



Arbeitsgemeinschaft
Funktionelle
Entspannung

FUNKTIONELLE ENTSPANNUNG

**BEITRÄGE ZU
THEORIE UND PRAXIS**

HEFT 45 - NOVEMBER 2019

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	03
Bis auf's Messer - wie der weibliche Körper wahrgenommen und gestaltet wird Dr. Angela von Arnim	04
Die Kirschen in Nachbars Garten Dr. Inge Staehle	36
Vom Druck zur Lust am Entdecken und Entwickeln Petra Saltuari	46
Eindrücke von der A.F.E. Jahrestagung 2018 Veronika Groß-Holz, Ida Montanari	52
Autorinnen	54

Vorwort

Das Thema der 33. Jahrestagung 2018 der Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung „Selbstoptimierung - über den Umgang mit dem Körper in Zeiten der Effizienzsteigerung“ prägt das diesjährige Heft „Beiträge zu Theorie und Praxis.“

Der Text zum Hauptvortrag der Tagung von Angela von Arnim zeigt den Druck, der vor allem auf Frauen bezüglich Selbstoptimierung und Effizienz lastet. Die Funktionelle Entspannung kann hierbei durch Spüren, Wahrnehmung, Ernstnehmen und Selbstregulation begleiten und entlasten.

Es folgen zwei Artikel über Schnittstellen zwischen Funktioneller Entspannung und anderen Disziplinen. Inge Staehle schreibt über Funktionelle und Body-Mind-Centering. Petra Saltuari gibt einen Einblick zu Körpertherapie / Funktioneller Entspannung und Pädagogik und fokussiert hierbei auf Druck und Effizienzsteigerung versus Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorglichkeit.

Den Abschluss bilden zwei kurze Eindrücke auf die Jahrestagung der Stipendiatinnen Veronika Große-Holz und Ida Montanari.

Wir wünschen viel Freude und Anregung beim Lesen!

Petra Saltuari und Regine Wosnitza
Redaktionsteam

Bis auf's Messer – wie der weibliche Körper wahrgenommen und gestaltet wird – was könnte die Aufgabe der Körperpsychotherapie sein? –

Dr. Angela von Arnim

Überarbeiteter Vortrag, 33. Jahrestagung der A.F.E., Rothenburg o.d.T., 9. - 11.11.2018, „Selbstoptimierung. Über den Umgang mit dem Körper in Zeiten der Effizienzsteigerung.

„Zonen der Selbstoptimierung“: Effizienzsteigerung bis zur Erschöpfung

Ob bei der Arbeit, in Schule und Familie, in der Therapie oder beim Stylisten, in der Kneipe oder im Club, im Fitnessstudio, beim Tangotanz oder im Doppelbett: In allen Sphären des Lebens hat sich das Diktat der Leistungssteigerung durchgesetzt. Überall wird optimiert, verglichen und bewertet, um noch besser zu funktionieren und noch mehr herauszuholen. Doch die verschiedenen Zonen der Selbstoptimierung lassen sich auch mit der besten App nicht unter einen Hut bringen. Gute Eltern können nur bedingt coole Hipster sein, und die Herausforderungen des Nachtlebens werden zum Risiko für den Job. Irgendwann verkeilen sich die optimierten Abläufe, die modernen Performer geraten ins Straucheln, und die schreckliche Müdigkeit stellt sich ein. Die konkreten Folgen unserer zum Teil tragikomischen Betriebsamkeit zeigen einen chronisch gestressten Menschen, dessen Durst nach vollem Leben sich im überhitzten Leerlauf erschöpft. (zit. Zonen der Selbstoptimierung: Berichte aus der Leistungsgesellschaft, Sarah Diehl)

„Generation selfie“

Die Flut der Handy-Fotos und Posts bei Facebook und Instagram hat Einfluss auf die Selbstwahrnehmung vieler Menschen. Immer mehr junge Menschen lassen Schönheitschirurgische Eingriffe vornehmen. Es gehe darum, auch kleine Makel loszuwerden, um auf Fotos noch besser rauszukommen, so DGÄPC-Präsident Torsten Kantelhardt. „Die Leute möchten schon in jüngeren Jahren optimal aussehen, weil sie sich natürlich permanent vergleichen mit Idealvorstellungen.“ Hierzu die APAS-Studie (Aporien (Ausweglosigkeiten) der Perfektionierung in der beschleunigten Moderne): „Wir sehen heute die Folgen einer in hohem Maße auf quantitative Steigerung ausgerichteten Optimierungslogik, die im Zuge des digitalen Wandels an Bedeutung gewonnen hat und unter dem Diktat der Effizienzsteigerung und des Messens neue „Normalitäten“ erzeugt, sowie neue Varianten der ‚Normalisierung‘ destruktiver Formen der Beziehung zum Selbst und Anderen. „Bis auf's Messer“ – das bezieht sich auf die besonders den weiblichen Körper (über 80%

Keywords

Körperbild
Selbstwahrnehmung

der OPs) schädigenden Folgen einer Subjektkonstruktion durch invasive Korrekturen der Oberfläche anstelle von Wahrnehmen des Innenraums.

„Von Anfang an zu den Besten gehören“ – Selbstoptimierung und Überforderung bei Jugendlichen

Laut Befunden der APAS-Studie (Benigna Gerisch, IPU Berlin, Vera Kind, S. Freud Inst. Univ. Frankf., Hartmut Rosa, Univ. Jena) gibt es zwei Bewältigungsformen: Bagatellisierung von Überforderung vs. depressive Verarbeitung. Als Beispiel wird genannt die Äußerung von Eltern „Unser Kind soll von Anfang an zu den Besten gehören“. Auf Seiten des Kindes wird komplementär erlebt: Erleben einer bedingten Zuwendung im Sinne von: „Ich werde geliebt, wenn ich ein erfolgreiches ... Kind bin“. Der depressive Heranwachsende ist daher ständig von dem Wunsch beseelt, der Idealvorstellung gerecht zu werden, die seine Eltern von ihm hegen, nur um schließlich festzustellen, dass er dazu entweder nicht imstande ist - oder aber, dass seine entsprechenden Bemühungen bedeuten würden, dass er niemals zur Individuation gelangt (Bemporad 1978).“

„Entscheidungen zeigen, wer wir sind!“ (Dumbledore bei Harry Potter)

In Bezug auf die Selbstoptimierung des Körpers bedeutet das z.B. die Zunahme von „digitalem Morping“: Virtualisierung des Körpers. Es geht um die Transformation des Körpers in eine Benutzeroberfläche durch retuschierte Selfies (Borkenhagen 2018). Nach stufenloser Verwandlung in ein altersloses Gesicht mit werbewirksamen vorher-nachher-Kontrast erfolgt die Entscheidung: Schönheitsmedizin kaufen! Schnell, erschwänglich, für die Frau von nebenan ... So heißt es in einem Artikel der FAZ: „Deutschland spritzt sich schön“ (FAZ). Die Folge: Eine magische Identifizierung mit dem erschaffenen Selbstbild. Und aufgrund aggressiver Werbung, z.B. in Berlin am Kudamm: „Botox für alle!“ „Botox to go!“ „Botox during lunchtime ...“. Übersetzt: Wer nicht jung aussieht, ist selber schuld! „Botox Junkies“, die sich immer wieder behandeln lassen, spüren den unsichtbaren Zwang Es entsteht das Phänomen der „vor-sorglichen Eingriffe“ ... Laut einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische und Plastische Chirurgie DGÄPC von 2016 ergibt sich folgendes Bild: Derzeit lassen überwiegend Frauen bereits

mit etwa 30 Jahren Eingriffe vornehmen. Was durch Training und Diät körperlich nicht erreichbar sei, das könnten Chirurgen „vielleicht noch irgendwie hyperoptimieren“ (Kantelhardt, DGÄPC). Bei Kunden um die 30 würden sogar vorsorglich Ansätze von Falten behandelt. Den Zuwachs bei den Eingriffen ohne Skalpell erklärt Kantelhardt, wegen der Alltagstauglichkeit im Vergleich zu OPs: Die Spritzen lässt man sich quasi in der Mittagspause geben. Ungefähr ein halbes Jahr halte die Wirkung an. Damit seien diese Behandlungen eine „Einstiegsdroge“. Vor allem Frauen bevorzugten es, sich auf diese Weise an Eingriffe „heranzutasten“, Männer dagegen setzten eher gleich auf eine Schönheits-OP.

Modell „Young Girl“. Jugendliche Weiblichkeit als Metaideal

Die überlebens-notwendige gesellschaftliche Anerkennung wird auf individuell schwer zu durchschauende Weise mit der Verbindung von Jugendlichkeit und Weiblichkeit verknüpft. Da statistisch gesehen die wenigsten Frauen einer Gesellschaft jung sind, geht das Ideal mit einer Abwertung des Weiblichen einher (Holland 2007, Geschichte der Misogynie). Jugendlichkeit muss täglich durch Selbstoptimierungsstrategien hergestellt werden - Falten, graue Haare, Schwerekraft - das alles wäre eine Demaskierung einer Illusion: Es geht psychodynamisch gesehen um die kollektive Abwehr des Todes, d.h. der Sterblichkeit des Menschen (Tiqqun, Grundbausteine einer Theorie des Jungen-Mädchens, übersetzt von Ronald Voullié. Merve Verlag, Berlin 2009; Borkenhagen 2018). Weiblichkeit wird seit Jahrhunderten mit dem Tod gleichgesetzt (Beispiel: Medusa) - das Young Girl-Ideal soll die Todesfurcht bannen ...

Selbstoptimierung und ästhetische Chirurgie

Das Thema ist ein globales Phänomen. Die ästhetische Chirurgie profitiert vom globalen kulturellen Ideal der Makellosigkeit. Weltweit wurden 2016 über 30 Millionen (2013 noch: 14,7 Millionen !) Schönheitsoperationen durchgeführt. Mindestens 2% bei Kindern und Jugendlichen. Die Zuwachsraten sind immens. Weltweit 2016: 1 Billionen Eingriffe! (D: 9.Platz: 33 Mill. Eingriffe, +10% ggü. 2015). Der wirtschaftliche Status misst sich besonders in den Schwellenländern inzwischen daran: 41% der Eingriffe finden sich in USA, Brasilien, Italien, Mexiko, Indien.

In Deutschland ließen sich nach Schätzungen der ästhetischen Chirurgen im Jahre 2011 bereits eine halbe Million Deutsche operieren, um ihr Aussehen zu verbessern, davon etwa ein Prozent Jugendliche. In den USA waren es 2011 dreimal so viele: 1,6 Millionen US-Bürger unterzogen sich einem operativen Eingriff, davon zwei Prozent Jugendliche. In einem Fernsehbericht des Magazins *taff* (18.6.2013) über ein japanisches 16-jähriges Mädchen mit Operationswunsch wurde deren Mutter in einem Video, das sie anonymisiert von hinten zeigte, interviewt: „Ich zeige mich nicht mit meinem Gesicht in der Kamera, weil ich mich als zu hässlich empfinde. Ich möchte nicht, dass es meiner Tochter genauso geht, ich möchte nicht, dass sie leidet. Deswegen habe ich mein Ersparnis für eine Augenlid-Operation meiner Tochter hergegeben.“

Dann wurde die Tochter auf dem Weg zum plastischen Chirurgen gezeigt. Sie kündigte an, wenn erst einmal die Augen operiert seien, sei als nächstes die Nase dran. Außerdem empfinde sie ihre Mundwinkel als nicht ganz symmetrisch, das sei dann die übernächste Operation. Ihr Chirurg wurde interviewt: Er betonte, 16 Jahre, das sei „normal“, seine jüngsten Patientinnen seien erst acht Jahre alt. Sie würden von den Müttern geschickt, weil sie morgens zu viel Zeit vor dem Spiegel verbringen, um sich eine „europäische“ Lidfalte zu schminken, und daher oft zu spät zur Schule kämen. Um das zu unterbinden, sei es besser, den Schulmädchen operativ eine Lidfalte zu schaffen.

Zwei Beispiele aus meiner Praxis
Eine ca. 25-jährige Patientin mit ebenmäßigen Gesichtszügen kommt in einer Ausnahmesituation zu mir. Sie hatte schon mehrere sogenannte Schönheitsoperationen im Gesicht durchführen lassen, unter anderem mit Nachoperationen wegen Komplikationen. Sie gerät in eine psychische Krise, nachdem ein ästhetischer Chirurg eine Botoxbehandlung im Gesicht ablehnte; das habe sie völlig verzweifeln lassen. Auf meine Frage, warum der neuer-

liche Eingriff von ihr als notwendig angesehen worden sei, antwortet sie: "Man muss doch vorsorgen für den Fall, dass die Attraktivität einmal nachlässt."

Hier wird meines Erachtens deutlich, dass besonders bei Menschen, die fast suchtartig ästhetische Operationen durchführen lassen, ein unbewusster Drang zu selbstverletzendem Verhalten vorhanden ist. Im Hintergrund ist immer der Zusammenhang zu einer Körperbildstörung bedeutsam.

