

Die Psychologie der Schönheitsmedizin vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Körpernormen

Michaela Langer

- 5.1 Einleitung – 56
- 5.2 Irreale Schönheitsideale bereiten der Schönheitsmedizin den Weg – 57
- 5.3 Der Körper als soziales, kulturelles und politisches Konstrukt – 57
- 5.4 Die Unzufriedenheit mit dem Körper als gesundheitsschädigender Normalzustand von Mädchen und Frauen – 58
- 5.5 Die Entwicklung des Körperkonzepts – 59
- 5.6 Psychologische Erklärungen zur hohen Inanspruchnahme der Schönheitsmedizin – 60
- 5.7 Die Psychologie der Schönheitsmedizin – 61
 - 5.7.1 Präoperative psychologische Merkmale von Menschen, die sich einem ästhetischen Eingriff unterziehen – 61
 - 5.7.2 Motive und Erwartungen hinter dem Wunsch nach dem Eingriff – 62
 - 5.7.3 Verwundbare Personengruppen, die einen ästhetischen Eingriff psychologisch abklären lassen sollten – 63
 - 5.7.4 Psychische Störungen mit negativem Körperbild – 63
 - 5.7.5 Postoperative psychische Veränderungen – 63
 - 5.7.6 Möglichkeiten und Grenzen der Wirkung schönheitsmedizinischer Eingriffe für Körperkonzept, Selbstkonzept und Identität – 63
- 5.8 Fazit für die Praxis – 67
- Literatur – 68

- » Warjenka war eines der zeitlosen Geschöpfe, die immer gleich aussehen, ob sie nun neunzehn, fünfundzwanzig oder dreißig Jahre alt sind. Wenn man ihr schmales, blasses Gesichtchen näher ansah, musste man sogar zugeben, dass es gut geschnitten und nicht unhübsch sei. Auch wäre ihre mittelgroße Gestalt gut gewachsen gewesen, hätten diese jungen Glieder nur ein wenig Fülle aufgewiesen. So aber war Warjenka überschlang und besaß dazu einen unverhältnismäßig großen Kopf – kurz, sie wirkte, rein äußerlich gesehen, nicht sehr vorteilhaft und ihre Anziehungskraft auf Männer war daher gering. (Leo N. Tolstoi, »Anna Karenina«)

5.1 Einleitung

Die Zahl der ästhetischen Eingriffe ist in den letzten Jahrzehnten enorm angestiegen. Es ist offensichtlich, dass die Angebote der Schönheitsmedizin den Nerv der Zeit treffen. Doch was steckt hinter diesem Versprechen der Schönheit? Warum sind immer mehr Menschen bereit, die – zumeist – vorübergehende Beeinträchtigung ihres gesunden und unversehrten Körpers in Kauf zu nehmen und einen Eingriff ohne medizinische Notwendigkeit an sich durchführen zu lassen? Warum empfinden sie ihr Aussehen als verbesserungswürdig? Woher kommt ihr inneres Bild, nach dem sie ihren Körper oder ihr Gesicht formen und verändern wollen? Welchen Mehrwert erhoffen sie sich, dass sie Schmerzen, gesundheitliche Risiken und finanzielle Belastungen auf sich nehmen, um ihrem Bild von Schönheit näher zu kommen? Und können die schönheitsmedizinischen Maßnahmen letztlich die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen und zu den angestrebten Resultaten führen?

Der kleinste gemeinsame Nenner, der all diesen Fragen zugrunde liegt, ist die Psyche. Denn es sind psychische Faktoren, die als Triebfeder hinter dem Wunsch nach einem ästhetischen Eingriff stehen. Es sind auch psychische Faktoren, die die Motive und Erwartungen an einen ästhetischen Eingriff bestimmen. Und es sind ebenfalls psychische Faktoren, die über den Erfolg oder Misserfolg einer Schönheitsoperation entscheiden.

Im Zentrum jedes schönheitsmedizinischen Eingriffs steht die Absicht, über die Veränderung des Körpers das psychische und psychosoziale Wohlbefinden zu steigern. Nicht der geschönte Körper- oder Gesichtsteil an sich ist das Ziel, sondern die damit erhoffte positive Wirkung auf die Psyche. In diesem Sinne dringen schönheitsmedizinische Eingriffe als medizinische Interventionen in komplexe psychische Dimensionen wie Selbstwert, Körper- und Selbstkonzept bis hin zur Identität vor.

Die Psychologie als Wissenschaft vom Erleben und Verhalten des Menschen kann Antworten auf Möglichkeiten und Grenzen dieser schönheitsmedizinischen Einflussnahme auf die Psyche geben. Sie liefert Erklärungen zu den Motiven und Erwartungen, die in ästhetische Eingriffe gesetzt werden. Sie kann psychische Verletzlichkeiten im Vorfeld eines ästhetischen Eingriffs aufzeigen, die zu einem vorsichtigen Einsatz von ästhetischen Behandlungen raten. Sie kann aber auch auf psychische Störungen hinweisen, die Kontraindikationen für einen Eingriff darstellen und ein negatives psychisches Erleben nach dem Eingriff wahrscheinlich machen.

Doch nicht nur die Betrachtungen rund um den schönheitsmedizinischen Eingriff sind Gegenstand der Psychologie. Lange bevor jemand erste Überlegungen über eine Schönheitsoperation anstellt, werden die Weichen dazu auf gesellschaftlicher Ebene gestellt. Denn im individuellen Körper spiegeln sich immer auch soziale, kulturelle und politische Werte sowie Vorstellungen über den »idealen« und »schönen« Körper wider. Diese können die Akzeptanz des eigenen Körpers erschweren, sodass die ästhetische Veränderung als eine Option zur Erreichung eines gesellschaftlichen Ideals erscheint.

Ab dem Moment der Geburt wirken entwicklungspsychologische Erfahrungen maßgeblich auf die Akzeptanz des eigenen Körpers ein. Insbesondere in der Zeitspanne vom Kleinkind- bis ins Jugendalter liefert die körperliche Entwicklung den Grundstein für die psychischen Konstrukte Selbstwert, Lebensqualität, Körper- und Selbstkonzept und Identität.

5.2 Irreale Schönheitsideale bereiten der Schönheitsmedizin den Weg

Wie wäre die eingangs angeführte Beschreibung Warjenkas ausgefallen, hätte Leo Tolstoi seinen Weltklassiker »Anna Karenina« nicht 1877 veröffentlicht, sondern 2014, also fast 140 Jahre später? Zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist die Bewertung des attraktiven weiblichen Körpers den Vorstellungen von Tolstoi und dessen Zeitgenossen diametral entgegengesetzt: Gerade das Dünn-Sein ist aktuell anziehend, und die vom Boulevard so genannten Lollipop-Frauen – also Frauen mit schmaler Silhouette, die ihre Köpfe groß erscheinen lassen – sind der Inbegriff von Attraktivität. Als Prototyp gegenwärtiger Schönheit gilt ein Fotomodell mit der Körpergröße eines Mannes, der Taille eines Kindes und dem Gewicht einer Unterernährten.

Angesichts dieser nahezu unerreichbaren Schönheitsnorm unserer Gesellschaft ist es nicht verwunderlich, dass sich die Schönheitsmedizin einer stetig steigenden Popularität erfreut. Jedes Jahr nutzen weltweit Millionen Menschen die Möglichkeiten und Technologien der Schönheitsmedizin, um ihr Aussehen zu verändern. Zum Großteil handelt es sich dabei um Frauen, die mittels minimalinvasiven und chirurgischen Eingriffen Körper und Gesicht formen und damit verbessern sowie verjüngen wollen. Brustvergrößerungen und Fettabsaugungen zählen zu den am meisten nachgefragten Eingriffen. Die erhobenen Zahlen sprechen für sich: Rund 90% der Eingriffe werden an Frauen durchgeführt, und amerikanische Statistiken zeigen seit Jahren keine Veränderungen im Geschlechtsverhältnis (ASPS 2014).

