

Messerscharfe Schönheit

Zur Psychodynamik Schönheitschirurgischer Eingriffe

© Dr. med. Regula Umbricht

Vortrag an der Balinttagung Bodensee vom 16. Juni 2016 und Auszug eines Buchbeitrages in "Psychoanalyse im Dialog mit den Nachbarwissenschaften" unter Mitwirkung von Thomas Umbricht, Psychosozialverlag, 2010.

Anonymität: Die Fallgeschichten wurden derart verändert, dass sie auf eine Vielzahl von plastisch-chirurgischen Patienten zutreffen können und nicht einem Patienten oder einer Patientin zuzuordnen sind. Die Anonymität der Patienten ist somit gewährleistet.

Einleitung

Plastische Chirurgie hat ihre Ursprünge im Versuch der Wiederherstellung von Defekten am menschlichen Körper. Die erste Aufzeichnung einer plastisch-chirurgischen Operation geht auf das 12. Jahrhundert zurück und beschreibt die Rekonstruktion einer Nase bei einem leprakranken indischen Patienten.

Im 16. Jahrhundert wurden in Italien ähnliche Operationen durchgeführt, bis die Kirche dies verbot. Der menschliche Körper als Gottes Werk durfte keiner Veränderung unterzogen werden (Zeiss, 1863). Die wissenschaftlich befreiende Wirkung der Aufklärung und später die Einführung der Vollnarkose ebneten den Weg zur Weiterentwicklung der operativen Techniken in der Chirurgie. Fehl- oder Missbildungen, Defekte als Folge von Erkrankungen oder Unfällen, aber auch störende körperliche Eigenheiten mussten nicht mehr als gottgewollt und demzufolge als unabänderlich hingenommen werden. Aus der rekonstruktiven (wiederherstellenden) Chirurgie entwickelte sich im Verlaufe des 20. Jahrhunderts die eigentliche ästhetische (Schönheits-)Chirurgie. Sowohl die rekonstruktive als auch die ästhetische Chirurgie sind Teil der Plastischen Chirurgie. Erstere hat die Wiederherstellung der körperlichen Integrität zum Ziel, im Rahmen letzterer - der eigentlichen Schönheitschirurgie - werden Eingriffe an physisch gesunden Menschen zur Veränderung der Körperoberfläche vorgenommen. Es handelt sich also um Eingriffe, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind, was zur Folge hat, dass bei der Entscheidung zur Operation andere Aspekte aufgeworfen werden. Es stellen sich Fragen des eigenen Körperbildes und des individuellen Schönheitsempfindens (Wallace, 1982).

In diesem Beitrag, welcher ein vertieftes Verständnis der unbewussten Motivation zum schönheitschirurgischen Eingriff zum Ziel hat, werde ich auf den wichtig erscheinenden Unterschied zwischen Körperschema und Körperbild eingehen, um mich danach der Frage von Spiegelungsprozessen, denen beim Aufbau des Körperbildes eine gewichtige Rolle zukommt, zuzuwenden. Schliesslich versuchen wir zu verstehen, was dem Erlebnis von Schönheit zugrunde liegt und warum und wann sich diese messerscharf anfühlt.

Evolution und Kultur

Das Streben nach und die Wertschätzung von Schönheit - auch körperlicher Schönheit - durchzieht jegliche menschliche Kultur. Ein Teil unseres Schönheitsempfindens ist das Ergebnis sexueller Selektion. Ästhetisch visuelle Bevorzugungen haben einen evolutionären Ursprung.

Wir empfinden zum Beispiel Landschaften als schön, die einen Überblick erlauben und den Blick in die Ferne eröffnen, war die Präferenz solcher Landschaften in der freien Wildbahn doch lebenswichtig und brachte uns evolutionäre Vorteile (Balling, 1982, Camperlain, 2000). Ebenso hinterlassen symmetrische Erscheinungsformen und glatte Oberflächen den Eindruck von Schönheit. Sie signalisieren Gesundheit und Jugend und damit optimale Voraussetzungen für die Erhaltung der Art (Buss, 1989, Enquist, 1994, Thornhill et al., 1999, Grammar et al., 2003).

Ein Gesicht wird zudem als schön empfunden, wenn es Züge aufweist, die in der jeweiligen Population als typisch weiblich oder typisch männlich gelten. Bei den Männern ist dies ein prominentes Kinn, was für einen hohen Testosteron-Spiegel spricht, bei den Frauen eine runde Gesichtsform, grosse Augen, eine kleine Nase und grosse Lippen (Perrett, 1994, Jones, 1996, Fink, 2002).

Unbewusst empfinden wir als schön, was sich im Rahmen einer gewissen Normalität bewegt (Camberlain, 2000). Abweichungen scheinen zu befremden und zu gefährden. Forschungsergebnisse belegen, dass Frauen aus einer Reihe Männerbilder jene Gesichter als attraktivste herauslesen, welche ihrem eigenen Gesicht am ähnlichsten sehen (Baugh et al., 1991).

Die Untersuchungen, welche die Bevorzugung so genannt schöner Menschen belegen, sind Legion. Sei es, dass schon drei Monate alte Kinder länger auf ein attraktives Gesicht schauen (Slater, 1998), dass schöne Kinder für das gleiche Vergehen weniger streng bestraft werden (Baugh et al., 1991, Dion, 1972), oder dass bei beruflichen Bewerbungen die äussere Erscheinung über die fachliche Qualifikation den Sieg davon tragen kann (Collins et al., 1995). Wir verweisen auf entsprechende Literatur (Dion, 1972, Langlois, 1987, Etcoff, 1999).

Neben diesen, im Sinne der sexuellen Selektion evolutionär bedingten Präferenzen, prägen kulturell bedingte Normen in hohem Masse das Schönheitsempfinden (Gilmann, 1999, Eco, 2004).

Schönheitsideale variierten in den verschiedenen geschichtlichen Zeitepochen stark und widerspiegeln auch den jeweiligen Bezug zum Körper, zum Trieb und zur Frau. Letztere kann sich auf Grund ihrer körperlichen Gegebenheiten (Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Stillvorgang) in weit weniger ausgeprägtem Masse als der Mann vom eigenen Körper freisprechen und wird demzufolge, mehr als der Mann, mit dem Körper – und damit auch dem triebhaften Körper – identifiziert.

So wurde der weibliche Körper in der bekanntlich triebfeindlichen viktorianischen Zeit mit Korsetts gebändigt. Die Wespentaille war das Schönheitsideal. Bis zu 30 Zentimeter Bauchumfang wurden erzwungen, was eine massive Beeinträchtigung der Zwerchfellatmung verursachte und als eigentliche Attacke auf den weiblichen Körper verstanden werden kann.

Auch sei an die gebundenen Füße chinesischer Frauen erinnert, die das normale Gehen verunmöglichten und folglich den Bewegungsradius massiv einschränkten. Es wird diesbezüglich der Verlust an weiblicher Potenz, die Kastration der Frau reklamiert (Chiland, 1991).

Sozialwissenschaftler und Philosophen (Butler, 1990, Wolf, 1992, Foucault, 1994) eruieren zudem die herrschenden, gesellschaftlich-kulturellen Machtverhältnisse als gewichtigen Faktor für das Entstehen schönheitsidealtypischer Vorstellungen. Die Dominanz westlich kultureller Vorstellungswerte manifestiert sich heutzutage als Vorgabe, welche in der barbiepuppenähnlichen Hollywood-Schönheit gipfelt (Sullivan, 2000). So lassen sich Tausende von japanischen Frauen ihre asiatisch geformten Augenlider operieren oder die Brust vergrössern, um dem vorgegebenen Ideal vermehrt Genüge zu tun. Auch Nasenkorrekturen oder das Bleichen der Haut sind oftmals Ausdruck dieser Anpassung (Gilman 1999).