Die Wucht der selbstdestruktiven Motive, die bei dem Drang nach Schönheitsoperationen eine Rolle spielen können, illustriert auch der zweite Fall:

Eine ca. 40jährige Patientin mit schweren kumulativen Traumatisierungen in der Kindheit, die in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung lebte, in der es ihr wichtig war, auf keinen Fall eine weibliche oder mütterliche Rolle einzunehmen, überraschte mich mit ihrem Entschluss zu

einer Operation, von ihr als eine wegen Rückenschmerzen medizinisch notwendig dargestellte Verkleinerungsoperation mit fast vollständiger Brustentfernung beidseits, die sie gegen meinen Rat dann auch durchführte – mit nachfolgenden massiven Wundheilungsstörungen. Die Operation wurde von ihr jedoch als Erfolg gesehen. Sie erfolgte nach ihrer Aussage in der Absicht, jegliche Ähnlichkeit zu ihrer leiblichen Mutter "abzuschneiden".

Gesellschaftliche Aspekte

Globalisierung von Körperidealen, transgenerationale Weitergabe von Einstellungen zum Körper und die Zunahme chirurgischer Körpermodifikationen: In der transgenerationalen Perspektive betrachtet hat sich der gesellschaftliche Attraktivitätsdruck für Frauen in den letzten 30 Jahren stark verändert. Orbach (2012) betont, in der Generation unserer Mütter habe es überwiegend nur eine kurze Zeitspanne gegeben, in der sich die Frau überdurchschnittlich viel mit ihrem Äußeren beschäftigte: im Alter um die 20, wenn es darum ging, einen Ehemann zu finden. In unserer eigenen Generation finde diese Phase gar kein Ende mehr: Auch im hohen Alter nehme der Druck, immer perfekt auszusehen, nicht ab. Laut Orbach, einer ca. 70jährigen Psychoanalytikerin aus London, beginnt bei den Töchtern von Frauen ihrer Altersgruppe und bei deren Freundinnen, die heute um die 20 bis 30 Jahre alt sind, der Körperoptimierungsdrang schon viel früher, mit 12 oder 13 Jahren. Bei den jungen Mädchen heute sei noch einmal ein Sprung festzustellen, nicht nur in Japan, sondern auch in den europäischen Ländern: Mit sieben oder acht Jahren gehe es mittlerweile bereits los mit dem „Körperkorrekturwunsch“.

In einer Videountersuchung von Müttern mit ihren Töchtern, die zwischen 18 Monaten und zwei Jahre alt waren, befragte Orbach im Rahmen einer Studie in New York die Mütter nach ihrer eigenen Körpergeschichte, zum Beispiel nach dem Verhältnis, das wiederum deren eigene Mütter zum Essen hatten. Das Ergebnis: Mütter mit einem gestörten Körpergefühl geben diese Unsicherheit an ihre Kinder weiter. Sie geben ihnen entweder

zu viel oder zu wenig Essen, sie unterbrechen die Kinder beim Essen, zupfen ständig an deren Kleidern herum, berühren sie zu viel korrigierend und wirken ängstlich.

Eine Folge für die Töchter: Die Beschäftigung mit dem eigenen Körper hört auf, eine Quelle der Freude zu sein, und fängt an, das Mädchen zu quälen. Wer ständig über Körperformen, Körpergewicht, Essen, dessen Kaloriengehalt, Proteine und Sport nachdenkt, für den ist die Beschäftigung mit dem eigenen Körper nicht mehr gesund, sondern quälend. Im Vergleich: In verschiedenen Studien wurde nachgewiesen, dass Söhne mehr zu essen vorgesetzt bekamen, dass sie mehr getragen wurden, dass sie später zur Sauberkeit erzogen wurden und länger gestillt wurden. Ihnen wurde mehr Zeit gegeben, ein gesundes Körpergefühl zu entwickeln:

„Wir bringen Jungs immer noch bei, stark und machomäßig zu sein. Wir stecken kleine Mädchen in rosa Prinzessinnenkleidchen, und Frauen ziehen sich wie Püppchen an. Schauen Sie sich doch einfach die Barbie-Puppen-Sekretärinnen an, die in den Vorzimmern der großen Kanzleien sitzen“ (Orbach, 2012a.) „In der Zwischenzeit sieht man viele Frauen, die wie lebende Barbies aussehen. Das ist ein Problem. Damit kommen wir zur Frage nach der Grenze zurück: Sie ist fließend, aber allgemein würde ich sagen, dass sie dort liegt, wo die Beschäftigung mit dem Körper aufhört, eine Quelle der Freude zu sein und anfängt, einen zu quälen und vor sich herzutreiben“ (Orbach, 2009).

Noch nie ist der Hass auf den eigenen Körper so explodiert wie heute. Körper werden nicht mehr als etwas wahrgenommen, in dem man geboren wird, das sich verändert, das sich über die Zeit entwickelt, sondern als ein Produkt, das stets optimiert werden muss. Die Idealbilder werden globaler und die Sucht nach Schönheit verwischt nicht nur die Altersgrenzen - die Models werden immer jünger -, sondern mittlerweile auch die geografischen Grenzen. Wer sich in den Metropolen der Welt auf Flughäfen oder Bahnhöfen umschaute, sieht in der Werbung überall dieselben Models. Pro Woche werden wir mit fünf- bis zehntausend Bildern bombardiert, die allesamt computerbearbeitet worden sind.

Die Zahl der Schönheitschirurgen hat dazu passend ebenfalls rasant zugenommen. Und diese schaffen sich ihre eigenen Kundinnen: Es gibt eine Industrie, die ihr Geld damit verdient, dass sich Frauen - im Vergleich zum globalisierten, eher an der Magersucht orientierten Schönheitsideal - zu dick und hässlich fühlen. Dieser Markt wird regelrecht

kreiert: Diese Industrie zielt darauf ab, Frauen und ihr Körpergefühl zu schwächen, und so schaffen sie indirekt Bedürfnisse und damit einen neuen Absatzmarkt, der sich daraus speist, dass die Frauen sich wieder stärker fühlen wollen. In den 1980er Jahren ist die erste Generation erwachsen geworden, deren Mütter ein zum Teil erheblich gestörtes Verhältnis zu ihrem eigenen Körper entwickelt haben. Kinder lernen durch Vorbilder. Sie nehmen alles wahr. Sie sehen eine Mutter, die ständig vor dem Spiegel steht, ihre Kleider wechselt, sich selbst kritisiert, darüber spricht, wie hässlich sie ist. Ihre Tochter wird das verinnerlichen, sie wird vermutlich denken: „So muss ich als Erwachsene auch sein.“ Diese Zusammenhänge wurden bereits von Flaake und King eindrucksvoll beschrieben (Flaake & King, 1998).

Ein Beispiel: Der „After-Baby-Body“. In einer Internetreportage vom 5.9.2013 wurde über Kate Middleton nach der Geburt ihres ersten Kindes berichtet: „Die Herzogin arbeitet am After-Baby-Body. Nur wenige Wochen nach der Geburt von Baby George sieht Kate schon wieder fantastisch aus. Zufrieden ist die Herzogin allerdings noch lange nicht. Angeblich werde sie noch weitere lästige Pfunde schmelzen lassen, um ihre perfekte Figur wieder zu bekommen, das einzig wahre Mittel dabei: Sport! [...] Eine Ruderfreundin der Herzogin verriet dem „Life & Style“-Magazin: „Kate bleibt super fit, indem sie läuft und das Fitnessstudio besucht. Das hilft, wieder in die alte Form zu kommen.“ Sie habe auch in der Schwangerschaft viel geschwommen und oft Pilates gemacht, was ihr geholfen habe, ihr Gewicht zu verlieren.

Orbach führt zu diesem Thema aus: „Ein Baby zu bekommen, ist der Beginn einer Beziehung. Alles sollte sich darum drehen, diesem neuen Menschen Platz in seinem Leben einzuräumen. Ich finde es einfach irritierend, wenn in dieser Situation die Hauptbeschäftigung einer Mutter zu sein scheint, Sit-Ups und Liegestütze zu machen oder mit ihrem Personal-Trainer joggen zu gehen. Anstatt ihr Baby kennen zu lernen, seine Bedürfnisse zu erspüren, mit ihm zusammen ein Nickerchen zu machen, fühlen sich diese Berühmtheiten offenbar gezwungen, ihren Körper zu stählen, ihn zu formen.“ (Orbach, 2012a).

In der Werbung plastisch-chirurgischer Arztpraxen wird die sogenannte Schönheitschirurgie als eine neue Form der „Körperpsychotherapie“ dargestellt. Ein Münchener ästhetischer Chirurg äußert auf seiner Website beispielsweise, er würde jeder Frau eine Operation, zum Beispiel zur Verkleinerung ihrer Schamlippen, aus rein psychischen

Gründen anbieten! Im Internet findet sich seit Jahren eine breite Palette von Angeboten zur Körpermodifikation. Einen Einblick bietet die folgende Liste von Behandlungen in alphabetischer Reihenfolge aus den Internetauftritten dementsprechender Anbieter – eine bunte Mischung von kosmetischen Operationen sowie medizinisch indizierten operativen Eingriffen: Bruststraffung, Brustvergrößerung, Brustverkleinerung, Dehnungsstreifen entfernen, Dermabrasion, Endermologie, Facelift, Faltenbehandlung, Fettweg-Spritze, Fettabsaugung, Fruchtsäurepeeling, Gynäkomastie (Brustentwicklung bei Männern) beseitigen, Haarentfernung, Haartransplantation, Halslifting, Lidkorrektur, Lippenvergrößerung, Meso-Therapie, Nasenkorrektur, Oberschenkelstraffung, Ohrenkorrektur, Penisvergrößerung, fotodynamische Therapie, Schamlippenkorrektur, Schlupfwarzen beheben, Schwangerschaftsstreifen entfernen, Tattoo-Entfernung, übermäßiges Schwitzen reduzieren, Vaginastraffung, Zahnimplantate.

Durch diese Vermischung wird der Eindruck erweckt, es handle sich bei den kosmetischen Eingriffen um medizinisch notwendige – oder zumindest psychologisch erforderliche – operative Interventionen.

Es geht allerdings auch „unterhaltsamer“: Im Internet wird zum Beispiel für den sogenannten „Schönheitschirurgie-Simulator“ geworben: „Der Schönheitschirurgie-Simulator für Windows oder als App für ihr Smartphone ist eine einfache, aber leistungsstarke Anwendung, mit der Sie Ihre Fotos verändern und potentielle Ergebnisse einer Schönheitsoperation an Körper und Gesicht simulieren können – leicht anzuwenden!“ Hier kann mittels Fotosimulation die angestrebte Größe und Form der zu operierenden Brust oder Nase vorgeplant werden.

Über die Funktion kosmetischer Eingriffe bei Frauen am Beispiel der Intimchirurgie Bald wird es solche Simulator-Anwendungen vermutlich auch für eine andere Körperregion geben, für das „da unten“ – denn es gibt einen seit mehreren Jahren zunehmenden Trend zur Intimmodifikation durch plastische Chirurgie. Im Netz finden sich unter dem Stichwort „Intimchirurgie“ schon jetzt entsprechende Videoclips der Anbieter, die die OP-Techniken in blausaftigen Farben mit einer Computersimulation aufzeichnen. So wird zum Beispiel im Animationsfilm zur Labienresektion von Prof. Dr. Stefan Gress aus München erklärt, wie durch diesen als harmlos geschilderten Lasereingriff „eine harmonische Verkleinerung der Schamlippen [...] zu einem optimalen ästhetischen Ergebnis“ führe (Gress, 2016).

Von der Intimirasur zur Intimchirurgie

Ein historischer Hintergrund der weltweiten Zunahme der Intimchirurgie ist die Freilegung und Normierung der Genitalregion durch Intimirasur, das heißt der Trend zu einer glattrasierten Vulva, gerade bei jüngeren Menschen, was sowohl von der Porno- als auch von der Modeindustrie, die immer weniger Möglichkeit zur Verhüllung von Körperregionen zulässt, beeinflusst wird. In verschiedenen Studien wird die Diagnose „Generation Porno“ (Borkenhagen, 2013) bestätigt: Zwei Drittel aller 11 bis 17jährigen hatten Kontakt mit Pornos, 42% der 11 bis 13jährigen und 79% der 14 bis 17jährigen Jugendlichen.

In einer bundesweiten, repräsentativen Befragung der Universität Leipzig gaben 50% der Frauen zwischen 18 und 25 Jahren eine regelmäßige Intimirasur an, bei den Männern waren es etwas weniger (Brähler, 2009). In einer Studie an 314 Psychologie- und Medizinstudierenden der Universitäten Leipzig und Essen gaben 88% der Frauen und 67% der Männer an, sich regelmäßig im Intimbereich zu rasieren (Kühne, 2007, zit. n. Borkenhagen, 2010, S. 74). Es gibt inzwischen eine Fülle von Intimfrisuren, zum Beispiel den „Hollywood-Style“, das heißt die komplette Rasur, den „Brazilian Cut“, bei dem bis auf einen schmalen Streifen alle Haare entfernt werden, den „Bikini-Cut“, bei dem nur die äußeren Ränder des Schamdreiecks verschwinden, und den „Freestyle“, bei dem jede Form, zum Beispiel Herzen oder Buchstaben, erlaubt ist (Borkenhagen, 2013).