Vor allem in den vergangenen beiden Jahrzehnten haben ästhetische Eingriffe ein rasantes Wachstum erfahren. Wie stark der Anstieg an Eingriffen ist, zeigt die seit Anfang der 1990er-Jahre geführte Statistik der »American Society of Plastic Surgeons« (ASPS). Waren es 1994 rund 390.000 Eingriffe (Sarwer et al. 1998a), so lag die Zahl im Jahr 2013 bei 15,1 Millionen ästhetischen Behandlungen, die in den USA durchgeführt wurden (ASPS 2013). Der Großteil davon, nämlich 13,4 Millionen, waren minimalinvasive Behandlungen, die chirurgischen Eingriffe beliefen sich auf 1,7 Millionen. Diese Zahlen sind Minimalschätzungen, da die ASPS nur die Mitglieder ihrer Gesellschaft erfasst, ästhetische Eingriffe jedoch von Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen vorgenommen werden können. Für Österreich, Deutschland und die Schweiz liegen keine genauen Zahlen zur Häufigkeit von schönheitsmedizinischen Eingriffen vor. In Österreich gehen Schätzungen von jährlich 40.000–50.000 ästhetisch motivierten Eingriffen aus, für Deutschland werden 524.000 Eingriffe pro Jahr angenommen (Korczak 2007).

5.3 Der Körper als soziales, kulturelles und politisches Konstrukt

Für das Erleben des eigenen Körpers ist es nicht unerheblich, in welches Land und in welche Kultur und Politik ein Mensch hineingeboren wird. Ein Mädchen in Afghanistan, dessen Gesicht und Körper ein Leben lang hinter einer Burka verdeckt bleiben und das nur durch einen schmalen Augenschlitz die Umwelt erlebt, hat ein anderes Körperkonzept als eine Frau im Sudan, die in der Kindheit dem grausamen Ritual der Genitalverstümmelung unterzogen wurde,

um Teil der Gesellschaft zu werden. Auch eine Frau in Indien, die von frühester Kindheit an erfährt, dass das Weibliche keinen Stellenwert hat und die verschiedensten Arten der Gewalt erlebt – von Kindsmord an weiblichen Säuglingen, über Eltern, die ihren Töchtern Essen oder medizinische Versorgung vorenthalten, bis hin zur Unterdrückung und Vergewaltigung in der Ehe –, nimmt ihren Körper dementsprechend wahr.

Neben der biologischen Geburt erfolgt also immer auch eine soziale und kulturelle Geburt, hinein in das jeweilige Sozialsystem (Rittner 1986). So gesehen ist der Körper immer ein Objekt sozialer und kultureller Zuschreibungen (Daszkowski 2003). Die Medizinethnologinnen Scheper-Hughes und Lock (1987) betrachten den menschlichen Körper in ihrer »Drei-Körper-Theorie« als gleichermaßen natürlich (individueller Körper) wie kulturell (sozialer Körper) hergestellt sowie politisch beeinflusst. Beim »individuellen Körper« stehen die ge- und erlebten Erfahrungen und Wahrnehmungen im Mittelpunkt, wobei diese immer kulturell geprägt sind und je nach Kultur, in der ein Mensch lebt, unterschiedlich wahrgenommen werden. Der »soziale Körper« hingegen bezieht sich auf den repräsentativen Gebrauch des Körpers und ist geprägt durch gesellschaftliche Konzepte, Normen und Verhaltensrichtlinien. Als dritte Sichtweise auf den Körper definieren sie den »politischen Körper« (body politic), der Regulierung, Überwachung und Kontrolle in den verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen unterliegt. Vor allem Institutionen wie Staat, Medizin, Religion und Rechtsprechung wirken durch Körperpolitik und körperliche Disziplinierungsmaßnahmen auf den individuellen Körper ein.

Im individuellen Körper spiegeln sich immer auch soziale, kulturelle und politische Werte und Vorstellungen wider, und das hat Auswirkungen darauf, wie gut oder schlecht eine Person den eigenen Körper akzeptieren kann. Bereits in den 70-er Jahren wurde, etwa von Kiener (1974), darauf aufmerksam gemacht, dass der menschliche Körper das Bezugssystem aller Welt-erfahrung sei und somit auch von gesellschaftlichen Vorgängen beeinflusst werde. In unserer westlichen Gesellschaft bedeutet dies, dass der politisch korrekte Körper leistungsfähig, gesund, perfekt und schön sein soll. Wer diesem Ideal nicht entspricht, läuft in unserer – nur scheinbar toleranten – Gesellschaft Gefahr, an den Rand gedrängt zu werden, wie alte, kranke oder übergewichtige Menschen, oder gänzlich aus ihr herauszufallen, wie z.B. behinderte Kinder durch Schwangerschaftsabbruch nach einem positiven pränataldiagnostischen Befund.

5.4 Die Unzufriedenheit mit dem Körper als gesundheitsschädigender Normalzustand von Mädchen und Frauen

Unsere westliche Gesellschaft ist offensichtlich immer weniger in der Lage, Menschen – und da vor allem Frauen – hervorzubringen, die sich in ihrem eigenen Körper wohl und zu Hause fühlen. Doch nicht Krankheit, Behinderung, alltägliche Unterdrückung oder Gewalterfahrungen führen zu massenhaftem Leiden am weiblichen Körper, sondern gesellschaftliche Körpornormen und Schönheitsideale, die, gleich einem unsichtbaren Korsett, den Frauen die Luft zum Atmen nehmen.

➤ **Die wissenschaftliche Datenlage zeigt, dass die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper nicht Ausnahme oder Einzelfall, sondern »statistische Normalität« ist.**

Die wissenschaftliche Datenlage zeigt, dass die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper nicht Ausnahme oder Einzelfall, sondern »statistische Normalität« ist. Im Zentrum steht die Unzufriedenheit mit dem Gewicht und der Körperform. Das wiederum ist für die psychische Gesundheit relevant, da sich negative Zuschreibungen und Bewertungen des Körpers auf das

Selbstkonzept schädigend auswirken können und die Körperunzufriedenheit damit einen Nährboden für psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen darstellt. Wesentlich ist, dass ein negatives Körperbild eng mit einer Zunahme von Selbstwertstörungen, sozialen Ängsten, sexuellen Funktionsstörungen, Depressionen, körperdysmorphen Störungen sowie mit gestörtem Essverhalten bis hin zur manifesten Essstörung in Zusammenhang steht. Und genau dieses negative Körperbild ist ebenfalls der zentrale psychische Faktor bei der Entscheidung für einen ästhetischen Eingriff.

5.5 Die Entwicklung des Körperkonzepts

Der Körper selbst unterliegt einem ständigen Wandel. Wachstums- und Alterungsprozesse, gesundheitliche Einschränkungen, Erkrankungen oder Unfälle verändern den Körper in einem langsamen, kaum wahrnehmbaren Prozess oder aber dramatisch schnell. Daher unterliegt auch das Körperbild im Laufe des Lebens einem stetigen Veränderungsprozess und bedarf immer wieder aufs Neue einer psychischen Anpassungsleistung. Diese fällt umso reibungsloser aus, wenn durch die entwicklungspsychologisch frühesten Erfahrungen ein positiver Grundstein zum eigenen Körper gelegt wurde.

Beginnend mit dem Tag der Geburt – und bereits davor, doch ist hier die pränatale Forschung noch in den Anfängen – bildet sich entlang der körperlichen Entwicklung des Kindes das Körperkonzept aus, auf dem in weiterer Folge das Selbstkonzept und letztlich die eigene Identität aufbaut. Das Körperkonzept bildet damit die Basis für Selbstkonzept und Identität. Jeder Säugling erfährt seine Umwelt zunächst über den Körper (Mrazek 1986). Berührungserfahrungen beim Stillen, Füttern, Tragen und Wickeln sind für ein Neugeborenes die wichtigste Kontakt- und Kommunikationsebene. Diese frühen Körpererfahrungen bilden den Kern der Selbsterfahrung (Paulus 1991), aus ihnen »resultiert das grundlegende Selbstgefühl« (Joraschky u. Pöhlmann 2010).

Die Eltern sind in den ersten Lebensjahren die wichtigsten Bezugspersonen. Je empathischer und feinfühlicher sie auf die Signale des Kindes reagieren und diese richtig wahrnehmen und interpretieren können, umso mehr kann sich daraus ein positives Körperbild und Selbstkonzept entwickeln. Macht der junge Mensch jedoch schon in diesem frühen Alter zu viele abwertende Erfahrungen, wird das Kind unzulänglich in seinen körperlichen Signalen wahrgenommen oder seine körperliche Integrität durch Vernachlässigung oder Misshandlung, aber auch Erkrankungen verletzt, so legt sich früh der Grundstein für ein negatives Körper- und Selbstkonzept mit Gefühlen der Minderwertigkeit.