Hierbei stellt die Entwicklung von Photographie und Film ein nicht zu unterschätzender Faktor in der globalen Verbreitung von Bildern einer dominanten Kultur dar.

Mehrfach tägliche visuelle Wahrnehmung eines kulturell idealisierten Menschentypus erhöht den Druck zur Anpassung. Die mediale Bilderflut führt zu einer kollektiven Vorstellung, wie eine Frau oder ein Mann auszusehen hat. In Wirklichkeit aber entsprechen die wenigsten von uns den medial transportierten Bildern (Sullivan, 2000).

Folgendes Beispiel soll dies verdeutlichen:

Von einem Model wird heutzutage ein BMI von 15 gefordert, was vom medizinischen Standpunkt aus als Untergewicht mit Krankheitswert zu beurteilen ist. Da bei einem solchem Gewicht auch das Brustvolumen beträchtlich abnimmt, lässt sich ein grosser Teil dieser Frauen – man spricht von einem Drittel - Brustprothesen implantieren (Kluge und Sonnenmoser, 2000). Somit wird der Mensch der westlichen Welt mindestens zwölf Mal täglich mit dem Anblick einer untergewichtigen und oftmals kosmetisch operierten, gleichzeitig aber idealtypisch dargestellten Frau konfrontiert, was einen Sog bewirkt, dem sich niemand ganz entziehen kann. Gemäss einer Untersuchung an 14-jährigen Schülerinnen in der Schweiz fühlen sich 75% der jungen Frauen zu dick (Diehl, 1999).

Aus diesen wenigen Angaben wird ersichtlich, dass das evolutionäre Programm durch kulturell-gesellschaftlich bedingte Vorgaben überlagert bis ausgelöscht werden kann (Rohde, 2006).

Gleichzeitig aber bergen solche Erklärungsversuche des Umgangs mit dem eigenen Körper als kulturell und gesellschaftlich-diskursiv begründet die Gefahr plakativer Anklage, und sie übergehen die Tatsache, dass das einzelne Subjekt den vorherrschenden Schönheitsidealen trotz allem sehr verschieden begegnet und sich in unterschiedlich starkem Masse den gängigen Bildern anzupassen sucht. Grund dafür stellt meines Erachtens der Umstand dar, dass sich solch gängigen Erklärungsversuche stets mit dem Körperschema befassen, das Verhältnis des Einzelnen zu seinem Körper aber fundamental von dessen unbewusstem Körperbild geprägt ist. Darauf möchte ich im Folgenden eingehen.

Körperschema – unbewusstes Körperbild

Die Unterscheidung von Körperschema und unbewusstem Körperbild ist für das Verständnis von plastisch-chirurgischen Patienten sehr hilfreich.

Die beiden Begriffe wurden ursprünglich von zwei Neurologen konzipiert, um damit die Gesamtheit aller perzeptiv kognitiven Leistungen im Bezug auf den eigenen Körper – in Form des Körperschemas (Pick, 1908) – von denjenigen emotional affektiver Natur – in Form des Körperbildes (Schild, 1923) – zu unterscheiden.

Verschiedene Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker – so Françoise Dolto - haben die beiden Termini aufgegriffen. Den Begriff des Körperschemas in ungefähr beibehaltend, erweiterten sie den Begriff des Körperbildes um die Dimension des Freud'schen Unbewussten.

Dolto definiert das Körperschema als den unmittelbaren aktuellen Körper, Vermittler zwischen dem Subjekt und der Welt, als eine Tatsache, „irgendwie unser fleischliches Leben, das in Kontakt mit der physischen Welt ist“. Es stellt „die Abstraktion eines Erlebens des Körpers in den drei Dimensionen der Realität“ dar und strukturiert sich durch Lernen und Erfahrung. Es ist entwicklungsfähig in Zeit und Raum und für alle Individuen der Gattung Mensch das gleiche (Dolto, 1984)

Beim Körperschema handelt es sich also um die dreidimensionale Widerspiegelung des Körpers auf neurophysiologischem Regulationsniveau, um die Wahrnehmung vom realen Körper, welche sich ab Geburt mit Kennenlernen und Integration der einzelnen Körperteile entwickelt.

Beim Körperbild jedoch geht es um eine unbewusste symbolische Dimension, die symbolische Verkörperung des begehrenden Subjekts, welches sich - so Dolto - durch die Kommunikation zwischen den Subjekten und „durch die Tag für Tag erinnerte Spur der frustrierten, unterdrückten oder verbotenen Lust“ strukturiert. Dolto nennt dies die (orale, anale oder genitale) Kastration des Begehrens in der Realität (Dolto, 1984).

Das Körperbild ist somit individuell und Ausdruck der psychosexuellen Entwicklung des Subjekts. Und jedes Subjekt ist im Laufe seiner psychosexuellen Entwicklung vor die Aufgabe gestellt, sein Körperbild mehrmals modifizieren und neu in die Selbstrepräsentation zu integrieren, was bedeutet von Neuem narzisstisch besetzen zu müssen.

Derselbe Prozess, hier unter dem Primat der psychosexuellen Entwicklung dargestellt, wird von Moses und Eglé Laufer unter einem andern, mit der Sichtweise Dolto's in dialektischer Wechselbeziehung stehenden Blickwinkel konzeptualisiert. Laufer und Laufer betonen das Moment der Trennung und sehen das Körperbild in seiner Entwicklung und Modifikation als Produkt der Ablösung vom Körper des Primärobjekts. Sie beschreiben den Vorgang wie folgt:

„Die Entwicklung des Kindes vom Zeitpunkt seiner Geburt bis zum Ende der ödipalen Periode stellt die fortlaufende Loslösung seines Körpers von dem der Mutter dar. Das beginnt mit der Internalisierung der voneinander differenzierten Selbst- und Objektrepräsentationen, auf die dann die Loslösung von den Bemühungen der Mutter um die Versorgung des kindlichen Körpers folgt. Jede Phase dieser Loslösung geht mit einem Verlust an direkter libidinöser Befriedigung von Seiten der Mutter einher,

und parallel zu dieser Loslösung wird ein Körperbild zusammengefügt und internalisiert, das am Ende den Genitalapparat des Kindes einschliesst. Erst später, im Gefolge der Pubertät, d.h. der nochmaligen Veränderung des Körperbildes, erfolgt dann die Identifizierung des Körpers mit dem des ödipalen Elternteils und mit dessen Fähigkeit zur Fortpflanzung. ...Die puberalen Veränderungen des Körpers sind der Beginn einer neuen und entscheidenden Phase der Loslösung vom mütterlichen Körper und von der körperlichen Versorgung durch die Mutter“ (Laufer und Laufer, 1984).

Am Ende der Entwicklung des Körperbildes steht also die Integration eines erwachsenen weiblichen oder männlichen sexuellen Körpers, eines reifen und damit funktionsfähigen Genitalapparates. Und auf jeder Stufe dieser Entwicklung können Störungen auftreten, die den Wandel des unbewussten Bildes des Körpers blockieren. Störungen, durch welche die Wahrnehmung des ausgewachsenen Körperschemas beeinflusst wird. Störungen, die – folgen wir den Ausführungen von Laufer und Laufer – das erwachsene Subjekt in einem Körperbild verharren lassen, in dem es sich phantasmatisch näher beim Mutterkörper wähnt, weil es sich von diesem nie wirklich hat trennen können. Und solch gestörter Loslösungsprozess kann mit einer spezifischen, fehlenden oder nur mangelhaft entwickelten Fähigkeit der Mutter (und später auch des Vaters) in hohen Masse in Verbindung gebracht werden, der Fähigkeit nämlich, das Kind adäquat zu spiegeln. Ist es doch die Beschaffenheit des mütterlichen und – erst sekundär - des väterlichen Spiegels, die darüber entscheidet, wieweit es dem Kind, und später dem Jugendlichen, gelingt, sich den eigenen Körper anzueignen und sich damit vom Körper der Mutter zu lösen. Bevor wir aber darauf zu sprechen kommen, möchten ich mittels einiger Beispiele, die Unterscheidung von Körperschema und Körperbild und deren Interaktion veranschaulichen.