Mit dieser Praktik wird bei den Frauen das lange verleugnete weibliche Genital sichtbar. Damit ist sozusagen die Frage virulent geworden, wie eine perfekt-schöne Vulva aussieht. Nach Ansicht von Borkenhagen ist die Sichtbarkeit des weiblichen Genitals zunächst einmal als etwas Emanzipatives anzusehen, nachdem es jahrhundertlang als das „Da-unten“ im Grunde unversprachlicht und nicht ausreichend im Körperbild repräsentiert war. Kritikwürdig seien jedoch die ästhetischen Normen, die sich damit entwickelt hätten: „Die Ausweitung kultureller Schönheitsnormen beinhaltet einen Gestaltungsimperativ“ (Borkenhagen, 2013). Sie sieht einen Zusammenhang zu anderen Optimierungsdiskursen, etwa zu dem, bis ins hohe Alter fit sein zu müssen. Selbstoptimierung sei der neue Sozialcharakter des Menschen.

Weibliche Intimchirurgie – FGCS (Female Genital Cosmetic Surgery)

Worum handelt es sich bei der weiblichen Intimchirurgie – um einen Modetrend? Um eine zeitgemäße und identitätsstiftende Körpermodifikation, wie dies des Öfteren etwa bei Tätowierungen betrachtet wird? Um ein Instrument zur Befreiung in Richtung selbstbestimmter weiblicher Sexualität? Um eine neue Form der Körperpsychotherapie? Oder um ein Mittel zu weiblicher Depotenzenierung – im Gewand des Trends zur Sexualoptimierung?

Besonders im Intimbereich, das heißt im Bereich des weiblichen Genitals, wird derzeit der Kampf um den perfekten Körper geführt – mit rasanter Zunahme der Operationszahlen. Die kosmetische Intimchirurgie, englisch Female Genital Cosmetic Surgery (FGCS), führt folgende Operationspraktiken durch: Labienresektion und Labienplastik, das heißt Verkleinerung der inneren Schamlippen und Vergrößerung der äußeren Schamlippen, Einspritzungen zur Gewebeveränderung und Lipidinjektionen, Fettabsaugung am Schamhügel und an den äußeren Schamlippen, Vaginalverengung durch Fettinjektionen oder chirurgische Verengung, Reduzierung der Klitorishaut, Repositionsoperationen der Klitoris, Vergrößerung des G-Punkts durch Kollagen- oder Eigenfettinjektionen in den G-Punkt-Bereich, was zu einem Anschwellen der G-Punkt-Region führen soll, sowie Jungfernhäutchen-Rekonstruktionen, die nicht nur, aber überwiegend von Frauen aus der Dritten Welt kurz vor der Heirat durchgeführt werden.

Laut Statistik der Deutschen Gesellschaft der Plastischen Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen, DGPRÄC (2011, 2013), werden in Deutschland pro Jahr mindestens 7.000 Operationen im Intimbereich durchgeführt, mit steigender Tendenz. Allein 5.400 davon seien Korrekturen der Schamlippen – dieser Eingriff sei „in der Mitte der Gesellschaft angekommen“. Sehr viel höher sind die Zahlen in den USA und in Brasilien, wo die Intimchirurgie schon seit vielen Jahren im Trend liegt. In den USA wachse dieser Markt-bereich um jährlich 20 bis 30 Prozent.

Legitimiert werden diese Operationen im Intimbereich vonseiten der Operateure häufig mit hygienischen oder medizinischen Gründen, etwa Beschwerden beim Fahrradfahren. Zunehmend wird aber auch mit psychischen Gründen geworben, zum Beispiel Verminderung der Scham, sich in Umkleieräumen im Sportverein umzuziehen, ja sogar eine Verbesserung der sexuellen Erlebnisfähigkeit wird versprochen. Betont wird mit dem

Vokabular der Frauenbewegung der 1970er Jahre gearbeitet, zum Beispiel dem Recht auf Selbstbestimmung der Frau oder der freien Wahl bezüglich der Gestaltung ihres Genitals. Solche Argumente gehen eher mit gesellschaftlichen als mit individuellen Vorstellungen von Schönheit einher. Nach Sanyal (2009) kommen bei operativ verkleinerten Schamlippen kulturelle und letztlich auch koloniale Vorstellungen zum Tragen, dass nämlich kleine Labien auch eine kleine Libido und damit sexuelle Zivilisiertheit versus Wildheit bedeuten.

„Ein Genital wie ein Partybrötchen?“

Live konnte der Umgang mit diesem Thema erfahren werden im Rahmen einer Veranstaltung in Berlin (3. Juni 2013) mit dem Thema „Frauen zwischen Körperoptimierung und sexueller Selbstbestimmung. Schönheitswahn erfasst den Genitalbereich - wie gehen Frauen damit um?“. Dort war unter anderem der erste Vorstandsvorsitzende der Gesellschaft für Ästhetische und Rekonstruktive Intimchirurgie Deutschland e.V., GAERID, der Gynäkologe Dr. Marva Nuwayhid, eingeladen worden, ärztlicher Leiter der Lanuwa Ästhetik Klinik. Er begründete die aus seiner Sicht bestehende Notwendigkeit zu intimchirurgischen Eingriffen, zum Beispiel für einen „juvenilen Look“, mit folgenden Worten: „Jede Frau möchte doch ein Genital haben, das die Form eines Partybrötchens hat.“ Oder: „Bei uns bekommt jede Frau ihren Wunsch erfüllt, das Genital eines zwölfjährigen Mädchens zu besitzen.“ Auf Einwände vonseiten des Publikums sagte er in der Diskussion: „Wir alle lieben doch im Schönen das Kindliche. Oder lieben Sie nicht Gesichter mit Stupsnasen?“

Angeblich wollen also Frauen „untenrum“ wie „Partybrötchen“ aussehen. Ziel sei also eine Vulva, die an die obere Hälfte eines von Meisterhand ebenmäßig geformten Backwerks erinnere: glatte äußere Schamlippen, die die inneren Labien fest umschließen - wie bei einem Mädchen vor der Pubertät.

Psychosoziale Hintergründe bei Verkleinerungsoperationen des Genitals

Die Soziologin Anna-Katharina Meßmer, die an der Universität München über Intimchirurgie promoviert hat, betont, es gehe dabei um die Optimierung zur Kindfrau, wobei patriarchale Vorstellungen von Reinheit und Jungfräulichkeit reaktiviert würden. Die Idee eines Zuviel an weiblicher Sexualität, die es zu zähmen gilt, schwinde dabei mit.

Hier werde eine neue soziale Norm entwickelt, die insbesondere junge Frauen unter Druck setzen kann. Meißmer zitiert eine Patientin: „Wenn einen etwas stört im Leben, dann ändert man das ja generell. Und gut, dann ändert man halt seinen Körper“ (RTL-Sendung 30 Minuten Deutschland vom 30.7.2009, zit. n. Meißmer, 2013).

In Berichten über kosmetische Genitalchirurgie wird, zum Beispiel in Internetauftritten der entsprechenden Praxen, die Verbesserung des weiblichen Lustempfindens als Ziel und Ergebnis dieser Eingriffe dargestellt. So wird die Intimchirurgie zum probaten Mittel, mit dem über die Anpassung an die neue Intimästhetik auch die zur Norm avancierte sexuelle Befriedigung erreichbar sei: Demnach erlauben erst die chirurgischen Maßnahmen den Frauen, ihr sexuelles Repertoire zu erweitern. Als Marktstrategie wird hier also invasive Chirurgie als eine neue Form der Sexualtherapie propagiert!

Risiken und Nebenwirkungen der Intimchirurgie

Die Risiken kosmetischer Genitalchirurgie bleiben in den meisten Medien- oder Patientenberichten sowie in den Berichten der ästhetischen Chirurgen unerwähnt. Aktuell werden sogar operative Eingriffe mit örtlicher Betäubung vor laufender Kamera im Internet als Werbefilme gezeigt. Unisono wird danach – die Frauen gehen nach dem ambulanten Eingriff angeblich beschwingt und beschwerdefrei nach Hause – ein überwältigender Zuwachs an Selbstbewusstsein und sexueller Befriedigung konstatiert.

Dagegen warnte bereits 2009 die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) in einer Stellungnahme zur Intimchirurgie, dass Risikoeinschätzungen und Komplikationsraten dieser Operationen fehlen oder verharmlost werden. Es gebe keine Nachuntersuchungen über längere Zeiträume. Komplikationen seien zum Beispiel Wundheilungsstörungen, Entzündungen, Narbenbildung, Sensibilitätsstörungen mit Herabsetzung der sexuellen Empfindungsfähigkeit sowie Funktionseinschränkungen der Genitalien. Durch Narben könne es zu Schmerzen beim Gehen und Sitzen, bei sportlicher Betätigung und beim Geschlechtsverkehr kommen. Noch Jahre nach dem Eingriff können das Sexuelleben und die Lebensqualität deutlich herabgesetzt sein (DGGG, 2009, zit. n. Borkenhagen, 2010, S. 108-111).

In einer Untersuchung im Auftrag des Pharmaunternehmens Organon wurden 9.441 Frauen zwischen 18 und 44 Jahren aus 13 Ländern zu ihrer Einstellung, Wahrnehmung und ihrem Wissen bezüglich ihrer Vagina befragt (Borkenhagen et al., 2009). Die Mehrheit der befragten Frauen (61%) hatte Bedenken bezüglich des Aussehens und 47% wegen der Größe der eigenen Vagina. Knapp die Hälfte der Befragten (47%) gab an, dass die Vagina der Körperteil sei, über den sie am wenigsten wissen, wobei 78% glaubten, dass gesellschaftliche Tabus zu dieser Unwissenheit beitragen. Unwissenheit und Unsicherheit über die Erscheinungsvariationen der weiblichen Genitalien werden auch von Klinikern als ein wesentlicher Grund für den Wunsch nach einer kosmetischen Genitalkorrektur angesehen, da eine wirkliche Hypertrophie der Labien extrem selten ist.

Intimchirurgische Körpermodifikationen bei Frauen und Männern?

Während bei der weiblichen Intimchirurgie in erster Linie Verkleinerungsoperationen durchgeführt werden, zum Beispiel Labienverkleinerung, Vaginaverengung oder Fettabsaugung zur Verkleinerung des Venushügels, geht es bei der männlichen Intimchirurgie fast ausschließlich um die Vergrößerung des Penis (Penis-Augmentation). Peniskorrekturen seien aber bisher noch ein Randthema, so die Deutsche Gesellschaft für Plastische und Reproduktive Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC, 2013). Nur 150 Mal hätten die Mitglieder dieser Gesellschaft 2011 am Penis operiert, die Entfernung der Vorhaut einmal nicht mitgezählt.

Patientinnen mit intimchirurgischen Eingriffen

Nicht selten spielen bei den in die intimchirurgischen Eingriffe drängenden Menschen unbewusste Faktoren eine wesentliche Rolle. So kann nach Borkenhagen dem Wunsch nach einer kosmetischen Genitalchirurgie ein psychischer Konflikt zugrunde liegen, der durch einen Schnitt gelöst werden soll. Oft verbergen sich hinter dem Wunsch nach einem genitalchirurgischen Eingriff, so Borkenhagen et al. (2009), auch Depressionen, narzisstische Störungen, Sexualstörungen, Reifungskonflikte. Auch Traumafolgestörungen und vor allem Körperbildstörungen bis hin zur körperdysmorphen Störung können der Hintergrund eines drängenden Wunsches nach intimchirurgischen Eingriffen sein. Nach neueren Untersuchungen ist deren Prävalenz bei Intimchirurgiepatientinnen höher als bei denen anderer kosmetischer Operationen.

Veale et al. (2014) untersuchten 55 Frauen mit Wunsch nach kosmetischer Labienplastik und verglichen sie in Bezug auf ihre Motivation und psychische Merkmale mit einer Kontrollgruppe von 70 Frauen. Es wurden allgemeine psychische Items wie Angst und Depression gemessen, jedoch auch spezifische Evaluationsinstrumente angewandt, zum Beispiel genital appearance satisfaction und cosmetic procedure screening for labiaplasty. Im Ergebnis unterschieden sich beide Gruppen bezüglich Angst und Depression nicht, allerdings hatten die Frauen mit OP-Wunsch deutlich höhere Werte im Bereich Vermeidung und Sicherheitssuche; von den 55 Probandinnen mit OP-Motivation erfüllten zehn die diagnostischen Kriterien einer körperdysmorphen Störung (Veale et al., 2014).

Diese Studie zeigt exemplarisch: Fast alle Probandinnen mit FGCS-Wunsch zeigten unsicher-vermeidende Persönlichkeitszüge, fast 20% der Probandinnen in dieser Stichprobe litten an einer klinisch bedeutsamen Störung des Körperbildes im Sinne einer Körperdysmorphophobie mit extrem herabgesetzter Körperakzeptanz. Dieser Befund liegt noch über der von Honigmann et al. beschriebenen Quote an körperdysmorphen Störungen bei KlientInnen der kosmetischen Chirurgie von 5 bis 15% (Honigmann et al., 2004).