Wesentlich ist, dass diese frühesten – vorsprachlichen – Körper- und damit Selbsterfahrungen keinem bewussten Zugang oder einer Reflexion unterliegen, sondern als Grundgefühl tief in der Person verankert sind. Sie bilden ein grundlegendes Referenzsystem für die spätere Einordnung eigener Erfahrungen und sind für Leyendecker (1985) »ein grundlegendes, generelles und damit im Nachhinein auch schwer veränderbares Postulat innerhalb des Selbstkonzepts einer Person« (zit. nach Klein 2003, S. 48).

Das Selbstkonzept wird im Kindergarten- und Schulalter weiter ausdifferenziert. Einfluss gewinnen neben den engsten Bezugspersonen nun Gleichaltrige sowie Betreuungs- und Lehrpersonen außerhalb der Familie. Auch der Einfluss der Medien beginnt und steigert sich im Laufe der Zeit.

Mit Beginn der Adoleszenz nimmt das Körperkonzept wieder starken Einfluss auf das Selbstkonzept, das Selbstwertgefühl und damit auf die Identität. Generell ist die Identitätsentwicklung ein über die Lebensspanne dauernder Prozess, der jedoch seinen Höhepunkt im

psychosozialen Erwachsenwerden – der Adoleszenz – erreicht. Ausgelöst durch die starken körperlichen Veränderungen und den physischen Reifungsprozess in der Pubertät, gerät das Körperkonzept und damit das Selbstkonzept, das sich in den Jahren der Kindheit aufgebaut hat, ins Wanken und stellt das Mädchen/den Jungen vor eine wichtige Entwicklungsaufgabe: nämlich eine neue Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und damit letztlich mit sich selbst. Die Fragen »Wer bin ich?« und »Was macht mich aus?« müssen angesichts des physischen Reifungs- und Veränderungsprozesses neu gestellt und neu verhandelt werden – sowohl mit sich selbst als auch mit dem sozialen Nahraum und der Gesellschaft an sich.

5.6 Psychologische Erklärungen zur hohen Inanspruchnahme der Schönheitsmedizin

Drei psychologische Theorien von zentraler Bedeutung zeigen auf, wie gesellschaftliche Wertvorstellungen über das »richtige« Aussehen und den »idealen« Körper in der individuellen Körperwahrnehmung wirken und ins eigene Körper- und Selbstbild sowie in die Identität übernommen werden. Denn letztlich ist gerade diese Integration gesellschaftlicher Normen und Bilder ins eigene Selbst notwendig, damit das Körperkonzept davon negativ beeinflusst werden kann. Erst diese Sichtweise macht schönheitsmedizinische Eingriffe als Option für eine Verbesserung des psychischen Erlebens überhaupt möglich.

Die erste der drei Theorien ist das »Lernen am Modell«, aufbauend auf der kognitiven Lerntheorie von Albert Bandura (1963). Schon im frühen Kleinkindalter lernt das Kind von menschlichen Vorbildern und imitiert deren Verhalten, wenn es sich davon positive Folgen oder aber auch die Abwendung negativer Konsequenzen verspricht. Auch das individuelle Körperbild kann auf Lernprozessen beruhen (Schemer 2003). Reale Menschen können ebenso wie Mediendarsteller als Verhaltensmodell dienen und körperbezogene Lernprozesse beeinflussen.

Der zweite Mechanismus, der gesellschaftliche Schönheitsnormen in die individuelle Wahrnehmung integriert, ist der »soziale Vergleich«. Der soziale Vergleich nach Leon Festinger (1954) dient in der Entwicklung hauptsächlich zwei Zielen: der Bestimmung, wie man sich verhalten sollte (Normorientierung), und der Bestimmung, wie gut man bei einer bestimmten Aufgabenklasse ist (Selbstbewertung) (Ruble 1983). Auch in Bezug auf das eigene Aussehen werden soziale Vergleichsprozesse angestellt, um so Feedback zum eigenen Erscheinungsbild zu erhalten. Dabei wird zwischen dem Aufwärtsvergleich, bei dem ein Vergleich mit Menschen erfolgt, die als sozial überlegen wahrgenommen werden, und dem Abwärtsvergleich, bei dem ein Vergleich mit Menschen erfolgt, denen es schlechter geht, unterschieden. Vergleiche mit sehr attraktiven Personen oder Mediendarstellerinnen (z.B. den Models aus »Germany's next Topmodel«) sind demnach für fast jede Frau Aufwärtsvergleiche, die mit negativen Emotionen und einer negativen Bewertung des eigenen Körpers und damit der Ausbildung eines negativen Körperbildes einhergehen können (Tiggemann u. Slater 2004).

Der dritte wirkmächtige Mechanismus ist die »Internalisierung« (Verinnerlichung), zu der das Modell-Lernen und der soziale Vergleich wesentliche Beiträge leisten. Internalisierung bedeutet, dass gesellschaftlich vorgegebene Normen nicht mehr als von außen kommend wahrgenommen, sondern zu einem persönlichen Maßstab werden. Nach der Verinnerlichung ist die Norm Teil der Person und ein Aspekt ihrer Identität geworden. Die Einhaltung der Norm ist dann eine Bestätigung des Selbstkonzepts, während ungerechtfertigte Abweichungen zu Schuld- und Schamgefühlen führen und zu Versuchen, das beschädigte Selbstbild wieder respektabel zu machen (Montada 1995). Umgelegt auf unsere unrealistischen westlichen Körpernormen bedeutet dies, dass der Großteil der Mädchen und Frauen einen unrealistischen

»Idealkörper« verinnerlicht hat. In diesem Zusammenhang sind auch die häufig getätigten Äußerungen von Frauen zu sehen, die auf die Frage nach den Beweggründen für einen ästhetischen Eingriff antworten: »Ich mache es für mich.« Sie verweisen damit auf eine scheinbar autonome Entscheidung, ungeachtet dessen, dass der verinnerlichte Maßstab, den sie für ihr Aussehen anlegen, das gesellschaftliche Schönheitsideal ist.

Vor dem Hintergrund der dominanten Körnernormen und deren Vermittlung über die oben geschilderten Wege hat der Großteil der Frauen und Mädchen eine fatale Gleichung verinnerlicht: schön sein = dünn sein = gesund sein = sexy sein = geliebt werden = Erfolg im Leben haben = soziale Anerkennung. Das Streben nach Schönheit oder Schlankheit dient somit ganz anderen Zielen als dem Körpergewicht oder dem Aussehen: Unsere Gesellschaft hat es geschafft, Schlankheit und Schönheit untrennbar mit der Hoffnung auf Liebe, Erfolg und sozialen Status zu verknüpfen.

5.7 Die Psychologie der Schönheitsmedizin

Die psychologische Forschung setzt sich im Zusammenhang mit der Schönheitsmedizin seit den 1940er-Jahren vor allem mit vier Fragestellungen auseinander: Welche Personengruppen interessieren sich für ästhetische Eingriffe? Welche Motive und Erwartungen haben die Menschen an einen ästhetischen Eingriff? Gibt es Personen, bei denen ein ästhetischer Eingriff nicht ratsam ist, da die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass sie vom Eingriff nicht profitieren? Welche psychischen Veränderungen werden durch einen Eingriff hervorgerufen?

Ein Überblick zeigt den aktuellen Forschungsstand zu diesen vier Themen der psychologischen Forschung auf:

5.7.1 Präoperative psychologische Merkmale von Menschen, die sich einem ästhetischen Eingriff unterziehen

Das Interesse an der Schönheitsmedizin ist in der Allgemeinbevölkerung verhältnismäßig groß. Für 50% der Frauen und jeden vierten Mann sind schönheitsmedizinische Eingriffe vorstellbar (Javo 2012; Frederick et al. 2007). Das ist aufgrund der hohen Zahlen an Körperunzufriedenheit in der Allgemeinbevölkerung nicht überraschend.

Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ist daher auch das zentrale Merkmal jener Menschen, die ästhetische Eingriffe konkret nachfragen (Slevec u. Tiggemann 2010; Markey u. Markey 2009; Bolton et al. 2003; Didier u. Sarwer 2003; Sarwer et al. 2003, 1998c). Doch nicht nur die Körperunzufriedenheit ist ein Vorhersagefaktor für das Interesse an einem Eingriff (Slevec u. Tiggemann 2010; Javo u. Sorlie 2009; Bartsch 2007; Swami et al. 2008; Henderson-King u. Brooks 2007; Brown et al. 2007; Sarwer et al. 2003), ebenso sind dies

- ein geringer Selbstwert,
- erhöhte Wichtigkeit des eigenen Aussehens für das psychische Wohlbefinden,
- die Erfahrung von Hänseleien wegen des Aussehens,
- die starke Internalisierung von soziokulturellen Körnernormen,
- die Angst vor dem Altern,
- erhöhter Medienkonsum von Sendungen über ästhetische Eingriffe,
- Vorerfahrungen mit schönheitsmedizinischen Eingriffen durch Verwandte und Bekannte,
- Mutterschaft und
- die Tatsache, dass der Person ein schönheitsmedizinischer Eingriff nahegelegt wurde.

Auch eine psychische Verletzlichkeit bis hin zu psychischen Störungen sind präoperativ häufiger bei jenen Personen anzutreffen, die ein Interesse an einem Eingriff zeigen. Doch darauf soll später detailliert eingegangen werden.

5.7.2 Motive und Erwartungen hinter dem Wunsch nach dem Eingriff

Motive, die dem Eingriff zugrunde liegen, sind eine generalisierte Körperunzufriedenheit, die auf einen bestimmten Körperteil beschränkte Unzufriedenheit mit dem Aussehen, eine eingeschränkte Lebensqualität aufgrund der körperlichen Unzufriedenheit, ein geringer Selbstwert oder die Hoffnung auf Heilung von psychischen Störungen. Auch der Wunsch nach sozialer Integration oder Anerkennung, Erfolg bei der Partnersuche, Verbesserung einer bestehenden Beziehung, die Abwendung eines drohenden Partnerverlustes und die Optimierung von Arbeits- oder Karrierechancen sind Motivationen zu einem ästhetischen Eingriff.

Die Abklärung der Motivation und Erwartungen im Vorfeld eines ästhetischen Eingriffs ist wesentlich, um späteren Enttäuschungen und Unzufriedenheit vorzubeugen. Grundsätzlich sind die Chancen, dass eine Person nach dem Eingriff zufrieden ist, umso größer, je realistischer die Erwartungen sind, was ein ästhetischer Eingriff für ihr psychisches und soziales Wohlbefinden leisten kann. Je weniger die eigentlich angestrebten Ziele mit dem Körperteil, der verändert werden soll, in Zusammenhang stehen, desto größer ist die Gefahr der Enttäuschung. So ist die Wahrscheinlichkeit für postoperative Zufriedenheit recht groß, wenn eine lokale Körperunzufriedenheit behoben werden soll. Wird aber eine verbesserte Partnerschaft durch eine Brustvergrößerung angestrebt, so dient der Eingriff als Beziehungstherapeutikum, und die Erfolgchancen sind fraglich. So gibt es keine empirische Evidenz, dass ästhetische Eingriffe die sozialen Beziehungen verbessern (Sarwer 2006).

Oftmals wird in der akademischen Debatte darüber, welche Motive eher zu einem guten Ergebnis bei Schönheitsoperationen führen, auf die Erkenntnisse der Motivationspsychologie zurückgegriffen. Die Motivationspsychologie unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation. Während die intrinsische Motivation auf sich selbst bezogen ist und eine Handlung oder Leistung um der Handlung willen bzw. zur persönlichen Bereicherung gemacht wird, erhofft man sich bei extrinsischer Motivation einen von außen kommenden Vorteil oder die Vermeidung von Nachteilen, d.h., man richtet sich primär nach einem Kriterium, das von der Umwelt kommt. Die Körperunzufriedenheit, geringer Selbstwert oder auch die Linderung psychischer Leiden wären demnach intrinsische Motive, während extrinsische Motive die Lösung von Partnerschaftsproblemen oder die Verbesserung beruflicher Karrierechancen wären. Intrinsische Motivation führt im Allgemeinen eher zu besseren Ergebnissen.

Diese Zuordnung ist jedoch zu hinterfragen. Obwohl gerade im Bereich der Schönheitsmedizin oftmals von den Frauen auf eine intrinsische Motivation im Sinne des »Das tue ich nur für mich« verwiesen wird, muss klar gesagt werden, dass jegliches Schönheitshandeln ohne den Blick der anderen wertlos ist. Wenn sie alleine zu Hause sind, kleiden, schminken und stylen sich die wenigsten Frauen in der gleichen Intensität, als wenn sie die Wohnung verlassen. »Jeder Blick in den Spiegel geschieht auch durch die Brille des anderen« (Villa 2011, S. 156), und dies gilt insbesondere für schönheitsmedizinische Eingriffe. Somit haben ästhetische Eingriffe immer auch eine starke extrinsische Komponente. Bei präoperativen psychischen Störungen, die als intrinsische Motivation einzustufen sind, werden die Heilserwartungen in die Schönheitsmedizin nicht erfüllt, wie später darlegt wird.

- **Es empfiehlt sich bei Betrachtungen zur Schönheitsmedizin von einer Einteilung in intrinsisch und extrinsisch abzugehen, da sie kein klares Unterscheidungsmerkmal bezüglich der Motivation erlaubt. Schließlich hat jede intrinsische Motivation zu Schönheitshandlungen auch eine extrinsische Basis.**

5.7.3 **Verwundbare Personengruppen, die einen ästhetischen Eingriff psychologisch abklären lassen sollten**

Wie bereits angeführt, ist das Ziel eines ästhetischen Eingriffs, das psychische und psychosoziale Wohlbefinden zu steigern. Im Zuge der psychologischen Forschung lassen sich allerdings drei Gruppen von Personen feststellen, bei denen der Erfolg eines ästhetischen Eingriffs unklar oder negativ ist. Eine genaue psychologische Abklärung ist in diesen Fällen präoperativ ratsam:

■ **Postoperativ erhöhte Suizidalität bei Frauen mit Brustvergrößerungen**

Sieben groß angelegte Mortalitätsstudien aus den Jahren 2001–2007, die die Todesursache von mehreren zehntausend Frauen mit Brustvergrößerungen untersuchten, zeigten bei Frauen mit diesem Eingriff ein 2- bis 3-fach höheres Risiko für einen Suizid (Crandall et al. 2012). Die Frauen wiesen vor dem ästhetischen Eingriff folgende Charakteristika auf (Sarwer 2007): Sie waren beim ästhetischen Eingriff 40 Jahre und älter, hatten mehr Sexualpartner im Laufe ihres Lebens, verwendeten häufiger orale Kontrazeptiva, waren bei der ersten Schwangerschaft relativ jung und hatten häufiger Schwangerschaftsabbrüche in ihrer Biografie. Ebenfalls gab es hier eine erhöhte Scheidungsrate und höhere Raten an Alkohol- und Tabakkonsum zu beobachten, was als signifikante Risikofaktoren für Suizid gelten. Sie wiesen ein geringeres Körpergewicht auf, was ein Hinweis für Essstörungen sein kann. Bei Essstörungen ist Suizid eine häufige Todesursache (Hawton u. van Heeringen 2009). Im Jahr vor dem Eingriff wurden sie häufiger psychotherapeutisch begleitet als jene Frauen, die einen anderen schönheitsmedizinischen Eingriff anstrebten (Sarwer et al. 2003), und waren auch zweimal häufiger in stationärer psychiatrischer Behandlung.

In Anbetracht der Tatsache, dass Brustvergrößerungen neben Fettabsaugungen zu den weltweit häufigsten Eingriffen zählen, sollte bei dieser Personengruppe jedenfalls eine genaue präoperative psychologische Abklärung stattfinden.

■ **Menschen mit spezifischen Charakteristika, die postoperativ mit einem negativen psychischen Erleben verknüpft sind**

Folgende präoperativ vorhandenen Charakteristika waren häufiger mit einem postoperativ negativen psychischen Erleben verbunden, trotz objektiv gutem Operationsergebnis (Soest et al. 2011; Honigman et al. 2004): Junges Alter, eine sehr spontane Entscheidung zum Eingriff sowie Motive wie Verbesserung der Partnerschaft und der Einfluss anderer auf den Entscheidungsprozess hatten negative Auswirkungen auf die postoperative Zufriedenheit.