Eine unauffällige junge Patientin mittleren Alters litt an einer zu grossen Brust (Mammhyperplasie), welche Beschwerden wie therapieresistente Rückenschmerzen, Einschneiden der Brassièrreträger, Hautentzündungen der Brustunterfalte und Einschränkung der Bewegungsfreiheit bei Sport und Arbeit zur Folge hatte. Eine Brustverkleinerung war unumgebar und wurde operativ durchgeführt. Die Patientin fühlte sich nach dem Eingriff psychisch und physisch nachhaltig entlastet. Die Operation ermöglichte ihr, sich in ihrem Körper wieder wohl fühlen zu können. Das Körperschema der Patientin war zwar beeinträchtigt, das unbewusste Körperbild eines erwachsenen, weiblich - differenzierten Körpers jedoch intakt.

So verhält es sich mit vielen körperlichen Veränderungen, welche keinen physischen Krankheitswert aufweisen (wie im obigen Beispiel) und dennoch die körperliche Integrität und somit das Körperschema stören. Als Beispiele seien hier Patientinnen und Patienten mit einer ausgeprägten Elastose (Gesichtsfalten) oder hängende Augenlidern erwähnt, oder Patientinnen mit ausbleibender oder fehlerhafter Entwicklung der Brustdrüse. Der Entscheidung zur Operation liegt eine Entscheidung für den Körper zu Grunde. Es kann von Beeinträchtigungen des Körperschemas bei gesundem Körperbild ausgegangen werden, was sich auch daran zeigt, dass solche Patientinnen und Patienten die plastische Chirurgin in der Regel lediglich für diesen einen Eingriff aufsuchen.

Ein weiteres Beispiel: Eine junge Frau im Teenager-Alter meldete sich wegen ihrer wachsenden Brust, welche sie operativ verkleinert haben wollte. Die Brust war zwar groß, jedoch in keiner Weise übergross, somit auch nicht von irgendwelchen

körperlichen Beschwerden begleitet. Was im Gespräch aber deutlich wurde, war ein Gefühl der Patientin, mit ihrem heranwachsenden Körper nicht zu recht zu kommen, über dessen erotische Ausstrahlung zu erschrecken. Nach mehreren beratenden Gesprächen wurde klar, dass ödipale Schuldgefühle diese junge Frau zur plastischen Chirurgin führten, eine Angst vor Rache der ödipalen Objekte über das Erwachen eigener sexueller Potenz. Dies zeigte sich auch darin, dass schon ein Jahr später mit fortschreitender Adoleszenz ein operativer Eingriff kein Thema mehr war. Die Patientin hatte anlässlich der ersten Konsultation zwar schon im Körperschema einer praktisch ausgewachsenen Frau gelebt, ihr Körperbild war aber noch demjenigen eines ödipalen Kindes verhaftet gewesen.

Ganz anders verhält es sich bei folgendem Fall:

Eine transsexuelle Patientin mittleren Alters meldete sich notfallmäßig in der chirurgischen Praxis. Sie litt unter einem Protheseninfekt der rechten Brust nach beidseitiger Brustvergrößerung und wollte den zuvor behandelnden Chirurgen nicht mehr aufsuchen. Die Brustprothesen waren von beträchtlicher Größe. Der lang anhaltende Infekt hatte eine Begleitentzündung der Gelenke verursacht, was das Gehen beinahe verunmöglichte. Es erfolgte die Entfernung der infizierten Prothese und eine Behandlung des Infekts. Später wurden normal große Prothesen implantiert.

Die Patientin berichtete von mehr als 20 zurückliegenden ästhetisch-chirurgischen Eingriffen. Die Serie nahm ihren Anfang mit der Geschlechtsumwandlung von Mann zu Frau. Sie war von Komplikationen begleitet. Weitere Operationen folgten: Facelifting, Augen- und Nasenkorrektur, Hüftimplantate, Gesäßkorrektur, Lippenaufspritzung, Kinnkorrektur, Bauchdeckenstraffung. Einige verliefen problemlos, andere hatten erneute Komplikationen zur Folge.

In den wenigen Gesprächssitzungen, die möglich waren, wurde klar, dass es hier um eine Attacke auf das Körperschema bei schwer beeinträchtigtem unbewussten Körperbild ging. Dabei ist es mir wichtig zu betonen, dass die Transsexualität alleine nicht primär mit einem pathologischen unbewussten Körperbild einhergehen muss.

Wie aus den Beispielen ersichtlich, weisen plastisch-chirurgische Patientinnen und Patienten das ganze Spektrum von gesundem bis zum schwer gestörten Körperbild auf. Und wie oben erwähnt, gehen wir bei dessen fehlender Wandlungsfähigkeit von einer nicht erfolgten oder nur partiell erfolgten psychischen Loslösung des kindlichen Körpers von demjenigen des Primärobjekt aus, und wir führen diese Entwicklungsschwierigkeit in hohem Masse auf problematische Spiegelungsprozesse in der Mutter-Kindbeziehung zurück.

Somit gilt es, den Spiegel zu untersuchen. Der Spiegel, welcher jeden von uns mit seiner „nie ganzen“ (Dolto, 1984) Körperlichkeit konfrontiert. Der Spiegel – wörtlich und metaphorisch – der gleichzeitig dem Kind bzw. dem Jugendlichen behilflich ist, sein Körperbild in jeder Entwicklungsphase von neuem narzisstisch besetzen zu können. Spiegelungsprozesse, welche bei der Herstellung und Stärkung eigener Identität lebenslang von grosser Bedeutung sind. Misslungene Spiegelungsprozesse, die gerade Patientinnen und Patienten in der ästhetischen Chirurgie oft stark beschäftigen. Deren Leiden spielt sich vor dem Spiegel ab und deren grosse Frage lautet: Was sehe ich im Spiegel? Wie sieht der Spiegel mich? Mit anderen Worten: Wer bin ich?

Das sich verändernde Körperbild als Abbild der psychosexuellen Entwicklung und die Art und Weise des Gespiegelt worden Seins sind also eng miteinander verknüpft.

Wobei hier zu betonen ist, dass das Spiegeln sich in einem visuellen Vorgang zentriert, der Spiegelungsvorgang aber auch körperlich und sprachlich verstanden werden muss.

Der Spiegel

Als "Medium" der Widerspiegelung eigener Unzulänglichkeit, aber auch der Versicherung der eigenen Person, der Selbstrepräsentation des Subjekts, nimmt der Spiegel eine zentrale Rolle in der Wahrnehmung des eigenen Körpers ein. Und als prototypische Situation aller Spiegelungsprozesse im Sinne der aufkommenden Fähigkeit zur Wahrnehmung einer dritten Dimension, welche Loslösung erst möglich macht - kann das Spiegelstadium nach Lacan betrachtet werden.