Braun (2005, zit. n. Borkenhagen, 2010) sieht auch einen Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach operativer Schamlippenkorrektur und dem Populärwerden der Sexualpraktik des Oralsex. Braun berichtet in diesem Zusammenhang von einer 27jährigen Patientin, die ihre Schamlippen als zu lang empfand und geäußert habe: „Die Schamlippen haben mein Sexleben ruiniert. [...] Ich hatte niemals Oralsex, weil ich es nicht ertragen konnte, dass er (mein Freund) mich aus nächster Nähe hätte sehen können“ (Borkenhagen, 2010, S. 102).

Operative kosmetische Eingriffe und das Körperbild

Das Konzept des Körperbildes ist von Schilder (1935) als eine umfassende Theorie des Körpererlebens entworfen worden. Das Bewusstsein der Körperlichkeit, das dreidimensionale Bild unseres Selbst, wird nach Schilder aus den taktilen, kinästhetischen und optischen Elementen konstruiert. Durch die beständige Wechselwirkung zwischen dem eigenen Körperbild und dem Körperbild anderer bleibt der Leib während des ganzen Lebens - darauf haben vor allem phänomenologische Forschungen (Merleau-Ponty, 1945) immer wieder abgehoben - auf den anderen bezogen. In diesem Sinne spricht die französische Phänomenologie von intercorporeité, der Zwischenleiblichkeit.

Ein weiteres Beispiel: eine 37jährige, untergewichtige Patientin mit unklaren Bauchbeschwerden, die ich kürzlich in einer Naturheilkunde-Ambulanz sah - mir fielen große, mich fast ansaugende dunkle Augen auf, die Traurigkeit bei mir spürbar werden ließen. Gleichzeitig trat sie forsch, intellektualisierend und ärgerlich fordernd auf. Sie berichtete, sie wisse genau, was sie brauche: Sie wolle ihren Körper jetzt "völlig entgiften und komplett neu programmieren", so wie sie ihr ganzes Leben umstellen und so unter anderem von den Essanfällen wegkommen wolle. Man habe sie hier in der Klinik nicht fasten lassen, das mache sie ärgerlich. Sie sei gerade wieder einmal getrennt - sie habe bisher kein Glück mit den Partnerbeziehungen, die würden nach kurzer Zeit immer kaputtgehen. Erst in der Teambesprechung erfuhr ich, was sie mir nicht erzählt hatte: Gegenüber dem Chefarzt habe sie fast stolz berichtet, eine Operation wolle sie nicht unerwähnt lassen - sie habe sich die Schamlippen operieren lassen, sie habe sich vorher in diesem Bereich einfach nicht attraktiv genug empfunden.

Biografischer Hintergrund war die frühe Ablehnung der Patientin als ein unerwünschtes Kind, die frühe Trennung

der Eltern in der Kindheit. Sie blieb bei der Mutter und relativ kurz darauf - nach etwa einem Jahr - starb die Mutter an Krebs. Die Patientin litt deswegen an Schuldgefühlen, sie äußerte, sie habe die Mutter vielleicht nicht gut genug gepflegt. Nach dem Tod der Mutter musste sie zum Vater ziehen und machte problematische Erfahrungen mit ihm. Die Stiefmutter ließ immer wieder durchblicken, sie sei ja nur gezeugt worden, um eine damals schon zerrüttete Beziehung ihrer Eltern zu kitten.

Die anorektische Essstörung könnte auf einen unbewussten Todeswunsch hinweisen, vielleicht in dem Sinne, sich grundlegend als ohne Lebensrecht zu fühlen oder um der verstorbenen Mutter nachzuzufolgen. Die operative Verkleinerung der Labien dagegen könnte ein Hinweis auf einen unbewussten ödipal-sexualisierten Wunsch an den Vater sein, er könne sich ihr mit einem kindlich verkleinerten Genital eher zuwenden und ihr die verlorene Mutter ersetzen.

Am Ende unseres Gespräches war sie recht nachdenklich und deutlich motiviert, sich Hilfe durch eine Behandlung bei einer psychosomatischen Psychotherapeutin zu suchen.

Das Körperbild als Struktur ist also nach Dolto als eine „lebendige Synthese unserer emotionalen Erfahrungen“ zu sehen (Dolto, 1987), es spiegelt die Integration unseres Körpererlebens während der Individuation, bis es schließlich in eine gefestigte Identität „eingezeichnet“ ist. Dieser Integrationsprozess ist leicht störbar, und Störungen, zum Beispiel im Bereich der Selbstakzeptanz, zeichnen sich im Körpererleben und im Körperbild ab. Das wurde in Untersuchungen zur Körperbilddiagnostik, unter anderem mit dem Körperbildskulpturtest (von Arnim & Joraschky, 2009; von Arnim et al., 2007) nachgewiesen.

Krüger-Kirn schreibt zu der Körperbildthematik: „Werden nun - wie im aktuellen Körper- und Schönheitsdiskurs - Körperzonen gehemmt, die spezifisch weiblich sind und mit Lust und weiblicher Potenz zusammenhängen, hat dies unweigerlich Konsequenzen für die libidinöse Besetzung des eigenen Körpers. Insofern muss aus dieser Tatsache der Schluss gezogen werden, dass Frauen weiterhin bestimmten Formen von Fremdbestimmung und Funktionalisierung unterworfen sind“ (Krüger-Kirn, 2014, (in S. 187-203) ..

Störungen von Körpererleben und Körperbild im Zusammenhang mit Körpermodifikationen

In den letzten 30 Jahren rückten klinische Phänomene in den Blickpunkt, die auch für das Thema „der Körper als Kriegsschauplatz“ bedeutsam sind: zum Beispiel Körpermanipulationen bei artifiziellen Störungen, offene und verdeckte Dismorphophobien im Zusammenhang mit plastischen Operationen, Akzentuierung bis hin zur Automutilation des Körperäußeren („Körpermodifikation“) durch Piercing und Tattoos (Stirn, 2004). Vor diesem Hintergrund ergab sich für die empirische Forschung die Aufgabe, das bewusste Körpererleben in Form von Körperkonzepten empirisch zu erfassen, die Körperkonzepte als Teil des Selbstkonzeptes zu differenzieren, die Körperwahrnehmung psychometrisch zu erforschen und unbewusste Determinanten des Körpererlebens mithilfe projektiver Verfahren zu untersuchen.

Die Körperbilddiagnostik, angestoßen durch Hilde Bruchs Beschreibung der Körperbildstörung als Grundstörung bei der Anorexia nervosa (Bruch, 1973), wird in der Mehrheit der empirischen Studien vor allem von zwei Richtungen bestimmt: In der angloamerikanischen Literatur dominieren sozialpsychologische Untersuchungen über kulturelle Einflussfaktoren auf das Körperbild. Hierher gehören gesellschaftlich akzentuierte

Körperideale, der mediale Körper, die Möglichkeit des „Bodyshaping“ durch Fitness oder plastische Operationen. Zum anderen führte die hohe Diskrepanz zwischen äußerem körperlichen Erscheinungsbild und innerem Selbsterleben zur Untersuchung der Körperkonzepte als eines Teils des Selbstkonzeptes, der einen großen Einfluss auf die globale Selbstakzeptanz hat.

Das Konzept des Körper selbst als entwicklungspsychologisch bedeutsame Komponente der Selbstkonzepte und Identitätsbildung

Der Prozess der Konstituierung des Körper selbst wird seit ca. 50 Jahren vor allem von der empirischen Säuglingsforschung und Entwicklungspsychologie untersucht. Als Pioniere gelten unter anderem Stern (1985), Lichtenberg (1991) und Müller-Braunschweig (1997). Psychodynamische Theorien zeigen die verschiedenen Ebenen der Integration im Rahmen der Identitätsentwicklung vor allem unter entwicklungspsychologischen Aspekten auf: die Bedeutung der Emotionsregulation für die Entwicklung des Selbst im Zusammenhang mit dem Bindungserleben und die Bedeutung der Motivationssysteme Erkundungsverhalten und Sexualität, die sich alle im impliziten Gedächtnis niederschlagen und Grundschemata für das Verständnis von Handlungsdialogen sind.

Empirische Untersuchungen zu Entwicklungstraumatisierungen

Die entwicklungspsychopathologische Stressforschung zeigt, dass die meisten frühkindlichen Belastungen direkt Beschädigungen des Körpererlebens in Form von körperlicher Vernachlässigung und Gewalt, taktiler Deprivation und/oder Überstimulation, Verletzung der körperlichen Schamgrenzen und anderem mehr sind, die mit frühen emotionalen Vernachlässigungen meist Hand in Hand gehen. Die Modulation negativer Affekte wie Angst oder Schmerz findet in der frühen Entwicklung durch Beruhigung oder Überstimulation am Körper statt. Die Emotionsregulation, die intersubjektiv im körperlichen Austausch zwischen Eltern und Kind vermittelt wird, steht in engem Zusammenhang mit der Etablierung eines integrierten Körper selbstgefühls. Das beschädigte Körpererleben stellt in diesem Sinne eine Grundstörung, das heißt eine basale Vulnerabilität für spätere Selbstgefühlstörungen, dar.

Frühe Traumata im Bereich der Genitalien durch Genitalverstümmelung von Mädchen und Frauen

An dieser Stelle soll auch auf die Bedeutung früher genitaler Traumatisierungen durch „Beschneidung“ eingegangen werden, ein beschönigender Begriff für die in vielen Ländern Afrikas gesellschaftlich als für die Rolle einer vollwertigen Frau als notwendig erachteten weibliche Genitalverstümmelung (female genital mutilation - FGM).

Über die körperlich und seelisch massiv traumatisierende weibliche Genitalverstümmelung im Säuglings- oder im Kindesalter und deren Folgen ist besonders seit der Veröffentlichung von Waris Dirie, die in ihrem Buch *Wüstenblume* (1998) über ihre eigene Beschneidung berichtet, einiges aufgedeckt worden. Diese FGM wird seit Jahren durch Aufklärungskampagnen und intensive und langdauernde Unterstützungsprojekte, zum Beispiel durch die Kindernothilfe, in den betroffenen, meist afrikanischen Ländern, zum Teil auch erfolgreich, bekämpft, etwa durch konkrete Arbeit in den Dörfern, die Schaffung von Selbsthilfegruppen für Betroffene, Alphabetisierungskampagnen für Mütter und sogar durch Hilfs- und Jobangebote für die nach Abschaffung der FGM arbeitslosen „Beschneiderinnen“ (siehe www.Kindernothilfe.de/Genitalverstümmelung, 1.10.2016).

Eine Studie aus Nigeria beschreibt eindrücklich, wie schädlich gerade der auch in den afrikanischen Ländern zunehmende „Sensationshype“ bezüglich kosmetischer weiblicher Genitaloperationen ist, gerade angesichts der Bemühungen um die Reduzierung weiblicher Genitalverstümmelungspraktiken (Ashong & Batta, 2013).

Ausgeblendet wird in der öffentlichen Debatte allerdings meist die Beschneidungspraktik im europäischen Raum: Bis Ende der 1950er Jahre des letzten Jahrhunderts galt zum Beispiel in Großbritannien die Vulva- und Klitorisbeschneidung als Behandlungsmethode gegen Nymphomanie und Hysterie (Hulverscheidt, 2011). Boddy (2002) prägte den Begriff der „westlichen Beschneidungspraktiken“. Darunter versteht sie im weiteren Sinne auch andere Formen der Körpermanipulation wie Bulimie, Anorexie, Depilation und auch kosmetische Chirurgie. Sie führt aus:

„[D]ie unterschiedlichen Praktiken erwachsen aus der Annahme, dass der weibliche Körper Verbesserungen und einer ständigen Überwachung bedarf; beide machen die Frauen zu Vertreterinnen ihrer Selbst-Modifizierung und halten sie zur Selbstüberwachung und

Beschränkung an, beide wollen in Frauen den Wunsch nach Anpassung erzeugen, den Wunsch, das zu werden, was sie sein ›sollen‹. Subjekte werden in unserer Gesellschaft zur Selbstüberwachung und Selbstkontrolle trainiert“ (ebd., S. 147).

Sowohl weibliche Genitalverstümmelung (FGM) als auch kosmetische Chirurgie (FGCS) könnten demnach „als Formen der Disziplinierung und Normalisierung gesellschaftlicher und sozialer Körper“ (ebd.) begriffen werden. Dorneles de Andrade et al. (2010) betonen, dass beide Praktiken vorgenommen werden, um einerseits als Individuum und andererseits als sozial anerkanntes Mitglied in einer Gesellschaft bestehen zu können. In beiden Fällen würden sich Frauen erst dann „glücklich“ fühlen, wenn sie im soziokulturellen Kontext Normalität hergestellt haben. Hinzu komme, dass sich die Praktiken derartig ähnlich sein können, dass in verschiedenen Ländern beide Formen mit ähnlichen Bezeichnungen offiziell geführt werden. In Österreich werden zum Beispiel beide Praktiken als Formen der Körperverletzung reguliert, was zeigt, wie „nahe“ sich beide Praktiken sein können. Kritisch bleibt jedoch anzumerken, dass beide Praktiken im Kontext ihrer historischen und kulturellen Konstruktionen gesehen werden müssen.

