentlichungen zu Ess-Störungen, Supervision, Psychosomatischer Medizin, Psychoanalyse, Literatur des Holocaust, Tattoo und Piercing, Stammeskulturen Nordost-Indiens und des Himalaya.

Wendler, Marcus, Dr. med., geb. 1975, arbeitet am Institut für Pathologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Arbeitsgruppe Immunpathologie.