Lacan beschreibt in seiner Arbeit „*Das Spiegelstadium als Bildner der Ich-Funktion*“ bekanntlich als erste, das eigene Ich konstituierende Identifikation, den Vorgang, der das kleine Kind sein Bild im Spiegel oder einer spiegelnden Oberfläche als die Widerspiegelung seiner eigenen Person, seines eigenen Körpers erkennen lässt (Lacan, 1949). Die Folge dieses Erkennens ist die Identifikation mit dem Spiegelbild und damit die Antizipation der dem Kind zu diesem Zeitpunkt noch fehlenden motorischen und mentalen Einheit – eine in die Zukunft weisende Verheissung narzisstischer Ganzheit, vom Kind erblickt und nunmehr als Vergleichsgrösse genommen. Ein Ideal-Ich, in Anbetracht dessen das Kind aber angesichts seiner noch real vorhandenen Ohnmacht auch wieder zusammenbricht.

Was heisst – und lebenslang heissen wird: Im Spiegel erscheint stets die Diskrepanz von Ideal-Ich und vermeintlich realem Bild.

Was aber ebenfalls heisst: Im Spiegel hat eine Gestalt Form angenommen, die zum Kind selbst gehört und neben dem Erfahrungsfeld des mütterlichen Körpers zu existieren anfängt. Eine Gestalt, zu der die Mutter jedoch den Zugang vermittelt, indem sie deren Eigenheiten benennt. Die Wahrnehmung des Spiegelbildes als Abbildung seiner selbst findet somit immer(!) unter Anerkennung des andern, im Allgemeinen der Mutter, statt. Und die Art und Weise dieser mütterlichen Anerkennung - oder Nicht-Anerkennung – aber eine sehr verschiedene sein kann, was ein Schlaglicht auf die mütterliche Spiegelungsfähigkeit wirft, was entscheidende Konsequenzen darauf hat, wie das Kind sich im Spiegel zu sehen lernt.

Auf alle Fälle verhilft die Identifikation mit diesem Bild dem Kind, sich erstmals in seiner eigenen körperlichen Integrität wahrzunehmen – es ist nicht nur Körper, es beginnt auch einen Körper zu haben. Der Körper erscheint als Objekt. Ein entscheidendes Moment der Subjektwerdung, der Begründung des Ichs als eines körperlichen (Freud, 1923) wird vollzogen.

Damit ist eine Differenz gesetzt. Mit dem sich selbst zur Kenntnis nehmen eröffnet sich eine wichtige Grenzerfahrung. Die eigene, über den Spiegel vermittelte Körperlichkeit dient als Anfang der psychischen Trennung vom mütterlichen Körper, als Anfang der Trennung von Innen- und Aussenraum, von Ich und Nicht-Ich, als Anfang der allmählichen Realisierung vom Besitz eines eigenen Geschlechts. Somit ist sie die Basis für die sekundäre Identifizierung mit den Objekten, und letztendlich für das sich auf den Weg machen in die ödipale Situation. Die Identifikation mit sich selbst bildet die Grundlage für die weitere Strukturierung und Stärkung des Ichs (Freud, 1923).

Winnicott, gemäss seinen Worten durch die Arbeit Lacan's inspiriert, beschreibt eine diesem dreidimensionalen Entwicklungsschritt symbolischer Aneignung vorausgehende duale Situation, indem er als Vorläufer des Spiegels das Gesicht der Mutter in dessen Affekt spiegelnden Funktion definiert – ein durch die Bindungsforschung mittels des Begriffs der markierten Spiegelung (Fonagy und Target, 2002) bestätigter Sachverhalt. Er schildert in der bekannten Arbeit „Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung“ (Winnicott, 1971) anhand der – wohl depressiven – Mutter, deren Gesicht allzu stark von eigenen Stimmungen beherrscht und erstarrt ist, ein in den Spiegel Schauen des Kindes, welches davon geprägt ist, dass es sich (im mütterlichen Gesicht) selbst nicht wieder sieht. Winnicott unterscheidet zwischen in einen Spiegel hineinschauen und einen Spiegel anschauen. „Bleibt das Antlitz der Mutter ohne Antwort, so wird das Kind zwar lernen, dass man Spiegel anschauen kann, es wird aber nicht begreifen, dass man in Spiegel hineinschauen kann“ (Winnicott, 1958 und 1971).

Hineinschauen - ein Spiegel, der aufnimmt und zurückgibt und somit als symbolische Potentialität genutzt werden kann. Anschauen – ein Spiegel, der Oberfläche bleibt und keine Antwort gibt, der den Betrachter selbst anschaut und vor dem man bestehen muss. Ein Spiegel, der gar zum Verfolger werden kann.

Damit charakterisiert Winnicott den Unterschied zwischen einem räumlichen (dreidimensionalen) und einem platten (zweidimensionalen) Geschehen innerhalb der Mutter-Kind-Dyade, einem, das Selbstbesetzung und Entwicklung ermöglicht und einem, das im Statischen verharren lässt und kindliche Ablösung blockiert.

„Wenn ich sehe und gesehen werde, so bin ich. Jetzt kann ich mir erlauben, um mich herumzublicken und zu sehen. Ich sehe jetzt kreativ: Was ich betrachte, nehme ich auch wahr“ (Winnicott, 1971).

Unser Thema betreffend könnte man Folgendes hinzufügen: Wenn ich nicht sehe und vor allem wenn ich nicht gesehen werde, so bin ich nicht, ich subjektiviere mich nicht – sei dies auf Grund einer depressiven oder anderweitig mit sich selbst beschäftigten Mutter. Ich lerne nicht das Betrachtete wahrzunehmen, auch nicht mich selbst, und es entwickelt sich in mir ein tiefes Gefühl der Nicht-Existenz und der Scham. Schamgefühle als Ausdruck des fehlenden liebevollen Blicks einer verinnerlichten Idealität, als Gegenteil des liebenden Erkennens und erkannt Werdens (Krause, 2001). Schamgefühle über eine körperliche Existenz, der es nicht ausreichend gelungen ist, den wichtigen Andern für sich einzunehmen und sich in der eigenen Körperlichkeit entsprechend besetzen und unabhängig machen zu können. Schamgefühle, notwendige Entwicklungsschritte und Sublimationsprozesse nicht vollzogen haben zu können. Schamgefühle schließlich, ein erwachsenes Körperschema aufzuweisen, dessen libidinöse Besetzung durch unbewusste infantile Körperbilder geschwächt oder gar verunmöglicht wird. Schamgefühle, welche bei vielen plastisch-chirurgischen Patientinnen und Patienten hintergründig von großer Bedeutung sind.

Bevor wir nun auf zwei weitere Fallvignetten, den verinnerlichten Spiegel betreffend, zu sprechen kommen, möchten ich das bisher Gesagte nochmals zusammenfassen und unsere Grundhypothese formulieren.

Der Blick in den Spiegel – ob in den realen, durch den Blick eines Elternteils vermittelten oder ins spiegelnde Gesicht des Elternteils selbst – stellt ein in

Abhängigkeit von der Qualität dieser Spiegelung in unterschiedlichem Grade auf das kindliche Selbst verweisender und damit in unterschiedlichen Masse Entwicklung und Kohärenz ermöglichender Vorgang dar, der, ab Durchlaufen des Spiegelstadiums, von einem subjektiven Standpunkt aus das Kind (und den späteren Erwachsenen) stets daran erinnert, wer man ist, wer man nicht ist und wer man gerne sein möchte.

Das unbewusste Körperbild, unsere „unbekannte begehrende Identität“ (Dolto, 1984) ist eine Bild des eigenen Körpers, welches sich in seinem Begehren und begehrt werden gerade in diesem – zunehmend internalisierten und individuell unterschiedlich beschaffenen - Spiegel in jeder psychosexuellen Entwicklungsphase von Neuem entwirft und narzisstisch besetzt, welches aber auch auf einer Entwicklungsstufe stehen bleiben kann.