Das Körperbild als Landkarte früher Traumatisierungen

Traumatische Erlebnisse wie Gewalterfahrungen und Verluste in der Frühkindheit beeinträchtigen die Herausbildung eines integrierten Körperbildes. So wird zum Beispiel mit in der Pubertät stattfindenden körperbezogenen Hänseleien in der Schule mit Ausgrenzungserfahrungen in Gruppen der Grad der erreichten Affekttoleranz „getestet“, die in der frühen Kindheit entwickelt wurde. Johnson et al. (2006) geben, abgeleitet aus ihren prospektiven Untersuchungen, folgende Kriterien für entwertende Umgebungen an: Sie seien gekennzeichnet durch Hauptbezugspersonen, die unberechenbar und inadäquat auf persönliche emotionale Erfahrungen reagieren, unsensibel für emotionale Zustände ihrer Mitmenschen sind, dazu neigen, auf emotionale Erfahrungen über- oder unterzureagieren, negative Emotionen besonders kontrollieren zu müssen und dazu neigen, schmerzhafte Erfahrungen zu trivialisieren und/oder solchen Erfahrungen negative Einstellungen (z.B. Mangel an Motivation oder Disziplin) zuzuschreiben.

Die Wechselwirkung zwischen emotionaler Vulnerabilität und entwertender Umwelt führt dazu, dass Emotionen nicht benannt und moduliert werden können, emotionaler

oder interpersoneller Distress nicht toleriert und persönlichen Erfahrungen nicht als zutreffend vertraut werden kann. Alle diese Entwertungen belasten durch stressreiche Körpererfahrungen die Entwicklung eines kohärenten, stabilen Körperbildes. So wird das Körperbild zur „Landkarte erlebter Traumatisierungen“, das auch Spaltungs- und Todeszonen (Plassmann, 1993) einschließen kann, die nicht gespürt und nicht ausreichend wahrgenommen werden. Daher sind Menschen mit Körperbildstörungen anfälliger für manipulative Strategien, wie sie zum Beispiel seit Jahren aggressiv im Bereich der Werbung für Intimchirurgie angewandt werden, die sie zu potenziell autoaggressiven Interventionen verleiten wollen.

Sozialpsychologische Untersuchungen zu den Körperidealen und Bodyismus, generelle soziokulturelle Entwicklungstrends wie die Überzeugung, dass der Körper grundsätzlich gestaltbar ist, oder das in den Medien repräsentierte unrealistische Schönheitsideal sind Faktoren, die von außen auf das individuelle Körperbild wirken. Negative Einstellungen zum eigenen Körper und Unzufriedenheit mit diesem sind nicht nur kennzeichnend für klinische Phänomene, sondern betreffen heute relativ große Teile der Bevölkerung, vor allem Frauen, die damit für chirurgische, aktuell zunehmend intimchirurgische Körpermodifikationen als Versuch der Selbsttherapie anfällig werden.

Die Übereinstimmung mit dem geltenden Körperideal stellt auch eine Art von kulturellem Kapital dar, das für den Einzelnen ein Zugang zu Aufstiegschancen und eine Quelle von Prestige sein kann. In Anlehnung an racism und ageism spricht van den Broek (1988) vom sogenannten Bodyismus unserer Kultur, was bedeutet, dass der Körper zur generellen Bewertungsgrundlage wird, anhand derer der Wert einer Person gemessen wird - von ihr selbst und von anderen. Die körperliche Erscheinung wird als Ausdruck der inneren Qualitäten eines Menschen interpretiert. Das Körperideal wird damit zum moralischen Ideal. Schlankheit zum Beispiel wird zum Ausdrucksmittel für positive Eigenschaften wie Attraktivität, Selbstkontrolle, Leistungsfähigkeit und Erfolg. Dicksein wird als Ausdruck von Faulheit, Charakterschwäche und Versagen interpretiert und der persönlichen Verantwortung des Betroffenen zugeschrieben (Brownell, 1991).

Die in den Medien präsentierten unrealistischen Bilder vom idealen Körper lösen bei vielen Mädchen und Frauen Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper aus. Experimentelle Studien (z.B. Hargreaves & Tiggemann, 2003) konnten kumulative und langfristige negative Effekte dieser Medienbilder auf das eigene Körperbild zeigen. Eine repräsenta-

tive Untersuchung aus den USA zeigt, dass fast die Hälfte (48%) der befragten Frauen ihr Aussehen negativ bewertet und sich zu dick findet (Cash & Henry, 1995). Im Vergleich zu einer zehn Jahre vorher durchgeführten Untersuchung (Cash et al., 1986) zeigt sich ein deutlicher Anstieg dieser negativen Körperbewertung (Tab. 1).

Untersuchung von: negativ bewertete Merkmale des Körpers bei Männern (M) und Frauen (F)	1972		1985		1994	
	M	F	M	F	M	F
Taille	36%	50%	50%	57%	63%	71%
Unterkörper	12%	49%	21%	50%	29%	61%
Oberkörper	18%	27%	28%	32%	38%	34%
Gewicht	35%	48%	41%	55%	52%	66%
Muskeltonus	25%	30%	32%	45%	45%	57%
Größe	13%	13%	20%	17%	16%	16%
Gesicht	8%	11%	20%	20%	k. A.	k. A.
Gesamterscheinung	15%	23%	34%	38%	43%	56%

Frauen, die sich zu dick finden – ohne es objektiv zu sein – zeigen ein auffälligeres Essverhalten (mehr Diät-Halten, mehr Binge Eating) und ein niedrigeres subjektives Wohlbefinden (Cash & Prozinsky, 1990). Die erlebte Diskrepanz zu unrealistischen Idealen kann als Folge von dysfunktionalen Regulationsmechanismen zum Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen – oder auch für den Wunsch nach chirurgischen Körpermodifikationen – werden. Weitere individuelle Risikofaktoren für die Entwicklung eines negativen Körperbilds sind: Gehänselt-Werden, soziale Vergleiche mit Geschwistern und das Vorbild der Mutter sowohl hinsichtlich der Einstellung zum eigenen Körper als auch in Verhaltensweisen wie Gewichtskontrolle und Diät. Auch Kritik der Mutter an der äußeren Erscheinung der Tochter wirkt sich negativ auf die Einstellungen der Tochter zu ihrem Körper aus. Auch wenn die Bedeutung von Schlankheit und Attraktivität für Frauen größer ist als für Männer und sie häufiger unzufrieden mit ihrem Körper sind, betrifft der generelle Entwicklungstrend inzwischen zunehmend auch Männer, für die eine deutliche Muskeldefinition das Ideal darstellt. In ähnlicher Weise ist der Entwicklungstrend zur perfekten Ästhetik eines Designergenitals mit jugendlichem Look zu sehen: Bei Männern darf es ein wenig größer und protziger werden, bei Frauen auf jeden

Fall kleiner, ja, am besten kindlich – die Vulva und Vagina einer Zwölfjährigen, das klingt nach Lolita-Wünschen und Nähe zur Pädophilie.

Die vielfältigen Wünsche nach Körpermodifikation könnten als Bewältigungsversuche der Not der eigenen Körperablehnung verstanden werden und gleichzeitig als Wunsch, den vom Selbst abgespaltenen Körper in einem Akt von Autarkie „selbstbestimmt“ kontrollieren zu können, wie bei der oben dargestellten Ambulanzpatientin, die ihren Körper „ganz neu programmieren“ will.

Zusammengefasst kann bezüglich der Studienlage zum Körperbild festgestellt werden, dass zwischen äußerer Attraktivität, sozialer Resonanz und innerer positiver Körperakzeptanz kein Zusammenhang besteht. Dies macht für die therapeutische Arbeit verständlich, wie wichtig es ist, den Blick nach innen zu richten, das heißt die Körperwahrnehmung, das gestörte Körperbild und die negative Körperakzeptanz zu bearbeiten. Dabei wird gelernt, die eigenen Ressourcen der Individualität zu schätzen und zu schützen. Dazu gehört auch, die Vielfältigkeit der Schönheit des weiblichen Genitals als Ausdruck der unverwechselbar eigenen Identität dieser Frau und somit als leibliche Ressource zu erkennen. Dies wird zum Beispiel in einer Bilddokumentation von Scholz (2007) sehr beeindruckend dargestellt: Farbfotos von verschiedenen Vulva-Variationen werden dabei jeweils dazu passenden Varianten von Blütenformen und -farben gegenübergestellt.

Zusammenfassung. Was kann die Aufgabe der Körperpsychotherapie sein?

Der Körper und insbesondere der weibliche Körper ist durch Entblößung, Normierung, Vermarktung, Entwertung, Dressur, chirurgischen Interventionen – angeblich selbstbestimmt – aggressiven Eingriffen ausgesetzt, zum Teil ähnlich der Beschneidungs- oder Genital-Verstümmelungspraxis, in einer globalisierten Gesellschaft mit einem globalisiert vereinheitlichten, körper- feindlichen Schönheitsideal, das besonders Frauen durch zunehmende Körperunzufriedenheit und die digital-mediale unbewusste Manipulierung zu einem ständigen Drang zur Körperelbstoptimierung veranlasst, all das geschickt als Lifestyle, weibliche Selbstbefreiung und Möglichkeit zu maximaler sexueller Luststeigerung verkauft – Sexualität wird zur neoliberale Performance ...

Körpermodifikationen werden gerade im Genitalbereich, das heißt in den letzten Jahren

besonders im Bereich der Intimchirurgie, wie oben dargestellt, aktuell als die neue Form der Körperpsychotherapie beworben – zur Selbstwertsteigerung und um die neue gesellschaftliche Norm nach maximaler sexueller Erlebnisfähigkeit realisierbar zu machen. Ähnlich wie bei anderen Körpermodifikationen (z.B. Tätowierungen und Piercings) stellen sie einen selbst gewählten Eingriff in Richtung Körperattraktivierung dar und sind somit motivationaler Ausdruck des Wunsches nach Akzentuierung der Persönlichkeit. Es gibt Hinweise auf deutliche Unterschiede bei weiblichen und männlichen Genitalmodifikationen, besonders wenn es um intimchirurgische Eingriffe geht: Während bei Männern meist eine Vergrößerung des Penis und bei Piercings auffällige Verzerrungen gewünscht werden und das Ziel einer Intensivierung der Erregung beim Geschlechtsverkehr oft im Vordergrund steht, wird bei Genitalmodifikationen bei Frauen zwar teilweise eine verbesserte Orgasmusfähigkeit angekündigt, diese lässt sich jedoch empirisch nicht bestätigen – im Gegenteil kann bei Komplikationen und narbigen Verziehnungen des Gewebes die sexuelle Empfindungsfähigkeit herabgesetzt sein. Auch hier ist die Datenlage nach Ansicht der DGGG noch dünn.

Bei der weiblichen Intimchirurgie geht es überwiegend um Verkleinerung und Normierung in Richtung eines präpubertären, kindlichen Genitals. Das vorhandene Genital wird als defizitär und daher im Sinne einer psychischen Selbstwertsteigerung und einer vollen sexuellen Funktionsfähigkeit als operationsbedürftig dargestellt. Eine vollwertige Frau gibt es, zugespitzt formuliert, erst nach einem gesellschaftlich propagierten chirurgischen „Beschneidungs“-Eingriff. Damit gerät die weibliche Intimchirurgie der Industrienationen in die Nähe der besonders in den afrikanischen Ländern und durch die Migration in den letzten Jahren auch bei uns ausgeübten Praxis der weiblichen Genitalbeschneidung, die heute mit Recht als Genitalverstümmelung bezeichnet wird.

Wie kann Körperpsychotherapie als Arbeit am Körperbild mit dieser Thematik umgehen? Der Körper ist Schauplatz der eigenen subjektiven Performance, die sicher auch selbsttherapeutischen Charakter haben kann, der Körper ist jedoch gleichzeitig Ausdruck der Tendenz, ja, des gesellschaftlichen Zwangs zur Ständigen. Im Falle der weiblichen Intimchirurgie wird dabei Normierung als weibliche Selbstbefreiung und Möglichkeit zu maximaler sexueller Luststeigerung verkauft, was besonders junge Frauen unter enormen sexuellen Leistungsdruck setzt.

„Weiblich-subversive KPT“

Frauen zieht es seit Langem in die Behandlung mit Körperpsychotherapie. Notwendig ist eine bewusste und aktive Einbeziehung dieser Themen in die Therapien und besonders in die körperpsychotherapeutische Arbeit, fast als eine Art „subversiver Form der Körperpsychotherapie“. Notwendig ist Aufklärung darüber und eine „subversive“ – und klar Stellung beziehende – Einbeziehung dieser Themen in die FE-Therapien und die KPT-Arbeit mit Patientinnen. Der weibliche Körper kann, zum Beispiel im Rahmen einer therapeutischen Arbeit, die besonders am Halt, am Schutz des Innenraums und an seiner äußeren Grenze sowie dem eigenen Rhythmus ansetzt, zu einer Art salutogenetischer „Reislandschaft zum Selbst“ werden. In dieser Weise kann im eigenen Körper Verbundenheit mit sich selbst gefunden werden, eine Art sicherer Ort, wohin ich mich immer wieder zurückziehen kann, mich spüren kann und auch Sprache für mein Innenleben finde. Dies ist die Voraussetzung für meine Wehrhaftigkeit nach außen zum Wahren meiner Grenzen – und für Wahrhaftigkeit. Das schließt auch Freude ein, sogar am subversiven Aufdecken von Markt- und anderen Lügen, und: sich an der eigenen Kraft und an der sexuellen Potenz des eigenen weiblichen Körper zu freuen und das Nach-vorn-Gehen, also auch das „aggredi“, das Aggressive, lustvoll zu besetzen.