Überdies waren unrealistische Erwartungen, vorangegangene unbefriedigende ästhetische oder kosmetische Eingriffe sowie minimale Deformierungen eher mit postoperativer Unzufriedenheit verbunden. Generell waren Männer unzufriedener als Frauen. Gerade diese Charakteristika sind gleichzeitig auch Diagnosekriterien für eine »Körperdysmorphie Störung«.

■ **Personen mit präoperativen psychischen Verletzlichkeiten und Störungen**

Psychische Störungen sind weit verbreitet. In Deutschland beträgt die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung 27,7% (Jacobi et al. 2014).

➤ **In der weiblichen Allgemeinbevölkerung ist das Interesse an Schönheitsmedizinischen Eingriffen mit Symptomen von Essstörungen und der Körperdysmorphen Störung verbunden.**

In Schönheitsmedizinischen Praxen scheint der Prozentsatz höher zu sein, denn Studien zeigen, dass Menschen mit einer psychischen Verletzlichkeit oder psychischen Störung signifikant häufiger einen ästhetischen Eingriff erwägen.

In der weiblichen Allgemeinbevölkerung ist das Interesse an Schönheitsmedizinischen Eingriffen mit Symptomen von Essstörungen und der Körperdysmorphen Störung verbunden. Überdies fand eine prospektive Langzeitstudie, die 13 Jahre dauerte, bei Frauen präoperativ höhere Raten an psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Essproblemen, Suizidversuchen, selbstverletzendes Verhalten und illegalem Drogenkonsum (Soest et al. 2012; Javo u. Sorlie 2009, 2010). Ebenso stellte eine japanische Studie bei fast 48% der 415 untersuchten Personen mit dem Wunsch nach einer ästhetischen Operation psychiatrische Störungen laut ICD-10-Kriterien fest, vor allem hypochondrische Störungen (mit der Untergruppe Dysmorphophobie/Körperdysmorphie Störung), neurotische Störungen und depressive Episoden (Ishigooka et al. 1998).

Zwischen 18 und 50% der Frauen nahmen im Vorfeld eines ästhetischen Eingriffs Psychopharmaka, vor allem Antidepressiva, während dies nur 5% jener Frauen taten, die sich einem medizinisch indizierten Eingriff unterzogen. Außerdem berichteten 19% von psychischen Problemen zum Zeitpunkt des ärztlichen Erstgesprächs, im Vergleich zu 4% mit Eingriffen wie Zysten-, Melanom- und Muttermalentfernung (Sarwer et al. 2004; Meningaud et al. 2001).

Problematisch im Zusammenhang mit präoperativ vorliegenden psychischen Störungen wie Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen, Körperdysmorphen Störungen, Essproblemen, Suizidversuchen oder selbstverletzendem Verhalten und illegalem Drogenkonsum ist, dass das psychische Erleben nach dem Eingriff eher negativ war (Soest et al. 2012; Honigman et al. 2004; Veale 2000; Phillips u. Diaz 1997).

5.7.4 Psychische Störungen mit negativem Körperbild

Vor allem psychische Störungen, denen eine Störung des Körperbildes immanent ist, müssen als Motiv für eine ästhetische Operation in Betracht gezogen werden. Dies trifft auf die Körperdysmorphie Störung und Essstörungen zu.

■ Die Körperdysmorphie Störung

Menschen mit einer Körperdysmorphen Störung (KDS) suchen vor allem ästhetische, kosmetische und dermatologische Behandlungen als Lösungsversuch für ihren Leidensdruck, selten jedoch psychologische oder psychotherapeutische Beratung und Therapie. Die KDS ist nach DSM-V eine Kategorie der Zwangsstörungen und im ICD-10 mit der Bezeichnung »Dysmorphophobie«¹ als F45-Diagnose ein Unterpunkt der somatoformen Störungen.

Im Zentrum der KDS steht eine übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten Makel oder einer vermuteten Entstellung in der äußeren Erscheinung. Wenn eine leichte körperliche Anomalie vorliegt, so ist die Besorgnis stark übertrieben. Die übermäßige Beschäftigung mit

1 Im Folgenden wird statt der Bezeichnung »Dysmorphophobie« laut ICD-10 F 456.2 die Bezeichnung »Körperdysmorphie Störung« laut DSM-V verwendet. Der Begriff der »Dysmorphophobie« wird nicht mehr als zutreffend angesehen, da es sich nicht um eine reine Angststörung handelt.

diesem Makel verursacht einen hohen Leidensdruck und führt zumeist zu einer starken Beeinträchtigung im sozialen, beruflichen oder partnerschaftlichen Leben.

Die KDS beginnt meist in der Pubertät bzw. im frühen Erwachsenenalter. 84% der Betroffenen entwickeln die Störung im Alter von 10 bis 19 Jahren (Brunhoeber 2009). Das Verhältnis von Frauen zu Männern liegt bei 60 : 40 (Rief et al. 2006).

Die Prävalenz der KDS in der deutschen Allgemeinbevölkerung schwankt zwischen 1,7% (Rief et al. 2004) und 5,3% (Bohne et al. 2002). In ästhetisch-chirurgischen Praxen zeigte sich ein anderes Bild: Studien stellten bei 6–15% der Personen in schönheitsmedizinischen Praxen eine KDS fest (Phillips u. Castle 2002; Sarwer et al. 2002; Ishigooka et al. 1998; Sarwer et al. 1998a, 1998b). Phillips und Castle (2002) wiesen in einer Gruppe von dermatologischen PatientInnen bei 12% eine KDS nach, und Hanes (1995) fand in einer dermatologischen Kosmetik-Sprechstunde bis zu 23,1% Betroffene.

Der Erfolg dieser schönheitsmedizinischen Eingriffe ist gering. Beim Großteil der Betroffenen kann der psychische Leidensdruck nicht gemildert werden, und die klinische Symptomatik bleibt bei über 97% nach dem Eingriff unverändert bestehen bzw. verschlechtert sich (Crerand et al. 2010). Die KDS gilt daher in der Regel als Ausschlusskriterium für eine ästhetische Operation. Gleichzeitig wohnt diesem Krankheitsbild ein Wiederholungszwang inne: Auch wenn die Operationsergebnisse sehr gut sind, kann sich schnell wieder eine tiefe Unzufriedenheit einstellen und zu weiteren Operationen führen – am selben oder anderen Körperteilen. Anstelle von schönheitsmedizinischen Eingriffen ist eine psychotherapeutische Behandlung anzustreben.

■ Essstörungen

Angesichts der Überbewertung von Aussehen und Körperform sowie eines gestörten Körperbildes ist anzunehmen, dass Frauen mit Essstörungen die Hilfe von ästhetischen ChirurgInnen suchen (Zuckermann u. Abraham 2008; Yates et al. 1998). Vor allem Fettabsaugungen, Brustvergrößerungen und Bodylifts sind als Eingriffe wahrscheinlich.

Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) und Binge-Eating-Störung (BES) sind mit einem gestörten und negativen Körperbild verbunden. Menschen, die an Essstörungen leiden, zeichnen sich durch eine übermäßige Beschäftigung mit ihrem Gewicht und Aussehen, einer übermäßigen Unzufriedenheit mit der eigenen Körperform sowie einer verzerrten Wahrnehmung des eigenen Körpers aus. AN und BN sind im ICD-10 in der Kategorie »Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren« unter F50 erfasst. Die BES muss nach ICD-10 als »Nicht näher bezeichnete Essstörung« (ES-NNB) diagnostiziert werden, im DSM-V steht sie unter »Feeding and Eating Disorders« seit Mai 2013 als eigenständige Diagnose.

Essstörungen, insbesondere AN und BN, treten vor allem bei Frauen im Alter zwischen 15 und 35 Jahren auf und manifestieren sich zumeist erstmals in der Pubertät (DGPM 2010). Die Prävalenzzahlen belaufen sich auf bis zu 1% bei AN, zwischen 1–3% bei der BN und bis zu 4,6% bei BES (Tuschen-Caffier et al. 2005). Die Restgruppe der ES-NNB ist mit 60% aller Essstörungen die größte Gruppe, da sie vor allem »subklinische« Essstörungen beinhaltet, die aber dennoch häufig behandlungsbedürftig sind (Fairburn u. Bohn 2005). Die Zahlen schwanken zwischen 2,4% (Machado et al. 2007) und 19,4% (Fichter et al. 2005).