Das Körperschema entspricht dem „aktuellen Körper“, dessen Wahrnehmung durch das unbewusste Körperbild beeinflusst wird und welches – dies unsere These – von gewissen Menschen operativ verändert werden möchte, konnte ein Wandel des Körperbildes bis zur Integration des erwachsenen sexuellen Körpers nicht zugelassen werden. Damit versucht das Subjekt ohne es zu wissen, dem fixierten, unbewusst aktiven Körperbild Genüge zu tun.

Oder anders gesagt: Ob sich im Subjekt das Gefühl entwickeln konnte, einen Raum zur Verfügung gestellt zu haben, in dem es sich spiegelnd wahrnehmen kann, in den es hineinschauen kann ohne aber hineinzufallen – eine Art von libidinösem Spannungsfeld, welches schließlich einen innerpsychischen Spiegelungsraum entstehen lässt - scheint für die Symbolisierungsfähigkeit und damit für die Entwicklung des Körperbildes und dessen mehrfach notwendiger narzisstischer Besetzung von großer Bedeutung zu sein. Das Dilemma narzisstisch gestörter und oftmals in der ästhetischen Chirurgie anzutreffender Patientinnen und Patienten besteht in der Verinnerlichung eines mütterlichen Spiegels, der keinen solchen Raum entstehen und sie an einem infantilen Körperbild festhalten lässt.

Es folgt ein Ringen darum, angeschaut und gesehen, bei gleichzeitiger Panik und Scham, in diesem unbewusst als zutiefst mangelhaft wahrgenommenen Körperbild, welches die Mutter – als verinnerlichter Idealität - nie genügend für sich hat einnehmen können, erkannt zu werden. Damit bleibt das Subjekt am konkreten, das mütterliche Gesicht repräsentierenden Spiegel kleben - in der steten Hoffnung, erkannt zu werden und eine Antwort zu erhalten, in der steten Hoffnung, das mütterliche Begehren entziffern zu können. Dies führt zu einem beständig den Spiegel anschauen müssen, was die Integration der narzisstischen Spiegelerfahrung, im Sinne einer letztendlichen Erfahrung von Differenz, und damit ein psychisches Weiterschreiten, im Sinne auch des weiteren Wandels des Körperbildes, erschwert. Mittels plastisch-chirurgischer Operation nun kann versucht werden - damit unsere These wiederholend – das Körperschema mit diesem unbewusst wirksamen Körperbild in Übereinstimmung zu bringen. Ein Versuch der Angleichung des Äußeren an die eigene Identität, ein Versuch der auch von einer großen Ambivalenz begleitet sein kann.

Beispiel:

Frau D., eine gertenschlanke, knabenhaft wirkende und intelligente Patientin mittleren Alters - schon in jungen Jahren in suchtartiger Weise mit ihrem Aussehen beschäftigt und, um sich stets anschauen zu können, in der eigenen Wohnung von diversen Spiegelwänden umgeben – beginnt aus Scham über das Älterwerden, sich ästhetisch-chirurgischen Eingriffen zu unterziehen. Von diversen Faceliftings, Lippenaufspritzung bis zu Fettabsaugen wird alles durchgeführt. Ihr zunehmend kindlich entstelltes

Äußeres nimmt sie nicht wahr, jedoch leidet sie unter Depressionen, weshalb sie sich in psychotherapeutische Behandlung begibt.

Die Exploration lässt die Geschichte eines narzisstisch missbrauchten Kindes aufleben: Frau D. war die Tochter einer „schönen“ Künstlerin, welche als Mutter emotional kalt agierte und in ihrer spiegelnden Funktion mehr mit sich selbst, als dem Kind beschäftigt zu sein schien. Auch der väterliche Blick auf die ödipale und adoleszente Tochter war kühl und gestreng. Frau D. hatte kaum einen liebevollen Spiegel erlebt. Es blieb beim die Mutter Anschauen und deren Schönheit bewundern und am mütterlichen Blick hängen bleiben.

Im Laufe der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie wird klar, dass dem suchartigen Streben von Frau D. nach einem jugendlich-kindlichen Äußern ein präödipales Körperbild zu Grunde liegt - noch nicht richtig Mädchen, irgendwie auch Junge, also weiblich noch nicht klar differenziert, und – was Anforderung der Adoleszenz gewesen wäre – ohne Integration der Vagina als funktionstüchtigem Organ. Trotz regen Geschlechtsverkehrs wird Letztere als „empfindungslose Röhre“ wahrgenommen.

Womit die Psychodynamik hinter den plastischen Operationen (und Abmagerungskuren) zunehmend verstanden werden kann, nämlich als nicht enden wollender Versuch von Frau D., dieses präödipale Körperbild zu bedienen. Denn einzig ihm wird die Möglichkeit zugesprochen, für immer bei der idealisierten Mutter bleiben zu können - in der unbewussten Hoffnung, im eigenen Begehren gefunden und darin gespiegelt zu werden, in der unbewussten Hoffnung auch, von Letzterer selbst begehrt zu werden, im unbewussten Ausweichen zudem vor ödipaler Rivalität. Denn Rivalisieren mit der Mutter – so Frau D - hätte bedeutet, mehr abgegrenzt von dieser zu sein und sich damit als kleines, um den Vater werbendes Mädchen der Gefahr eifersüchtiger mütterlicher Vernichtung auszusetzen. Rivalisieren mit der Mutter hätte aber auch bedeutet, vom ödipalen Vater in der eigenen Liebeswerbung möglicherweise kühl zurückgewiesen zu werden.

Frau D.s Verharren in einem kindlichen Mädchen-Junge-Körperbild, ein Verharren, das den Versuch enthielt, Zeit und Veränderung still halten zu wollen (Bell, 2006), konnte als Kompromisslösung in einer sich ausweglos darstellenden Situation verstanden werden.

Nun setzten unsere bisherigen Ausführungen die Existenz eines internalisierten Spiegels und damit die Existenz einigermaßen gefestigter Selbst- und Objektrepräsentanzen voraus, was auch bei Frau D. zutrifft. Es gibt aber Fälle, wo ein (psychischer) Spiegel im eigentlichen Sinne gar nicht zu existieren scheint, der Blick der Mutter von allzu projektiver, also einsaugender oder wegstossender Natur gewesen war. Das bedeutet – der Spiegel ist zerstört. Dies hat notgedrungen erhebliche Auswirkungen auf die Entwicklung des unbewussten Körperbildes und der damit einhergehenden unbewussten Phantasien (Lemma, 2009, 2010).

Das zweite Beispiel: Die 50-jährige Frau S. wird vom Chirurgen mit der Diagnose einer Dismorphophobie zur psychotherapeutischen Behandlung überwiesen. Sie hat ihn mit dem Wunsch nach Lippenkorrektur aufgesucht, jedoch stellten sich diese Lippen als unauffällig dar. Die Patientin hat sich schon mehreren ästhetisch-chirurgischen Eingriffen, welche hauptsächlich das Gesicht betrafen, unterzogen. Dies verhalf Frau S zu einer babyhaft, glatten Haut.

Was in der Exploration nach Kurzem auffällt, ist die symbiotische Beziehung der allein stehenden und sozial völlig isolierten, beruflich aber kompetenten Frau zu ihrer eigenen Mutter, mit der praktisch alle Freizeitaktivitäten gemeinsam unternommen werden und

die sie als ihr sehr ähnlich aussehend beschreibt – man hält sie gelegentlich für Schwestern. Der Vater der Pat. ist schon in ihrer frühen Kindheit verstorben.