So schreibt die Schriftstellerin Sophie Mackintosh am 14.7.19 im Berliner Tagesspiegel in ihrem Beitrag „Mein Körper ist voll gerechtem Zorn“:

„Sich von der männlichen Norm wegzubewegen bedeutet, sich zu öffnen, enger zusammenzurücken. Es erfordert, Körper zu akzeptieren und zu respektieren und neue Wege zu finden, damit sich Körper sicher fühlen können. (...)

Ich denke an all die Sachen, die ich getan habe, um mich in meinem Körper sicherer zu fühlen. Die Phase, in der ich Gewichte hob, die hungernde Phase, die rücksichtslose Phase. Meinem Körper selbst schreckliche Dinge zuzufügen war ein Privileg. Nicht jeder kann den Weg der Selbstzerstörung gehen und wieder zurückkommen. All das für was? (...)

Ich kann meine eigene Macht verstehen, und ich kann mein Bestmögliches dafür tun, sie für das Gute zu nutzen, was auch immer das sein mag - andere nach meinen besten Möglichkeiten zu unterstützen, neue Schriftstellerinnen zu ermutigen, mein Geld und meine Zeit für diese Sache einzusetzen. Um für eine Welt zu arbeiten, in der gerechter Zorn nicht missachtet wird.“

Quelle:

<https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/weibliche-schwaecher-ist-eine-luege-mein-koerper-ist-voll-gerechtem-zorn/24591224.html>, 14.7.19

Literatur

- Arnim, A.v. (1998). Funktionelle Entspannung als Therapie bei Autodestruktion. In J. Wiese & P. Joraschky (Hrsg.), *Psychoanalyse und Körper* (S. 9-26). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Arnim, A.v. (2001). Frühes Trauma und körperbezogene Psychotherapie (am Beispiel der Arbeit mit Funktioneller Entspannung). In W. Milch & H.-J. Wirth (Hrsg.), *Psychosomatik und Kleinkindforschung* (S. 199-216). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Arnim, A.v. (2017). Das Recht auf ein Genital wie ein Partybrötchen. Intimchirurgische Körpermodifikationen als Körperpsychotherapie? *körper - tanz - bewegung. Zeitschrift für Körperpsychotherapie und Kreativtherapie*, 1/2017, 12-25.
- Arnim, A.v. & Joraschky, P. (2009). Körperbildskulpturtest bei Fibromyalgiepatientinnen. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhrich (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik* (S. 192-201). Stuttgart: Schattauer.
- Arnim, A.v., Lausberg, H. & Joraschky, P. (2007). Körperbild-Diagnostik. In P. Geißler (Hrsg.), *Analyse der Lebensbewegungen* (S. 165-198). Wien, New York: Springer.
- Arnim, A.v., Müller-Braunschweig, H. & Joraschky, P. (2006). Körperbezogene Psychotherapieverfahren bei traumatisierten Menschen. In A. Rimmel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 401-426). Stuttgart: Schattauer.
- Ashong AC; Batta HE (2013): Sensationalising the female pudenda: an examination of public communication of aesthetic genital surgery. *Global journal of health science*, 5(2), 153-165. /201303/ NLM; PMC4776801 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4776801>
- Boddy, J. (2002). Verkörperte Gewalt? Beschneidung, Geschlechterpolitik und kulturelle Ästhetik. In B. Duden & D. Noeres (Hrsg.), *Auf den Spuren des Körpers in einer technologischen Welt* (S. 141-181). Opladen: Leske + Budrich.

Borkenhagen, A. (2010). Designer-Vagina oder das geschönte Geschlecht. In A. Borkenhagen & E. Brähler (Hrsg.), *Intimmodifikationen* (S. 97-114). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Borkenhagen, A. (2013). Frauen zwischen Körperoptimierung und sexueller Selbstbestimmung. Schönheitswahn erfasst den Genitalbereich - wie gehen Frauen damit um? [Vortrag vom 3. Juni 2013]. Berlin: Urania.

Borkenhagen, A. & Brähler, E. (2010). Schamlos - theoretische und empirische Aspekte des Trends zur Teil- und Voll-Intimrasur. In A. Borkenhagen & E. Brähler (Hrsg.), *Intimmodifikationen* (S. 71-80). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Borkenhagen, A., Brähler, E. & Kentenich, H. (2009). Intimchirurgie: Ein gefährlicher Trend. *Deutsches Ärzteblatt*, 106(11)

Brähler, E. (2009). Verbreitung von Tätowierungen, Piercing und Körperhaarentfernung in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in Deutschland im Mai und Juni 2009. http://www.huber-verlag.de/daten/newspool/file/16946/presse_tattoo_piercing.pdf (25.8.2016).

Braun, V. (2005). In search of better sexual pleasure. Female genital cosmetic surgery. *Sexualities*, 8(4), 407-427.

Brownell, K. D. (1991). Personal responsibility and control over our bodies: When expectation exceeds reality. *Health Psychology*, 10, 303-310.

Bruch, H. (1973). *Essstörungen: Adipositas, Anorexia nervosa und die Person*. New York: Basic Books.

Cash, T.F. & Henry, P.E. (1995). Women's body images. The results of a national survey in the USA. *Sex Roles*, 33:, 19-23.

Cash, T.F. & Prozinsky, F. (1990). The psychology of physical appearance : aesthetics, attributes and images. *Body Images*. (S. 51-79). New York: The Guilford Press.

Cash, T.F., Winstead, B.W. & Janda, L.H. (1986). The great American shape up: Body image survey report. *Psychology Today*, 20, 30-37.

DGGG (2009) Stellungnahme zur Intimchirurgie, https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/pressestelle/PK/Stellungnahme_Intimchirurgie.pdf

DGPRÄC (2011). Der Schnitt im Schritt: Plastische und Ästhetische Chirurgen hinterfragen Trend [Pressemeldung]. www.dgpraec.de/uploads/media/2011-10-15-Penisvergroesserung.pdf (25.8.2016).

DGPRÄC (2013). Schönheit ist nicht alles! DGPRÄC veröffentlicht Statistik zu ästhetischen Operationen [Pressemitteilung]. www.dgpraec.de/uploads/media/2013-06-04-Statistik_2011_01.pdf (25.8.2016).

Dirie, W. (1998). *Wüstenblume*. Augsburg: Schneekluth.

Dolto, F. (1987). *Das unbewusste Bild des Körpers*. Weinheim, Berlin: Quadriga.

Dorneles de Andrade, D., Jirovsky, E. & Paloni, S. (2010). Kosmetische Eingriffe und weibliche Genitalverstümmelung. In A. Borkenhagen & E. Brähler (Hrsg.), *Intimmodifikationen* (S. 167-182). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Flaake, K. & King, V. (1998). *Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen*. Weinheim: Beltz Verlag.

Gress, S. (2016). www.sensualmedics.com/de/intimchirurgie/schamlippenverkleinerung.html [Animationsfilme zur Labienresektion] (25.8.2016).

Hargreaves, D. & Tiggemann, M. (2003). Body image disturbances. *European Eating Disorders Review*, 11, 465-477.

Honigman, R.J., Phillips, K.A. & Castle, D.J. (2004). A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*, 113, 1229-1237.

Hulverscheidt, M. (2011). *Weibliche Genitalverstümmelung*. Frankfurt a.M.: Mabuse.

Johnson, J.G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S. & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 579-587.

Johnston, J.E. (1993). *Appearance Obsession*. Deerfield Beach, Florida: Health Communications Inc.

Joraschky, P., Arnim, A.v. & Pöhlmann, K. (2009). Körpererleben und Sexualität von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Ansätze für die körperorientierte Psychotherapie. In B. Dulz, C. Bennecke & H. Richter-Appelt (Hrsg.), *Borderline-Störungen und Sexualität* (S. 349-357). Stuttgart: Schattauer.

Krüger-Kirn, H. (2014). Bin ich schön - bin ich weiblich!? In B. Janta (Hrsg.), *Unzeitgemäßes*. Eine Publikation der DGPT [zur Jahrestagung der DGPT 2013] (S. 187-203). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Krüger-Kirn, H. (2015). *Die konstruierte Frau und ihr Körper*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Lichtenberg, J. (1991). *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Heidelberg: Springer.
Maaser, R., Besuden, F., Bleicher, F. & Schütz, R. (1994). *Theorie und Methode der körperbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer u.a.

Mackintosh, S. (14.7.2019). Mein Körper ist voll rechtem Zorn. In: *Tagesspiegel*, www.tagesspiegel.de/gesellschaft/weibliche-schwaeche-ist-eine-luege-mein-koerper-ist-voll-gerechtem-zorn/24591224.html,%2014.7.19

Merleau-Ponty, M. (1945). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin, München: de Gruyter.

Meßmer, A.-K. (2013). Und gut, dann ändert man halt seinen Körper. Intimchirurgie zwischen Medikalisation und Rohstoffisierung. *Gender. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 5, 9-23.

Müller-Braunschweig, H. (1997). Zur gegenwärtigen Situation der körperbezogenen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 42, 3, 132-144.

Orbach, S. (2012). *Bodies - Schlachtfelder der Schönheit*. Zürich: Arche.

Orbach, S. (2009). Der Körper als Selbstzweck. Interview mit Susie Orbach, FR.de Kultur. <http://www.fr.de/kultur/interview-mit-susie-orbach-der-koerper-als-selbstzweck-a-1111986> (9.6.2017).6.4.2009

Orbach, S. (2012 a). Nido, Wir sind eine Familie, Rubrik: Familienleben| Tags: Ausgabe 5/2012, letztes Internet-Abrufdatum 9.6.17

Orbach, S. (2012). *Bodies - Schlachtfelder der Schönheit*. Zürich: Arche.

Plassmann, R. (1993). Organwelten: Grundriss einer analytischen Körperpsychologie. *Psyche*, 47(3), 261-282.

Preiß, S. (2010). Plastische Korrekturen im weiblichen Genitalbereich. In A. Borkenhagen & E. Brähler (Hrsg.), *Intimmodifikationen* (S. 81-96). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Sanyal, M.M. (2009). *Vulva - Die Enthüllung des unsichtbaren Geschlechtes*. Berlin: Wagenbach.

Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. London: Kegan Paul. Schönheitschirurgie-Simulator - Plastic Surgery Simulator: <http://www.plastic-surgery-simulator.com/de/front/>

„Schönheitschirurgie-Simulator Lite“ im App Store - iTunes - Apple, <https://itunes.apple.com/de/app/schonheitschirurgie-simulator/id491712...>,

Scholz, G. (2007). Das Tor ins Leben. Elsteraue: LebensGut-Verlag.

Stern, D.N. (1985). The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books.

Stirn, A. (2004). Die Selbstgestaltung des Körpers. Narzisstische Aspekte von Tattoo und Piercing. Psychotherapie im Dialog, 5(3), 256—260.

Van den Broek, L. (1988). Am Ende der Weisheit - Vorurteile überwinden. Berlin: Orlanda Frauen Verlag.

Veale, D., Eshkevari, E., Ellison, N., Costa, A., Robinson, D.; Kavouni, A., Cardozo, L. (2014) Psychological characteristics and motivation of women seeking labiaplasty. Psychological medicine, 44(3), 555-566. /201402/

Die Kirschen in Nachbars Garten -

Dr. Inge Staehle

Erfahrungen von FE-Therapeut*innen mit BMC (Body-Mind Centering®)

Vor circa 20 Jahren bot Erika Pokorny, eine „gestandene“ und erfahrene Lehrbeauftragte für FE (Funktionelle Entspannung) nach M. Fuchs ein Seminar zusammen mit Jens Johannsen an. Erika Pokorny hatte den weltweit bekannten Trainer und Lehrer von BMC (Body-Mind Centering®) auf einer interdisziplinären Körper-Therapie-Tagung kennengelernt. Sein Ansatz über Körpertherapie machte sie neugierig: Sie vermutete viele Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede, die den Blick auf die eigene FE-Arbeit erweitern könnten - wie die Kirschen in Nachbars Garten halt verlocken und neugierig machen: Was „schmeckt“ gleich, anders, was ergänzt, erweitert, verändert die eigenen bisherigen Erfahrungen?

So entstand die Einladung zu einem ersten Seminar über BMC, der seitdem - jeweils am Jahresanfang - weitere Seminare mit unterschiedlichen Schwerpunkt-Themen folgten. Manche FE-Therapeut*innen machten ein, zwei oder mehrere Seminare mit, manche nahmen an allen über 20 Seminaren teil, inzwischen sind Teilnehmer*innen aus anderen Bereichen der Körperarbeit dazu gestoßen: Physiotherapeut*innen, Tänzer*innen, Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Sport- und Gymnastiklehrer*innen: allen ist das Interesse für den Körper gemeinsam.