Anders als bei der KDS gibt es fast keine Untersuchungen, wie häufig Essstörungen bei Frauen, die sich einem schönheitsmedizinischen Eingriff unterziehen, anzutreffen sind. In Anbetracht der Tatsache, dass Essstörungen gravierende gesundheitliche Auswirkungen haben und somit zu einem erhöhten Operationsrisiko sowie zu postoperativen Problemen (Wundheilungsstörungen etc.) beitragen können, ist dies erstaunlich (Mehler et al. 2004). Einzelne Studien zeigen einen starken Zusammenhang zwischen dem Interesse an einer Fettabsaugung

und gestörtem Essverhalten (Javo u. Sorlie 2010) sowie einem Body-Mass-Index (BMI) im Untergewichtsbereich (Frederick et al. 2007). Außerdem sind Frauen, die sich einer Brustvergrößerung unterziehen, häufig unverhältnismäßig dünn (Brinton et al. 2000). Diesem Untergewicht kann eine klinische oder subklinische Essstörung zugrunde liegen.

Die Datenlage zu den psychischen Auswirkungen des ästhetischen Eingriffs ist beim Krankheitsbild der Essstörungen auf wenige Fallbeschreibungen beschränkt. Diese deuten darauf hin, dass postoperativ eine kurzfristige Besserung der Essstörungssymptomatik eintritt, jedoch nach ein paar Monaten ein Rezidiv erfolgt (Yates et al. 1998; Willard et al. 1996; McIntosh et al. 1994). Auch die hohe Komorbidität von Essstörungen (vor allem AN) mit der KDS (Grant u. Phillips 2004), aber auch mit Depressionen muss diesbezüglich in Betracht gezogen werden. Dorn et al. (2008, S. 999) nennen Essstörungen als mögliche psychische Kontraindikationen für ästhetische Operationen, da der »Wunsch nach einem ästhetischen Eingriff viel mehr auf die Störung zurückgehen kann als auf eine begrenzte körperliche Unzufriedenheit und eine gut durchdachte Entscheidung«.

5.7.5 Postoperative psychische Veränderungen

Betrachtet man die wenigen existierenden Langzeitstudien, die auch einen präoperativen Zeitpunkt untersuchten, zeigt sich folgendes Bild: Drei Studien mit einem Nachuntersuchungszeitraum von 2–6 Jahren fanden beim Großteil der Personen eine signifikante Verbesserung der Unzufriedenheit mit dem operierten Körperteil sowie des Körperbildes. Ebenfalls war die generelle Zufriedenheit mit dem Aussehen verbessert. Keine oder minimale Änderungen zeigten sich beim Selbstwert oder der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Hingegen führten präoperativ vorhandene psychische Probleme in Kombination mit einem geringen Selbstwert fünf Jahre später eher dazu, dass die Personen den Eingriff bereuten und eine geringe Zufriedenheit mit dem Aussehen hatten sowie die psychischen Probleme weiterhin bestanden (Soest et al. 2011; Murphy et al. 2009; Sarwer et al. 2008).

Vor allem auf psychische Störungen, die bereits vor dem Eingriff bestanden, haben schönheitsmedizinische Eingriffe offensichtlich keine oder negative Auswirkungen. Dies trifft auf die KDS zu, wird aber auch bei Essstörungssymptomatiken anhand der wenigen postoperativen psychotherapeutischen Fallstudien angedeutet. In Bezug auf präoperativ bestehende depressive Symptome konnten keine oder nur geringe positive Veränderungen festgestellt werden (Sarwer et al. 2008). Bei jenen Frauen, die vor einem Eingriff an psychischen Störungen gelitten hatten, stellten sich postoperativ eine Verschlechterung ihrer Symptomatik und ein Anstieg von Depression, Angststörung, Essproblemen und Alkoholkonsum ein (Soest et al. 2012).

Grundsätzlich muss an dieser Stelle eine Kritik an den meisten Studiendesigns angebracht werden. Es sind vor allem methodologische Schwächen, die die Aussagekraft vieler Prä-Post-Studien einschränken und zu uneinheitlichen Ergebnissen führen. Hohe Drop-Out-Raten, viele Personen, die die Teilnahme an einer Studie von vornherein verweigern, und kurze Nachuntersuchungszeiträume von sechs Monaten bis zu einem Jahr verzerren die Ergebnisse (Cook et al. 2006). Vor allem der kurze Nachuntersuchungszeitraum ist problematisch. Dieser muss aufgrund der postoperativen »Honeymoon-Phase« (das Hochgefühl und die Erwartung, endlich vom psychischen Missempfinden befreit zu sein), der kognitiven Dissonanz (hohes Investment an Schmerzen, Zeit und Geld erschweren ein ehrliches Selbsturteil über den Benefit des Eingriffs) und der Zeitdauer, die psychische Veränderungen brauchen, als unzureichend eingestuft werden, um Änderungen im psychischen Befinden abzubilden.

5.7.6 Möglichkeiten und Grenzen der Wirkung schönheitsmedizinischer Eingriffe für Körperkonzept, Selbstkonzept und Identität

Aus wissenschaftlicher Sicht kann ein schönheitsmedizinischer Eingriff bei psychisch gesunden Personen zu einer höheren Zufriedenheit mit dem Aussehen und zu einer Verbesserung des Körperbildes führen. Somit kann ein Teil des Körperkonzeptes positiv verändert werden. Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass sich durch den Eingriff andere komplexe psychische Konstrukte im Selbstkonzept, wie der Selbstwert oder eine gesundheitsbezogene Lebensqualität, verbessern lassen.

➤ **Ein pathologisch negatives Körperbild wird durch einen Eingriff – anders als bei psychisch gesunden Personen – offensichtlich nicht verbessert. Grundsätzlich gilt, dass in diesem Fall eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie die Methode der Wahl für eine Behandlung ist.**

Vor allem kann eine Verbesserung von psychischen Problemen oder Störungen durch einen ästhetischen Eingriff nicht bestätigt werden: Postoperativ bleibt die psychische Problematik unverändert oder verschlechtert sich. Ein pathologisch negatives Körperbild wird durch einen Eingriff – anders als bei psychisch gesunden Personen – offensichtlich nicht verbessert. Grundsätzlich gilt, dass in diesem Fall eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie die Methode der Wahl für eine Behandlung ist. Dies schließt im Einzelfall nicht aus, dass ein schönheitsmedizinischer Eingriff ein unterstützender Impuls sein kann. Doch das setzt eine psychologische Abklärung sowie eine begleitende klinisch-psychologische Behandlung oder Psychotherapie vor, während und nach dem Eingriff voraus.

5.8 Fazit für die Praxis

Hippokrates, der Vater der Heilkunde, formulierte den »Grundsatz der Behandlung der Kranken: stets zweierlei im Auge haben: helfen oder wenigstens nicht schaden« – dieser Anspruch gilt umso mehr bei wunscherfüllenden schönheitsmedizinischen Eingriffen. Daher ist es sowohl für Menschen, die schönheitsmedizinische Eingriffe nachfragen, als auch für Ärztinnen und Ärzte, die diese anbieten, wesentlich, sich mit den psychologischen Dimensionen auseinanderzusetzen. Es gilt zu klären, ob der medizinische Eingriff letztlich halten kann, was sich die Kundin oder der Kunde davon verspricht. Im Klartext: Können also die korrigierte Nase und die veränderte Brust die Erwartungen, die in sie gesetzt werden, auch erfüllen?

Im ärztlichen Beratungsgespräch sollten Schönheitsmediziner eine Abklärung der Motivation, der Erwartungen und einer möglichen psychiatrischen Vorgeschichte vornehmen. Fragen nach dem Zeitpunkt, wann der Wunsch nach dem Eingriff aufkam, können Hinweise darauf geben, ob es eine lange und gut überlegte Entscheidung war oder ob es aktuelle Ereignisse im Vorfeld der Konsultation gab (z.B. Trennungen oder Arbeitsplatzverlust), die zum Eingriff motivieren und auf eher von außen gesteuerte oder unrealistische Erwartungen hindeuten. Fragen nach vorangegangenen ästhetischen Eingriffen oder bisherigen Aktivitäten, die gesetzt wurden, um das Aussehen zu verändern, können Anhaltspunkte für eine körperdysmorphe Störung sein. Zur groben Abklärung allfälliger Essstörungen können Fragen nach Diäten und Gewichtsveränderungen in den vorangegangenen Monaten beitragen. Schilderungen von intensiven sportlichen Betätigungen liefern ebenfalls Indizien dafür. Auch bei Personen, deren Body-Mass-Index im Untergewichtsbereich liegt, sollten Essstörungen in Betracht gezogen

werden. Zudem liefert die routinemäßige Abfrage von depressiven Symptomen – wie Ein- und Durchschlafprobleme, Veränderungen beim Appetit oder der Konzentrationsfähigkeit, erhöhte Irritierbarkeit oder häufigeres Weinen – Hinweise auf psychische Störungen.