Erst im Laufe der Monate wird dann deutlich, dass Frau S. unter latent paranoid-psychotischen Zuständen leidet und eigentlich psychotherapeutischer Arbeit nicht zugänglich ist. Und nochmals später ergibt sich, dass auch deren Mutter schon während der Kindheit von Frau S. an psychotischen Episoden erkrankt war. So kann die Bedeutung der geplanten Mundoperation während dieser supportiv ausgerichteten Behandlung lediglich in hypothetischer Annäherung erfasst werden - mittels Wahrnehmung der im Therapeuten aufkommenden Gegenübertragungsphantasien. Denn der „Fischmund“ (Worte von Frau S.), den sie aus ihrem „hässlichen“ Mund geformt haben möchte, lässt in ihm wiederholt das Bild eines an der mütterlichen Brust gierig saugenden, ja festgesaugten Babies aufkommen. Ein Mund ähnlich einem trichterförmigen Saugnapf, der mittels operativem Eingriff noch haftungsfähiger gemacht werden soll.

Diese Phantasie passt denn auch zum zunehmend stärker werdenden Eindruck, welcher kleinkindlich psychischen Zustand Frau S. anstrebt, - vollkommen schutzlos und in absoluter Unabgelöstheit von der Mutter. Gleichzeitig bekommt ein weiterer Eindruck vermehrt Gewicht, derjenige nämlich, dass Frau S. mittels dem Kampf um eine perfekte Gesichtshaut auch verzweifelt um eine erste Grenze, einen ersten Spiegel, zwischen sich und der Mutter ringt.

Die Manipulationen am Körper als Ausdruck einer archaischen Ambivalenz.

Frau S. ist nie in der Lage gewesen, ein eigentliches Spiegelstadium und damit das Gefühl abgegrenzter Körperlichkeit zu durchlaufen. Sie lebt nach wie vor in einem vom Unbewussten ihrer Mutter entworfenen Körperentwurf, Dolto nennt dies den imaginären Körper (Dolto, 1984). Der Entwurf lautet auf Beibehaltung eines gemeinsamen Haut-Ichs (Anzieu, 1991), eines kindlichen Körpers, der zur Mutter hin offen bleiben soll und von Frau S. mit dem oralen Körperbildes des haftenden Mundes beantwortet wird. Ein getrenntes Körperdasein - eine Hülle, die etwas Inneres umschließt und Subjektivität ermöglicht hätte – ist nicht möglich. Hier ist ein psychotisches System am Werk, das eigentliche Spiegelung als erste Grenzziehung und Erfahrung von Differenz verbietet. Neben dem Agieren einer oralen Saugphantasie sind die schönheitschirurgischen Eingriffe von Frau S. aber wie gesagt auch als Rettungsversuche zu verstehen. Mittels wiederholten Veränderungen am Gesicht – der Kreation von glatten, flachen und makellos spiegelnden Oberflächen - wird versucht eine erste Grenze zu schaffen und damit psychotische Fragmentierungs- und Vernichtungsängste abzuwenden.

Bei solchen Patientinnen, wie Frau D. und Frau S., wo der Blick der Mutter als kalte respektive jegliche Grenzen überschreitende und damit zerstörerische Größe repräsentiert ist, wird körperliche Sinnlichkeit mittels der schönheitschirurgischen Eingriffe oftmals geradezu vernichtet, der Körper seiner (erwachsenen!) Sexualität beraubt, was eine Maskerade entstehen lässt. In Korrespondenz mit einem unbewussten Körperbild, das vornehmlich präödiapale Wünsche zu befriedigen sucht, strebt das Subjekt einen makellosen Körper an, der anderem als einer befriedigenden, sexuellen Erfahrung dienen soll. Man gewinnt in der klinischen Arbeit den Eindruck, dass diese Patientinnen – falls sie überhaupt eine intime Beziehung unterhalten – praktisch immer unter schweren sexuellen Einschränkungen leiden. Die häufig gehörte Meinung, mittels der Schönheitsoperation werde vermehrte erotische Attraktivität im Sinne eines Wunsches nach erhöhter Chance befriedigender sexueller Erlebnisse angestrebt, trifft dabei nicht zu. Wie ersichtlich, ist hier Sexualität im Sinne der befriedigenden genital sexuellen Begegnung zwischen zwei erwachsenen Menschen

kaum vorstellbar, konnte doch - falls das Gefühl einer abgegrenzten Körperlichkeit überhaupt installiert - weder die ödipale Erkenntnis, definitiv nur einem Geschlecht anzugehören, noch die Repräsentanz eines funktionstüchtigen erwachsenen Geschlechtsorgans ins eigene Körperbild integriert werden.

Das Schönheitserlebnis als Erfahrung von Verwandlung

Eines ist allen geschilderten Fällen gemeinsam, welche unbewussten Motive auch immer hinter dem Wunsch zum chirurgischen Eingriff stehen, welches unbewusste Körperbild auch immer im Einzelnen aktiv ist: Diese Menschen wollen schöner werden und sich äusserlich verändern.

Ich möchte zum Schluss darauf eingehen, worin sich denn das Erlebnis von Schönheit überhaupt auszeichnet und welche emotionale Erfahrung die Menschen machen, die sich einer Schönheitsoperation unterziehen. Dies umso mehr, als fast einhellig von einem Glücksgefühl, dem Gefühl der zumindest vorübergehenden Erlösung, nach gelungener Schönheitsoperation berichtet wird.

Für Freud gründete Schönheit auf dem Boden sublimierter Sexualerregung, dem sexuell Reizenden. Er betonte, dass wir die Genitalorgane, deren Anblick die stärkste sexuelle Erregung hervorruft, in der Regel nicht als schön empfinden. Die visuelle Wahrnehmung richte sich auf die sekundären Geschlechtsmerkmale und ihre Verhüllung. Freud spricht vom sexuell betonten Schauen, von einer Sublimation, die durch den Genuss an der Schönheit bestimmt sei und einen besonderen, milde berausenden Empfindungscharakter besitze. (Freud, 1930).

Diesen berausenden Empfindungscharakter des Schönheitserlebnisses haben spätere Psychoanalytiker weniger auf einen sublimatorischen Vorgang sexueller Erregung zurückgeführt, sahen sie das Schönheitsempfinden, das ästhetische Moment, doch vielmehr begründet in der Beziehung zum Primärobjekt. Die Sehnsucht nach der Begegnung mit einem Objekt, das alle Eigenschaften des Idealen und Erhabenen besitzt als Grundlage des Gefühls der Schönheit.

So beschrieben Otto Rank (Rank, 1932), Hans Sachs (Sachs, 1942) und Hanna Segal (Segal, 1952, 1957) ästhetisches Empfinden in unbewussten Phantasien gründend, in denen Ängste und Spaltungen der inneren Welt mittels einer solchen Begegnung transzendiert werden, um einen Zustand von Kohäsion, Harmonie und Wohlbefinden zu ermöglichen – das Schönheitserlebnis als ein Vorgang der Integration (Hagmann, 2002).

Auch Christopher Bollas (1978, 1987) sieht die ästhetische Erfahrung als Neuinszenierung einer präverbalen Erinnerung aus einer Zeit, in der der Säugling die Mutter als ein Objekt der Verwandlung erlebte; sei es beim Gestillt Werden, dem Übergang vom quälenden Hungerzustand in den wohligen Zustand des Gesättigtseins, sei es bei der Beruhigung des verzweifelten Säuglings in den Armen der Mutter. Das Flehen nach Erlösung wird erhört. Die Mutter dient als Verwandlungsobjekt und damit als Grundlage späterer ästhetischer Erfahrungen des Erwachsenen. Erfahrungen, während denen das Individuum vorübergehend eine tiefe subjektive Beziehung zum Objekt verspürt und eine Verwandlung in sich wahrnimmt. Es handelt sich – so Bollas - um einen Ich-Zustand, der im frühesten Seelenleben des Menschen gründet, um eine existentielle Erfahrung des Seins.