Viele nutzen das Seminar für ihre eigenen Erfahrungen, um sich mit ihrem / durch ihren Körper mal wieder zu spüren, zu regenerieren, zu erfahren, neu zu eichen, auszuprobieren, zu bewegen, zu erforschen, Altes zu beleben und Neues kennenzulernen - und setzen diese Erfahrungen dann nicht nur in ihrer Arbeit am eigenen Körper, sondern auch bei anderen (Klient*innen, Patient*innen, Teilnehmer*innen etc.) ein. Viele möchten dieses Seminar am Anfang eines Jahres in Erlangen nicht mehr missen ...

*Ich bin eine der FE-Therapeut*innen,
die regelmäßig die „Kirschen in Nachbars
Garten“ nascht. Was ist BMC aus meiner
subjektiven Sicht?*

Keywords

Bewegung | Halt | Körper |
Rhythmus | Sinne | Spüren |
Stimme | Wahrnehmung |

BMC ist eine der jüngsten somatischen bzw. somato-psychischen Methoden. Sie wurde und wird immer noch von der Tanzlehrerin und Ergotherapeutin Bonnie Bainbridge Cohen (Jahrgang 1941) entwickelt. Der Name „Body-Mind Centering“ deutet auf das wichtigste Prinzip der Methode hin: die Untrennbarkeit von Körper und Geist, wobei mit Geist auch Denken, Intellekt, Aufmerksamkeit, Achtsamkeit, Wahrnehmen, Absicht, Sinn, Seele gemeint ist.

BMC wurde zunächst für zeitgenössischen Tanz und in der Therapie für Kinder mit „special needs“ angewendet, wobei Bonny Bainbridge Cohen nicht das „Behinderte“ an diesen Kindern herausarbeitete, sondern deren Potential. (Hartley, 2012, S.13) Es geht darum, natürlichen Verläufen zu folgen. Die BMC-Praktikerin soll dazu aus der eigenen Kreativität und körperlichen Erfahrung schöpfen, aus dem eigenen authentischen körperlichen Erleben. (s.o., S. 15)

Wachsen auf dem Boden von natürlichen und organischen Vorgängen, nach innen zu einer tieferen Erfahrung unseres inneren Selbst, als auch nach außen, um unserem einzigartigen Selbst Ausdruck zu verleihen: Wer könnte ich sein? Wie spüre ich den Körper in Bewegung, meine Lebendigkeit, wie kann ich effizientere und gesündere Bewegungsmuster kreieren, um den Körper im Einklang mit der Schwerkraft neu auszurichten? Alles Lebendige hat die Fähigkeit, sich aus persönlicher Motivation heraus zu bewegen. (s.o., S.19)

Bonnie Bainbridge Cohen studierte die menschliche Bewegung und Entwicklung. (s.o., S. 23). Ihre feine Sensibilität für das, was auf den subtilen Ebenen von Körper und Geist geschieht, ist Ursprung und Essenz dieser Arbeit. Sie kann das gesamte Bewegungs- und Haltungsmuster eines Menschen sowie den freien oder stockenden Fluss des Geistes, den dieses Muster widerspiegelt, detailliert wahrnehmen (s.o., S.26).

Bonnie Bainbridge Cohen sagt:

„Ich betrachte den Körper, als wäre er wie Sand. Es ist schwierig, sich ein Bild vom Wind zu machen, aber wenn du beobachtest, wie im Sand Muster entstehen, sich verwischen und wieder neu bilden, dann kannst du die Muster des Windes, oder - in diesem Fall - des Geistes, verfolgen ... Mein Interesse gilt vor allem den Prozessen des Geistes.“ (s.o., S. 25)

Der Körper wird von innen heraus erfahren. Jedes Bewegungsmuster oder Körpersystem hat seinen eigenen „Geist“ bezüglich von Aspekten, Ebenen, Funktionen und den unterschiedlichsten Betrachtungsweisen. Im Inneren des Körpers wird der Fokus auf einen bestimmten Bereich oder ein bestimmtes System gerichtet und auf visueller, verbaler, propriozeptiver oder kinästhetischer Ebene mit Information versorgt: Die mentalen und physischen Aspekte des Seins werden zu einem zusammenhängenden und spontan funktionierenden Ganzen integriert und gleichzeitig Bewusstheit im Körper kultiviert. Heilung durch Bewusstheit und Berührung und Lernen erfolgt über objektives Studieren und subjektives Erleben. So bietet der Prozess der Bewegungsentwicklung – vom Zeitpunkt der Empfängnis bis zum sicheren Bewegen auf der Erde – einen Rahmen für Beobachtung und Praxis durch alle Stadien der Bewegungsmuster. Wenn sich der „Geist“ unserer erlernten Bewegungsmuster verändert, organisiert sich Bewegung neu, integrierter, klarer und kreativer.

Einige Gedanken und Zitate zur Bewegungsentwicklung um BMC

Zuerst bewegen wir uns, dann erhalten wir durch Empfindung Feedback über diese Bewegung. Bonnie Bainbridge Cohen schreibt: „Wir lernen zuerst durch die Wahrnehmung von Bewegung. Bewegung ist nicht nur eine Wahrnehmung: Als erste Wahrnehmung unseres Lernens spielt sie darüber hinaus eine wichtige Rolle dabei, die Grundlage für unser Konzept oder unseren Prozess von Wahrnehmen zu etablieren. Dieser ursprüngliche Wahrnehmungsprozess wird später in die Entwicklung der anderen Wahrnehmungen integriert.“ (s.o., S. 67)

Bewegung wird nicht nur von den vestibulären Nerven des Innenohrs erfasst, sondern auch von propriozeptiven und kinästhetischen Nerven in Knochen, Gelenken, Muskeln, Faszien und Bändern überall im Körper, sowie interozeptiven Nerven in Organen, Drüsen, Gefäßen und Nerven. Auch alle Körperzellen registrieren Bewegung. Jede dieser Quellen vermittelt Information zur Position des Körpers im Verhältnis zu Schwerkraft, Raum und Zeit, sowie zur Beschaffenheit von Ruhe oder Aktivität: das ist von elementarer Bedeutung für das Heranreifen eines Bewusstseins für das Selbst und das Andere,

sowie den Tanz, der sich zwischen beidem zutragen kann, wenn dieses Bewusstsein wächst. (s.o., S. 68)

Unbelebte Materie muss dem Gesetz der Schwerkraft gehorchen. In der belebten Welt jedoch tritt eine Gegenkraft auf, eine Bewegung nach oben: die Kraft der Aufrichtung. Auch diese Bewegung folgt der Form der Spirale. (s.o., S. 109)

Als menschliche Wesen mit sowohl materieller Substanz als auch mit Geist oder Bewusstsein können wir durch das dynamische Spiel der Kräfte von Schwerkraft und Aufrichtung auf der Erde leben, wachsen und uns bewegen. Wir sind mit der Erde verbunden und wachsen in Richtung Himmel. Unsere Fähigkeit zur Bewegung auf der Erde entsteht in der frühen Kindheit in einem spiralförmig verlaufenden Entwicklungsprozess.

Bewegung entwickelt sich in einer Abfolge von vorherbestimmten Phasen. Abhängig davon, wie eine Bewegung initiiert wird und wie sie sich im Körper fortsetzt, kann sie einem spezifischen Muster zugeordnet werden. Frühe Bewegungen beginnen an den Gliedmaßen und setzen sich durch die gesamte Länge des Körpers bis zu den entgegengesetzten Gliedmaßen fort. Sie bilden eine integrierte Ganzkörperbewegung. Der auslösende Impuls erfolgt als Reaktion auf die äußere Umgebung und die inneren Bedürfnisse des Säuglings. Er löst eine Welle der Aktivität durch den ganzen Körper aus, die dazu führt, dass dieser sich vom Reiz weg oder zu ihm hinbewegt. S.o. (S. 110)

Bewegung, die nicht von den Gliedmaßen eingeleitet wird, setzt sich nicht durch den Körper hindurch fort, sondern bleibt eine mehr oder weniger lokale Aktivität. Das kann einem Spannungsmuster Vorschub leisten, bei dem in den Gewebeschichten des betreffenden Bereichs Energie festgehalten wird. (s.o., S. 111)

Es war eine aufschlussreiche Erfahrung für mich als Teilnehmerin zu erleben und zu erforschen, wie sich mein Körper bewegt, wenn die Bewegung von meinem rechten Handgelenk eingeleitet wird, und wie ich bewegt werde, wenn mein linker Ellbogen die Führung übernimmt. Unter der Leitung meines Handgelenks bewege ich mich leicht, fließend, weich, kreisförmig nach oben ..., während mein Ellbogen

meine Bewegungen kraftvoll, zielgerichtet, eckig, zur Seite hin sein lässt. Ich fühle mich bestätigt, wenn es anderen auch so geht, lasse mich aber auch anregen, andere gefühlte und versprachlichte Bewegungsformen von anderen Teilnehmern aus-zuprobieren, um staunend festzustellen: „Ach so, so könnte es auch noch gehen.“ (Und dabei komme ich mir manchmal vor, wie daheim in meinem Garten ...).

Die anatomischen Systeme des Körpers in der BMC

Neben dem Prozess der Bewegungsentwicklung beschäftigt sich BMC detailliert und erfahrbar mit allen anatomischen Systemen des Körpers:

- Haut, alle Sinne und Wahrnehmung
- Atmung und Stimme
- Das muskulo-skeletale System
- Die Systeme der Organe, Drüsen, Nerven und Flüssigkeiten

Sie drücken sich in einer eigenen Qualität von Bewegung, Berührung, Gefühl, Wahrnehmung und Aufmerksamkeit aus, sie spiegeln Aspekte unseres Selbst wider.

Haut unterscheidet sich von den anderen Hauptsinnesorganen des Nervensystems, wie Augen, Ohren, Mund und Nase, in einem wichtigen Aspekt. Sie spürt ihre Umgebung un- ausgesetzt, sie verschließt sich nie. Wir brauchen diese Kontinuität der sinnlichen Wahrnehmung, um ein Gefühl für die Beständigkeit des Selbst entwickeln zu können, nur so kann sich ein stabiles und anpassungsfähiges Ego ausbilden. Die Haut nimmt sowohl Kontinuität war, als auch den Prozess des Wandels von Moment zu Moment, mit dem sie pausenlos konfrontiert ist. (s.o., S. 183)

Atmung verbindet im beständigen Strom des Atems unsere innere und äußere Umgebung. Sie ist ein Tor zwischen bewussten und unbewussten Prozessen. Die Lungen spiegeln Traurigkeit, Kummer, Mitgefühl für andere und neue Hoffnung wider. Atmen wir unvollständig ein oder aus, dann beteiligen wir uns nicht voll an unserem Leben und Sterben, an unserem Empfangen und Geben. (s.o., S. 262)

Stimme (Klangfarbe, Emotion, ihre Tragweite) hat mit Klarheit der Strukturen im Hals, der Effektivität in der Koordination der beteiligten Strukturen und der Durchlässigkeit aller Gewebe zu tun. Die Strukturen, die maßgeblich an der Stimmgebung beteiligt sind, sind die Diaphragmen, horizontal im Körper liegende Gewebeschichten: der Beckenboden, das Zwerchfell und Schichten der Gehirnhäute, die Atmungsorgane, die Rumpfmuskulatur und der Kehlkopf. (J. Johannsen, Seminarunterlagen) Die Komplexität des menschlichen Stimmapparats und der damit verbundenen Sprachzentren im Gehirn haben die Menschheit befähigt, sowohl eine komplexe symbolische Kommunikation zu entwickeln, wie auch die Ausdrucksformen, die auf ihr beruhen: Schreiben, Lesen und kreatives Denken. Das Stimmzentrum unterstützt und spiegelt die menschliche Kreativität und die Macht wider, die Wahrheit dessen, wer wir sind, auszudrücken. (s.o., S. 265)

Für Jens Johannsen wird im BMC die Aufmerksamkeit in die Strukturen des Körpers gerichtet und so die Gewebestrukturen, Bewegungsqualitäten, Funktionen und ihre Integration erforscht. Dies geschieht durch anatomische Veranschaulichung, Körperarbeit, Berühren und Berührtwerden, geleitete und freie Bewegung, Reisen ins Innere der Gewebe und Reflektion über das Erfahrene. Den Geweben sind spezifische körperliche Qualitäten innewohnend, die der Persönlichkeit als Erfahrungs- und Ausdruckswelten Boden geben. Ist die Verkörperung klar und frei, organisiert sich der Organismus mühelos in Bewegung, Ausdruck und Sein. Die körperlichen Strukturen stehen uns zur Verfügung und erfüllen ihre Funktion mühelos. Wird ein Gewebe überbeansprucht, entstehen Verklebungen, Verwirrungen und Enge, die sich in Gefühl, Selbstwert und Verhalten zeigen. So liegen die inneren Organe im Verborgenen. Sie sind mit den lebenserhaltenden Funktionen Atmung und Kreislauf, Verdauung und Stoffwechsel, mit Balance des Flüssigkeitshaushalts, mit den Ausscheidungen und mit Sexualität befasst. Sie geben uns innere Fülle und Wärme und Orte, an denen neben den physiologischen Vorgängen auch die emotionalen und psychischen verarbeitet und integriert werden (können). Ein wichtiges Prinzip in der Arbeit lautet: eine körperliche Struktur sich ihrer selbst gewahr werden zu lassen,

erhöht ihre Effektivität und ihre Integration mit den anderen Strukturen des Körpers. So entlastet ein guter Organtonus zum Beispiel den Bewegungsapparat.