Zusätzlich zum psychosozialen Anamnesegespräch ist der Einsatz eines präoperativen Routine-Screenings mit validierten Testinstrumenten zur besseren Erfassung von psychischen Störungen ratsam. Dies sollte vor allem bei jenen Personen angewendet werden, die aufgrund der bereits angeführten Charakteristika oder psychischen Verwundbarkeit ein erhöhtes Risiko haben, nicht von dem Eingriff zu profitieren. Gerade bei Frauen mit dem Wunsch nach Brustvergrößerung wird aufgrund des erhöhten Suizidrisikos ein routinemäßiges Screening empfohlen (Rohrich et al. 2007).

Zusammenfassend kann man sagen: Der gesellschaftliche Druck zu perfektem Aussehen schlägt sich vor allem bei Frauen in einem eingeschränkten psychischen Wohlbefinden im eigenen Körper nieder. Der dramatische Anstieg von ästhetischen Operationen lässt vermuten, dass schönheitsmedizinische Eingriffe immer häufiger dazu genutzt werden, dieses psychische Leiden durch das Erreichen unrealistischer Körpornormen und immer enger werdender Schönheitsstandards zu mildern. Doch die wissenschaftliche Datenlage zeigt, dass dies nur bedingt gelingt. Vor allem bei psychischen Störungen wie der körperdysmorphen Störung oder Essstörungen zeigen sich fast keine positiven psychischen Effekte nach dem Eingriff. Hier müssen Psychotherapie sowie eine psychologische/psychiatrische Begleitung die Behandlung erster Wahl sein.

Zum Schutz von Risikogruppen sollten künftig eine genaue psychosoziale Anamnese sowie ein psychologisches Routine-Screening selbstverständlich sein. Die prä- und postoperative Zusammenarbeit zwischen Schönheitsmedizinern, Psychologen und Psychotherapeuten sollte zum Wohle der Patientinnen bzw. Kundinnen ausgebaut und intensiviert werden. Ebenfalls notwendig ist eine breite interdisziplinäre Zusammenarbeit in der wissenschaftlichen Erforschung der psychischen Auswirkungen von ästhetischen Eingriffen mittels Langzeitstudien. Hier besteht ein großer Bedarf an empirischen Daten.

Die Erkenntnis, dass ästhetische Eingriffe und Psyche eng zusammenspielen, ist allerdings nicht neu. Schon 1939 haben Baker und Smith darauf hingewiesen, dass Personen mit psychischen Verletzlichkeiten und Störungen in der ästhetischen Praxis einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen und Schönheitsmediziner ihnen gegenüber eine erhöhte Verantwortung haben. 75 Jahre später wäre es höchste Zeit, diese auch wahrzunehmen.

Literatur

-
- Baker WY, Smith LH (1939) Facial disfigurement and personality. In: Hill G, Silver G (1950) Psychodynamic and esthetic motivations for plastic surgery. *Psychosomatic Medicine* 12: 345–355
- Bandura A (1963) The role of imitation in personality development. *The Journal of Nursing Education* 18(3): 207–215
- Bartsch D (2007) Prevalence of body dysmorphic disorder symptoms and associated clinical features among Australian university students. *Clin Psychol* 11: 16–23
- Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Baer L, Jenike MA (2002) Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Res* 31/109(1): 101–104
- Bolton MA, Pruzinsky T, Cash TF, Persing JA (2003) Measuring outcomes in plastic surgery. Body image and quality of life in abdominoplasty patients. *Plastic and Reconstructive Surgery* 112: 619–625
- Brinton LA, Brown SL, Colton T, Burich MC, Lubin J (2000) Characteristics of a population of women with breast implants compared with women seeking other types of plastic surgery. *Plast Reconstr Surg* 105/3: 919–927
- Brown A, Furnham A, Glanville L, Swami V (2007) Factors that affect the likelihood of undergoing cosmetic surgery. *Aesthet Surg J* 27: 501–508

- Brunhoeber S (2009) Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung. Ein Therapiemanual. Hogrefe, Göttingen
- Cook S, Rosser R, Salmon P (2006) Is cosmetic surgery an effective psychotherapeutic intervention? A systematic review of the evidence. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery* 59: 1133–1151
- Crerand CE, Menard W, Phillips KA (2010) Surgical and minimally invasive cosmetic procedures among persons with body dysmorphic disorder. *Ann Plast Surg* 65/1: 11–16
- Crerand C, Magee L, Sarwer DB (2012) Cosmetic Procedures. In: Rumsey N, Harcourt D: *The Oxford Handbook of the Psychology of Appearance*. Oxford University Press, Oxford, pp 332–334
- Daszkowski A (2003). *Das Körperbild bei Frauen und Männern*. Tectum Verlag, Marburg
- Didie ER, Sarwer DB (2003) Factors that influence the decision to undergo cosmetic breast augmentation surgery. *J Womens Health (Larchmt)* 12/3: 241–253
- Dorn A, Gallitzendörfer F, Walgenbach K, Borkenhagen A, Rohde A (2008) Brustaugmentation und Schamlippenreduktion – für die moderne Frau ein Muss? Psychosomatische Aspekte der plastischen Chirurgie im gynäkologischen Kontext. *Der Gynäkologe* 41/12: 995–1004
- Fairburn CG, Bohn K (2005) Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome «not otherwise specified» (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther* 43(6): 691–701
- Festinger L (1954) A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations* 7: 117–140
- Fichter M, Quadflieg N, Georgopoulou E, Xepapadakis F, Fthenakis EW (2005) Time trends in eating disturbances in young Greek migrants. *Int J Eat Disord* 38(4): 310–322
- Frederick DA, Lever J, Peplau LA (2007) Interest in cosmetic surgery and body image: views of men and women across the lifespan. *Plastic & Reconstructive Surgery* 120(5): 1407–1415
- Grant JE, Phillips KA (2004) Is anorexia nervosa a subtype of body dysmorphic disorder? Probably not, but read on ... *Harv Rev Psychiatry* 12(2): 123–126
- Hanes KR (1995) Body dysmorphic disorder: an underestimated entity? *Australasian Journal of Dermatology* 36: 227–228
- Hawton K, van Heeringen K (2009) Suicide. *The Lancet* 373/9672: 1372–1381
- Henderson-King D, Brooks K (2009) Materialism, Sociocultural Appearance Messages, and Paternal Attitudes Predict College Women's Attitudes about Cosmetic Surgery. *Psychology of Women Quarterly* 33/1: 133–142
- Honigman R, Phillips KA, Castle D (2004) A Review of Psychosocial Outcomes for Patients Seeking Cosmetic Surgery. *Plast Reconstr Surg* 113(4): 1229–1237
- Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S (1998) Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci* 52(3): 283–287
- Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch M, Hapke U, Maske U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul »Psychische Gesundheit« (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 85/1: 77–87
- Jávo IM (2012) Psychosocial predictors of an interest in cosmetic surgery based on a population study of young Norwegian women. Dissertation. University Tromsø, S 22
- Javo IM, Sorlie T (2009) Psychosocial predictors of an interest in cosmetic surgery among young Norwegian women: a population-based study. *Plastic & Reconstructive Surgery* 124(6): 2142–2148
- Javo IM, Sorlie T (2010) Psychosocial characteristics of young Norwegian women interested in liposuction, breast augmentation, rhinoplasty, and abdominoplasty: a population-based study. *Plastic & Reconstructive Surgery* 125(5): 1536–1543
- Joraschky P, Pöhlmann K (2010) Das Körperbild als Grundlage des Selbstbildnis. *Persönlichkeitsstörungen* 14: 259–266
- Kiener F (1974) Untersuchung zum Körperbild (Body Image). *Zeitschrift für Klin. Psychologie und Psychotherapie* 22: 45–66
- Klein T (2003) Selbstkonzept und Coping-Prozesse bei Patienten nach einer Amputation. Dissertation, Universität Dortmund
- Korczak D (2007) Forschungsprojekt Schönheitsoperationen – Daten, Probleme, Rechtsfragen. Gutachten im Auftrag der Bundesanstalt für Ernährung und Landwirtschaft. Abschlussbericht, München
- Leyendecker C (1985) Körpererfahrung und Behinderung – Ein Diskurs zur Frage der Identitätsfindung Körperbehinderter. *Sonderpädagogik* 15, 1: 1–15
- Machado PP, Machado BC, Gonçalves S, Hoek HW (2007) The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord* 40(3): 212–217
- Markey CN, Markey PM (2009) Correlates of young women's interest in obtaining cosmetic surgery. *Sex Roles* 61: 158–166