Im Bezug auf ästhetisch-chirurgische Operationen könnte das Folgendes heißen: Das Subjekt nimmt seinen Körper oder einen Teil seines Körpers als nicht ins eigene Körperschema integriert, als entwertet oder gar verstoßen war. Die Gründe hierfür sind mannigfaltig und unterlegt von der Aktivität des jeweiligen Körperbild, welches das Subjekt den eigenen Körper individuell verschieden besetzten lässt. Körperliches kann dem Körper nicht zugesprochen, im Bezug auf die dahinterliegende psychische Problematik - so denn eine vorliegt - keine Symbolisierungs- also Veränderungsarbeit geleistet werden. Mittels Schönheits-Operation wird nun der Versuch unternommen, einen Weg im Konkreten zu finden, um ein Gefühl von Ganzheit und Integration zu erlangen. Eine Verwandlung wird angestrebt. Als Verwandlungsobjekt dient hierbei nicht nur der Chirurg sondern auch der operierte Körper selbst. Mittels Hingabe an dessen Schönheit findet – zumindest vorübergehend – Erlösung statt, wird das Flehen erhört.

Nicht nur der operative Eingriff selbst, sondern auch die Hingabe an dessen Objekt – den schönen Körper – führt zur Erfahrung von Verwandlung. Das desintegrierte Selbst erlebt sich vorübergehend erlöst und wiederhergestellt. Der operierte Körper hat das Subjekt gerettet. Und diese Rettung – bei infantil fixiertem Körperbild – auch der Versuch der Rettung vor einer anstehenden Entwicklungsaufgabe sein kann, also eine Flucht. Die Operation, falls gelungen, erzeugt ein temporäres Gefühl der Ganzheit, der Unversehrtheit. Es kann mit einem Gefühl der Zufriedenheit, ja in gewissen Fällen des Jubilierens vor den Spiegel getreten werden. Das unbewusste Körperbild bleibt jedoch unverändert.

Schlussfolgerung

Wie stark der Drang ist, sich schönheitsmässig verwandeln zu wollen, an der Perfektion des vermeintlich idealen Objekts teilzuhaben (Hagmann, 2002), und wie suchartig dieser Drang daherkommt, hängt also in entscheidendem Masse davon ab, wovor das Subjekt mittels operativem Eingriff gerettet werden möchte, wovon es erlöst werden will, was es unbewusst erstrebt.

Hier zeigt sich die ganze Palette von psychischer Gesundheit bis zu schwerer Pathologie. Sie definiert sich dadurch, ob im Subjekt ein gesundes Körperbild sich hat aufbauen können – bzw. bei jugendlichen Patienten – aufbauen kann, also eine freundschaftliche Beziehung zum eigenen Körper besteht, oder ob der Körper bzw. das Körperschema zur Lösung unbewusster Konflikte im Zusammenhang mit der psychosexuellen Entwicklung zu benutzen versucht wird, was bis zu Attacken gegen letzteres führen kann. Sie definiert sich also dadurch, ob es dem Subjekt gelungen ist bzw. gelingt, den erwachsenen weiblichen oder männlichen Körper ins unbewusste Körperbild zu integrieren. Daraus ergibt sich, dass die Beweggründe für den Entschluss zur Schönheitsoperation - und zwar zu exakt derselben Schönheitsoperation - sehr verschiedene sein können.

So bedeutet es – um ein abschließendes Beispiel aus der chirurgischen Praxis zu geben - ein entscheidender Unterschied, ob die erlösende Wirkung des schönheitschirurgischen Eingriffs darin besteht, dass sich eine Frau die Brust vergrößern lässt, weil letztere nach dem Abstillen des zweiten Kindes wie weggeschmolzen war, die narzisstische Besetzung ihres erwachsenen weiblichen Körpers aber grundsätzlich gut ist und sie über eine gefestigte psychosexuelle Identität

verfügt, oder ob sich eine junge Frau die – zwar kleine aber durchaus wohlgeformte - Brust vergrößern lassen will, um damit eine von ihr verachtete und als schwach erlebte Mutter wegzustoßen. Und die Patientin mittels der erwünschten Operation nicht nur versucht, die Mutter auszustechen sondern auch eigene Weiblichkeit künstlich zu konstruieren - eine junge Frau, welche noch darum ringt, den sexuellen Körper als ihr gehörig und abgelöst von den ödipalen Objekten ins eigene Körperbild zu integrieren. Zweimal dieselbe Operation – ganz verschiedene Beweggründe.

Rettungs- und Erlösungsversuche können mittels plastisch-chirurgischer Operation auf vielen Ebenen stattfinden: Die Rettung vor der Angst, sich psychisch vom Körper des Objektes überhaupt ablösen zu müssen, die Rettung vor ödipalen Schuldgefühlen und Kastrationsängsten, die Rettung vor der Tatsache, in einen erwachsenen Körper hineinwachsen zu müssen, die Befreiung aber auch ganz einfach von etwas Störendem, das man schon lange bereinigt haben wollte, ohne dass davon das unbewusste Körperbild tangiert wäre. Und in allen Fällen kann postoperativ ein Gefühl der Entlastung vorhanden sein.

Hinzu kommt, dass das chirurgische Szenarium an sich im Sinne einer – zuwendenden oder gar sexuell verstandenen - Manipulation am Körper als erlösende, ja gar befriedigende und erfüllende Erfahrung erlebt werden kann. Ein Gesichtspunkt, auf den wir im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter eingehen konnten (Umbricht, 2006).

Was ich sagen will ist Folgendes: Das Jubilieren nach gelungener Schönheitsoperation beim Blick in den Spiegel heißt noch gar nichts - trotz des Gefühls der Verwandlung. Es sagt nichts aus über die wirkliche Motivation zur Operation und die unbewusste Wirkung des durchgeführten Eingriffs; dass ein solcher – in Kommunikation mit der unbewussten Aktivität eines infantilen Körperbildes – auch verstümmelnder Qualität sein kann und als solcher dann wohl irgendwo auch wahrgenommen wird, auch wenn dessen messerscharfes Resultat auf bewusster Ebene begrüßt und gutgeheißen, ja gefeiert wird.

Die entscheidende Frage ist, wie weit der Körper, der vom mütterlichen abgegrenzt wahrgenommene und damit in gewissem Sinne zur eigenen Mutter gewordene Körper, der männlich oder weiblich differenzierte und letztendlich sexuell funktionsfähige Körper, in allen Entwicklungsstufen und Lebensabschnitten repräsentiert und gespiegelt, also symbolisiert und somit auch in seiner Mangelhaftigkeit narzisstisch besetzt werden kann, was einen innerpsychischen Spiegel voraussetzt, der Antworten gibt und nicht nur abbildet oder gar vernichtet. Dass auch zum alternden Körper eine Verbundenheit zu bewahren möglich ist – der Verlust von Jugendlichkeit und Schönheit betrauert werden kann. Die symbolisierende Distanz (Plassmann, 1993), nicht nur des Patienten sondern auch des Chirurgen selbst, ermöglicht dem Einzelnen, sich nicht allzu schnell unters Messer zu legen, ermöglicht es ihm aber auch, die Fortschritte der Plastischen Chirurgie in Anspruch zu nehmen, wird dem eigenen Körper als einem alten Bekannten etwas Gutes getan.

Literaturverzeichnis:

Anzieu D (1989). *The Skin Ego*. New Haven, CT London: Yale Univ. Press.

Balling JD, Falk JH (1982). Development of visual preference for natural environments. *Environment and Behavior* 14: 5-28.

Baugh SG, Parry LE (1991). The relationship between physical attractiveness and grade point average among college women. *J Soc Behav Pers* 6: 219-228.

Bell D (2006). Existence in Time: Development or Catastrophe. *Psychoanalytic Quarterly*, 75: 753-805

Bollas C (1978). The aesthetic moment and the search for transformation. *Ann Psychoanal* 6: 385-394.

- (1987): *Der Schatten des Objekts. Das ungedachte Bekannte: Zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung*. Stuttgart (Klett Cotta) 1997.

Buss DM (1989). Sex differences in human mate preferences - evolutionary hypotheses tested in 37 cultures. *Behav Brain Sci* 14: 519-531.

Butler J (1990). *Gender Trouble: Feminism and the subversion of identity*: New York, NY: Routledge.

Camperlain A (2000). On the Evolution of Human Aesthetic Preferences. An earlier version of this paper was presented at a conference on the Evolution of Mind, organised by the Hang Seng Centre for Cognitive Studies, University of Sheffield, June 1998. Research Article Internet.

Chiland C (1991). Castration et féminité. In: *Angoisse et complexe de castration. [Castration and feminity In: Fear and castration complex]*. Paris: Monographies de la REP, Presses Universitaire de France.

Collin M, Zebrowitz L (1995). The contribution of appearance to occupational outcomes on civilian and military settings. *J Comp Psychol* 25, 129-163.

Diehl JM (1999). Einstellungen zu Essen und Gewicht bei 11-16-jährigen Adoleszenten. [Attitude towards eating and weight in 11 to 16 year old adolescents.] *Schweizer Medizinische Wochenschrift*: 129162-75.

Dion, K. K., E. Berscheid, E. Walster (1972): What is beautiful is good. *J Pers Soc Psychol* 24, 285-322.

Dolt, F (1984). *L'image inconsciente du corps. [The unconscious image of the body.]* Paris: Edition du Seuil pp17-24, pp147-163.

Eco U (2004). *Die Geschichte der Schönheit. [The history of beauty.]* München Wien: Hanser.

Enquist M, Arak A (1994). Symmetry, beauty and evolution. *Nature* 372: 169-172.

Etcoff N (1999): *Survival of the prettiest*. New York, NY: Anchor Books.

Fink B, Penton-Voak I (2002). Evolutionary psychology of facial attractiveness. *Curr Dir Psychol Sci* 11: 154-158.

Fonagy P, Target M (2002). Neubewertung der Entwicklung der Affektregulation vor dem Hintergrund von Winnicotts Konzept des "falschen Selbst". [A reconsideration of the development of affect regulation against the background of Winnicott's concept of the "false self"] *Psyche-Z Psychoanal* 56(9): 839-862.

Fonagy P., G. Gergely, L. Jurist u. M. Target (2002): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart (Klett-Cotta) 2004.

Freud S. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. 24 vols. Trans. James Strachey et al. Ed. James Strachey. London: Hogarth, 1957-99. Referred to below as *Standard Edition*. *Civilization and its Discontents*, London and New York, 1930; S. E., XXI, 59

Dreyfus HL, Rabinow P (1994). *Michel Foucault. Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik*. p234/261. Weinheim: Belz .

Grammar K, Fink B, Möller AP, Thornhill R (2003). Darwinian aesthetics: Sexual selection and the biology of beauty. *Biol Rev* 78: 385-407.

Gilman SL, Sander L (1999). *Making the body beautiful: a cultural history of aesthetic surgery*. Princeton: Princeton UP.

Hagmann G (2002). The Sense of Beauty. *Int.J.Psycho - Anal.* 83: 661-674

Jones D (1996). Physical attractiveness and the theory of sexual selection. Results from five populations. *Ann Arbor: Museum of Anthropology, Uni. of Michigan Keating, F.C.* (2002).

Kluge N, Sonnenmoser M (2000). Schön und superschlank sein zu wollen hat seinen Preis. [] Internetpublikation der FSS, Dezember 2000, Universität Landau. Available from: www.uni-landau.de/kluge/Beitraege_zur_S.u.S/schoen_lang.pdf

Krause R (2001). Affektpsychologische Überlegungen zur menschlichen Destruktivität. p134 *Sonderheft Psyche: Zur Psychoanalyse menschlicher Destruktivität*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Lacan J (1949). The Mirror Stage as Formative of the Function of the I. In: *Écrits: a selection*, p.5. London: Routledge Classics (2001)

Langlois JH, Roggman LA, Casey RJ, Ritter JM, Rieser-Danner LA, Jenkins VY (1987). Infant preferences for attractive faces: rudiments of a stereotype? *Developmental Psychology* 23: 363-369.

Laufer M, Laufer E (1984). Adolescence and developmental breakdown. New Haven and London: Yale University Press: 95.

Lemma A (2009). Being Seen or Being Watched? A Psychoanalytic Perspective on Body Dysmorphia. *Int. J. Psychoanalysis* 90:753-771

Lemma A (2010). Copies Without Originals: The Psychodynamics of Cosmetic Surgery. *The Psychoanalytic Quarterly.*, Volume LXXIX, Nr.1: 129-157

Perrett DI, May KA, Yoshikawa S (1994). Facial Shape and Judgements of Female Attractiveness. *Nature* 368: 239-242.

Pick A (1908). *Studien zur Gehirnpathologie und Psychologie*. Berlin

Plassmann R (1993). *Grundrisse einer analytischen Körperpsychologie*. *Psyche* 47, Stuttgart: Klett-Cotta.

Rank O (1932). *Kunst und Künstler. Studien zur Genese und Entwicklung des Schaffensdranges*. Giessen: Psychosozial-Verlag (2000).

Rohde P (2006). Promiscuity, attractiveness, fondness for children, and the postponement of parenthood: An evolutionary (mal) functional analysis. Kassel: University Press.

Rhode-Dachser Ch (2007). Im Dienste der Schönheit. Zur Psychodynamik schönheitschirurgischer Körperinszenierungen. *Psyche-Z Psychoanal* 61: 97-124.

Sachs H (1942). *The Creative Unconscious*. Cambridge, MA: Sci-Art Publishers.

Schilder P (1923). *Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre des Bewusstseins des eigenen Körpers*. Berlin

Segal H (1952). A psychoanalytic approach to Aesthetics. In: Part II. In Honor of Melanie Klein pp.196-207. *Psychoanal Q* 22: 604-605.

Segal H (1957). Notes on symbol formation. In: B. E. Spillius (editor): *Melanie Klein today*. vol. 1 London: Routledge 1988: 159.

Slater AM, Von der Schulenburg Ch, Brown E, Bradenoch M, Butterworth G, Parsons S et al (1998). Newborn infants prefer attractive faces. *Infant Behav Dev* 21: 345-354.

Sullivan D (2000). *Cosmetic surgery: the cutting edge of commercial medicine in America*. New Burnswick, New Jersey: Rutgers University Press.

Thornhill R, Gangestad SW (1999). The scent of symmetry: A human sex pheromone that signals fitness? *Evolution and Human Behavior* 20: 175-201.

Umbricht RE (2006). *Psychoanalysis and Surgery*, Dissertation MSc Theoretical Psychoanalytic Studies. London: UCL.

Wallace F (1982). *The Progress of Plastic Surgery: An Introductory History*. Oxford: Willem A. Meeuws: 102-5.

Winnicott DW (1958). *Primary Maternal Preoccupation*. *Collected Papers: Trough Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York, NY: Basic: 300-305.

Winnicott DW (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications Ltd.: 130-131.

Wolf N (1992). *The Beauty Myth. How Images of Beauty are used against Women*. New York, NY: Random House.

Zeiss E (1863). *Die Literatur und Geschichte der Plastischen Chirurgie*. [Literature and history of plastic surgery.] Leipzig: Wilhelm Engelmann.