- McIntosh VV, Britt E, Bulik CM (1994) Cosmetic breast augmentation and eating disorders. *N Z Med J.* 27/107(976): 151–152
- Mehler PS, Crews C, Weiner K (2004) Bulimia: medical complications. *J Womens Health* 13(6): 668–675
- Meningaud JP, Benadiba L, Servant JM, Herve C, Bertrand JC, Pelicier Y (2001) Depression, anxiety and quality of life among scheduled cosmetic surgery patients: multicentre prospective study. *J Maxillofac Surg* 29(3): 177–180
- Montada L (1995) Moralische Entwicklung und moralische Sozialisation. In: Oerter R, Montada L (Hrsg) *Entwicklungspsychologie.* Psychologie Verlags Union, Weinheim, S 862–894
- Mrazek J (1986) Einstellung zum eigenen Körper. Grundlagen und Befunde. In: Bielefeld J (Hrsg) *Körpererfahrung.* Hogrefe, Göttingen, S 223–251
- Murphy DK, Beckstrand M, Sarwer DB (2009) A prospective, multi-center study of psychosocial outcomes after augmentation with natrelle silicone-filled breast implants. *Ann Plast Surg* 62(2): 118–121
- Paulus P (1991) Körpererfahrung und Selbsterfahrung in persönlichkeitspsychologischer Sicht. In: Bielefeld J (Hrsg) *Körpererfahrung,* 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen, S 87–123
- Phillips KA, Castle DJ (2002) Body dysmorphic disorder. In: Castle DJ, Phillips KA (eds) *Disorders of Body Image.* Wrightson Biomedical, Hampshire, p 101–120
- Phillips KA, Diaz SF (1997) Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 185(9): 570–577
- Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brähler E (2006) The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med* 36: 877–885
- Rittner V (1986) Körper und Körpererfahrung in kulturhistorisch-gesellschaftlicher Sicht. In: Bielefeld J (Hrsg) *Körpererfahrung.* Hogrefe, Göttingen, S 125–155
- Rohrich RJ, Adams WP Jr, Potter JK (2007) A review of psychological outcomes and suicide in aesthetic breast augmentation. *Plast Reconstr Surg* 119(1): 401–408
- Ruble DN (1983) The development of social comparison processes and their role in achievement-related self-socialization. In: Higgins ET, Ruble DN, Hartup WW (eds) *Social Cognition and Social Development. A sociocultural perspective.* University Press, Cambridge, MA, pp 134–157
- Sarwer DB (2006) Psychological Assessment of Cosmetic Surgery Patients. In: Sarwer DB, Pruzinsky T, Cash T, Goldwyn R, Persing J, Whitaker L. *Psychological Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery.* Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp 267–283
- Sarwer DB (2007) Cosmetic breast augmentation and suicide. *Am J Psychiatry* 164: 1006–1013
- Sarwer DB, Bartlett SP, Bucky LP, LaRossa D, Low DW, Pertschuk MJ, Wadden TA, Whitaker LA (1998c) Bigger is not always better: body image dissatisfaction in breast reduction and breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg* 101(7): 1956–1961
- Sarwer DB, Didie E, Gibbons L (2006) Cosmetic surgery of the body. In: Sarwer DB, Pruzinsky T, Cash T, Goldwyn R, Persing J, Whitaker L. *Psychological Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery.* Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp 251–266
- Sarwer DB, Infield AL, Baker JL, Casas LA, Glat PM, Gold AH, Jewell ML, Larossa D, Nahai F, Young VL (2008) Two-year results of a prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery. *Aesthetic Surgery Journal* 28/3: 245–250
- Sarwer DB, LaRossa D, Bartlett SP, Low DW, Bucky LP, Whitaker LA (2003) Body image concerns of breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg* 112(1): 83–90
- Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA (1998a) The Psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualization. *Clinical Psychology Review* 18/1: 1–22
- Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA (1998b) Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery* 101/6: 1644–1649
- Sarwer DB, Wadden TA, Whitaker LA (2002) An Investigation of changes in body image following cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery* 109: 363–369
- Sarwer DB, Zanzville HA, LaRossa D, Bartlett SP, Chang B, Low DW, Whitaker LA (2004) Mental health histories and psychiatric medication usage among persons who sought cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 114: 1927–1933
- Schemer C (2003) Die Wirkung attraktiver weiblicher Medienakteure auf das Körperbild von Frauen. *Medien & Kommunikationswissenschaft* 5: 523–540
- Scheper-Hughes N, Lock M (1987) The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1: 6–41
- Slevac J, Tiggemann M (2010) Attitudes toward Cosmetic Surgery in Middle-Aged Women: Body Image, Aging Anxiety, and the Media. *Psychol Women Quart* 34: 65–74

- Soest T, Kvalem IL, Skolleborg KC, Roald HE (2011) Psychosocial changes after cosmetic surgery: a 5-year follow-up study. *Plast Reconstr Surg* 128(3): 765–772
- Soest T, Kvalem IL, Wichstrøm L (2012) Predictors of cosmetic surgery and its effects on psychological factors and mental health: a population-based follow-up study among Norwegian females. *Psychological Medicine* 42(3): 617–626
- Swami V, Artech A, Chamorro-Premuzic T, Furnham A, Stieger S, Haubner T, Voracek M (2008) Looking good: factors affecting the likelihood of having cosmetic surgery. *European Journal of Plastic Surgery* 30/5: 211–218
- Tiggemann M, Slater A (2004) Thin ideals in music television. A source of social comparison and body dissatisfaction. *Int J Eating Dis* 35: 48–58
- Tolstoi LN (1978) *Anna Karenina*. Neuer Kaiser Verlag, Klagenfurt
- Tuschen-Caffier B, Pook M, Hilbert A (2005) Diagnostik von Essstörungen und Adipositas. Hogrefe, Göttingen
- Veale D (2000) Outcome of cosmetic surgery and 'DIY' surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin* 24: 218–220
- Villa PA (2011) Mach mich schön! Geschlecht und Körper als Rohstoff. In: Viehöver W, Wehling P (Hrsg) *Entgrenzung der Medizin: Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Transcript Verlag, Bielefeld, S 143–162
- Willard S, McDermott B, Woodhouse L et al. (1996) Lipoplasty in the Bulimic Patient. *Plastic & Reconstr Surgery* 98/2: 276–278
- Yates A, Shisslak CM, Allender JR, Wolman W (1998) Plastic surgery and the bulimic patient. *Int J Eating Dis* 7: 557–560
- Zuckermann D, Abraham A (2008) Teenagers and Cosmetic Surgery: Focus on Breast Augmentation and Liposuction. *Journal of Adolescent Health* 43: 318–324

Internetadressen

- ASPS - American Society of Plastic Surgeons (2013) 2013 Plastic Surgery Statistics Report. ► <http://www.plasticsurgery.org/Documents/news-resources/statistics/2013-statistics/cosmetic-procedures-national-trends-2013.pdf> (Zugegriffen: 3. April 2014)
- ASPS - American Society of Plastic Surgeons (2014) Plastic Surgery Procedural Statistics. ► <http://www.plasticsurgery.org/news/> (Zugegriffen: 15. Mai 2015)
- DGPM - Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie und das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (2011) S-3-Leitlinien Diagnostik und Therapie der Essstörungen. ► http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026k_S3_Diagnostik_Therapie_Esst%C3%B6rungen_2011-12.pdf (Zugegriffen: 30. September 2014)
- [plastic-surgery-statistics.html](#) (Zugegriffen: 26. April 2014)