Was erlebe ich, wenn ich mich „als Bauchspeicheldrüse bewege“ und diese Bewegung Süße, Weichheit ausdrücken soll, und „kreisförmig strahlend“ sein soll, im Gegensatz zur „Bewegung als Leber“, die kraftvoll ist und Stabilität und Beständigkeit „verkörpert“? Wie fühlt sich die Bauchspeicheldrüse unter meinen Händen

an bei der Berührung meiner Partnerin, wie die Leber? Dass diese unterschiedlichen Bewegungs- und Berührungsqualitäten erspürt werden können, erweiterte mein Bewegungsspektrum und Körperbewusstsein und ließ mich über die Vielfalt an, mit und in meinem Körper staunen.

Das endokrine System ist das primär chemisch arbeitende Kontrollsystem des Körpers. Es arbeitet eng mit dem Nervensystem zusammen. Es ist das System der inneren Ruhe, der Ströme und Explosionen, der Bewegung zwischen Balance und Chaos. Die Verkörperung der endokrinen Drüsen wird oft als Kristallisation von Energie in den Drüsenzellen umschrieben. Finden sich in Organen eher die Tiefe unserer persönlichen Gefühlswelt, sind über endokrine Drüsen eher überpersönliche Gefühle und Archetypen zu erleben. Im Flüssigkeitssystem kommt es zu einer Balance zwischen den Flüssigkeiten. Gibt es in der Funktion einer Flüssigkeit Behinderungen, wird die Balance zwischen allen Flüssigkeiten beeinflusst, so z.B. bei Zusammenbruch und Passivität, bei ängstlicher Spannung, bei Verhärtung des inneren Flusses, bei aggressivem Antrieb, der in Angst begründet ist. Bei verlängerter Betonung des Ausdrucks einer bestimmten Qualität ist das zugeordnete Flüssigkeiten-System im Verhältnis zu den anderen überfordert, und alle anderen sind unterbelichtet. Dies kann zu übermäßiger Belastung und Unterforderung der individuellen Systeme führen. Durch bewusstes Verkörpern der Qualitäten wird die Vielseitigkeit erlebt, eigene Vorzüge und Abneigungen werden offensichtlich, und neue Wahlmöglichkeiten geschaffen. (Lit.: Jens Johannsen, Seminarunterlagen)

Ich erinnere mich an einen sonnigen winterlichen Sonntagmorgen, als wir eine Viertelstunde lang zum „Donauwellenwalzer“ unser Venensystem in Ordnung getanzt haben ... Im Gegensatz zu den kraftvollen, antreibenden, nach außen gerichteten, mit anderen Kontakt aufnehmenden, im Beat-Rhythmus getanzten Bewegungsmustern des arteriellen Systems bewege ich mich „als venöses System“ eher rhythmisch verhaltend, jedoch unermüdlich, nach innen gerichtet, mich

hebend und senkend wie Wellen, die sich wieder und wieder erheben und wieder in sich zusammenfallen. Ich lerne die Rhythmen meines Blutes kennen und das wirkt irgendwie verlässlich ... Jens Johannsen hat dabei mit der Musikauswahl die jeweiligen Bewegungsmuster perfekt unterstützt. Wieder hat sich mein Wahrnehmungsspektrum auf eine leichte, spielerisch tanzende Art und Weise ausgedehnt. Was man alles an und mit seinem Körper entdecken und ausprobieren kann!

Begriffe aus der FE und ihre Entsprechungen in der BMC

Beim Naschen in Nachbars Garten bleibt es nicht aus, den Geschmack der fremden Früchte mit dem der eigenen zu vergleichen. Bekannte Schlagwörter in der FE werden im BMC u.a. folgendermaßen definiert:

Halt: Bei allen Übergängen, die wir im Leben vollziehen, brauchen wir die Gewissheit, dass irgendwo ein sicherer Halt besteht. Dieser sichere Halt ist die Basis, von der aus wir zum - großen oder kleinen - Sprung ansetzen, zu ihr können wir zurückkehren und werden in Empfang genommen. In solchen Momenten verlässt sich der Säugling in Bezug auf seine Sicherheit auf den Halt, den ihm seine Umgebung gewährt. (s.o., S. 157)

Räume: Während unsere Muskel- und Knochenstrukturen unsere äußere Bewegung im Raum leiten und ausführen, füllen die Organe den inneren Raum des Körpers aus und leiten den inneren Teil der Bewegung. Die Organe sind Ausdruck unserer Motivation, die Knochen und Muskeln bilden die Struktur für diesen Ausdruck nach außen. (J. Johannsen, Seminarunterlagen)

Grenze: Mit einer Bewusstheit für die umhüllende Haut in ihrer Gesamtheit können wir die innere und die äußere Umgebung zusammen erleben und den Ort der Haut als natürliche Grenze erfahren, als eine Membran, die diese beiden Umgebungen sowohl voneinander unterscheidet als auch miteinander vereint. Im Gegensatz zu mental gesetzten Grenzen teilen natürliche Grenzen nicht ab und engen auch nicht ein. Bewegung mit einer Bewusstheit für die Haut kann sich satt, sinnlich und wohligh anfühlen. (S.183)

Rhythmus: Organe sind von Natur aus nicht statisch. Durch die Prozesse ihrer physiologischen Aufgaben sind sie in ständiger Bewegung, jedes in seinem eigenen Rhythmus und seinen eigenen Richtungen folgend. Alle pulsieren in ihrem eigenen Tempo: das Zwerchfell und die Lungen mit dem Atem, das Herz beim Pumpen des Blutes, der Magen und die Därme beim Verdauen und Weiterleiten von Nahrung durch den Körper, die Blase im Zurückhalten und Ausscheiden von Flüssigkeiten, die Eierstöcke und Gebärmutter in den Zyklen von Eisprung und Menstruation. Diese Rhythmen sind das Fundament der Rhythmen unserer Bewegung und unseres emotionalen Ausdrucks. (s.o., S. 251)

Für mich ist BMC eine Wahrnehmungsschulung, mit der ich mich und meinen Körper (seine Bewegungen und seine Strukturen) auf spielerische, tänzerische, berührende, informative, unterhaltende, bewegende, angeleitete und kreative Art entdecken und ausrichten kann – ein guter Start in ein Neues Jahr mit mir, Jens Johannsen und vielen lieben Gleichgesinnten an einem Wochenende im Februar.

Das nächste BMC-Seminar findet statt am 15./ 16. Februar 2020 in Erlangen (Info und Anmeldung unter info@dris-erlangen.de).

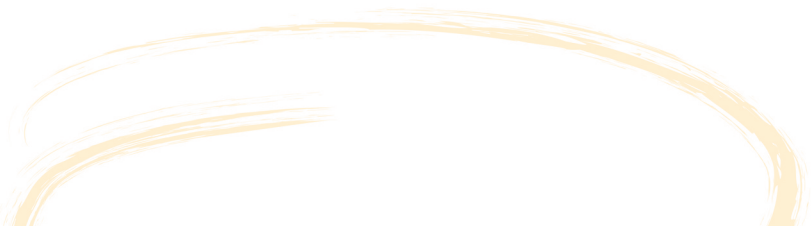
Literatur

In allen Zitaten über BMC beziehe ich mich auf das Buch von Linda Hartley: Einführung in Body-Mind Centering, Huber Verlag, 2012, sowie auf Seminarunterlagen (Handouts) von Jens Johannsen.

entdeckungen

zugedecktes
aufdecken
der vorgang der entdeckung
ist mehr als nur eine vorsilbenänderung
entdeckung
geschieht
auf vielfältige weise
einen weiteren schritt wagen
einen nebenpfad betreten
einen neuen blickwinkel einnehmen
innehalten oder beschleunigen
aufbauen oder abbauen
was wäre unser leben
ohne entdeckungen
ohne das freudige erstaunen
oder auch das erschrecken
darüber
was möglich ist

von Rita Weber



Vom Druck zur Lust am Entdecken und Entwickeln -

Petra Saltuari

Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge im pädagogischen und therapeutischen Arbeitsfeld

Der Weg zum eigenen Arbeitsfeld ist nicht immer linear und oft geprägt von persönlichen Erlebnissen und Erfahrungen.

In den letzten eineinhalb Jahren beschäftigte ich mich verstärkt mit dem Thema Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge, das für mich die Essenz der Funktionellen Entspannung ist, Spüren und Wahrnehmen und Handeln im Sinne der Selbstregulation.

Bereits in meiner Adoleszenz stellte ich fest, dass mir der eigene Ausdruck in Farbe und Form sehr gut tat, mich entspannte und entlastete. Wenn ich mich hinsetzte und beispielsweise malte ohne viel darüber nachzudenken, bemerkte ich, dass sich mein Atem vertiefte, Gefühle fließen konnten, so auch Tränen. Jedenfalls war ich nach dem Gestalten befreiter und fühlte mich entlastet und oftmals um eine Erkenntnis reicher. Diese „Selbsterfahrung“ bereitete mir den Boden für meine erste Weiterbildung zur Kunsttherapeutin.

Früh stellte ich fest, dass ich sensibel mit Körperempfindungen reagierte auf für mich belastende Situationen, zum Beispiel auf eine angespannte Atmosphäre, Unstimmigkeiten, Widersprüchliches, Ambivalenzen und auf für mich negative, starke Reize.

Ohne dies klar benennen zu können erleichterte mir die Beobachtung, dass sich während des gestalterischen Ausdrucks der Atem vertiefte, ich in einen quasi meditativen, vorbewussten Zustand gelangte, zunächst den Zugang zur Funktionellen Entspannung. Die Kunst/Gestaltung war quasi das materialisierte Gefühl, das „Dritte“. Der Körper war noch „dichter an mir dran“. Die Verbindung zum Körper war seitdem auch aus meiner künstlerischen, kunstpädagogischen und kunsttherapeutischen Arbeit nicht mehr wegzudenken. In meiner anschließenden Weiterbildung in Funktioneller Entspannung erfuhr ich viele „AHA-Erlebnisse“, bekam Antworten, entwickelte und erhielt Erklärungen für mein Erleben. Mir dieser Zusammenhänge bewusst zu werden, war für mich erhellend und entlastend.

Den Druck auf der Brust, das Zusammenziehen im Bauch, die kalten Füße konnte ich plötzlich wahrnehmen, ernst nehmen und verstehen. Und ... für eine Regulierung sorgen.

Keywords

Selbstwahrnehmung
Selbstfürsorge
Pädagogik

Selbstregulation durch Selbstwahrnehmung und Ausdruck

Die liebevolle (Selbst-)Zuwendung zu meinen körperlichen Empfindungen erlebte ich von Anfang an durch die Funktionelle Entspannung sehr wohltuend und nährend und fand zunehmend Einzug in meine Arbeit. Deshalb sorgte ich zum einen zunehmend dafür, dass es mir während der Behandlung gut ging und dadurch die „Leibübertragung“ und Vorbildfunktion therapeutisch wirksam war. Zum andere bezog ich das körperliche Empfinden der Patienten/ Klienten aktiv ein (siehe auch Fuchs 2013, Herholz/Johnen/Schweitzer 2009).

Besonders in der Arbeit mit sogenannten risikoschwangeren Frauen in der Frauenklinik im Klinikum Frankfurt Höchst nutzte ich diese Erkenntnisse von Anfang an (Saltuari 2015).

In dieser wunderschönen Arbeit verwoben und unterstützten sich für mich die Funktionelle Entspannung und die Kunst zum ersten Mal.

Auch hier war der Einstieg ins professionelle Arbeitsfeld ein persönlicher Zugang. Ich hatte innerhalb meiner ersten Schwangerschaft Frühgeburtsbestrebungen in der 31. Schwangerschaftswoche und musste stationär aufgenommen werden.

Der Aufregung und Angst vor einer drohenden Frühgeburt begegnete ich mit dem Malen und bemerkte wieder, wie es mich beruhigte, wie sich zunächst mein Atem und daraufhin der Puls und die Kindsbewegungen beruhigten. Der sichere Halt durch die Unterlage, das Bett, der zum Teil sehr liebevolle Kontakt durch die Pflegekräfte und Gespräche unterstützten dies ebenfalls.

Aus dieser Erfahrung heraus entstand nach einiger Zeit die Idee, ein Konzept für Frauen in ähnlichen Situationen zu entwickeln. Den Fokus wollte ich darauflegen, Halt zu geben, einen „Schutzraum“ zu schaffen für das Spüren des inneren Haltes, Handlungsfähigkeit durch die Gestaltung zu ermöglichen in einer Situation, die Angst und Ohnmacht erzeugt. Gleichzeitig versuchte ich in meiner Arbeit die Bindung zum Baby durch das Hin-

spüren zu eben diesem im Mutterleib zu unterstützen, damit die werdende Mutter nicht aus Angst vor dem möglichen drohenden Verlust die Verbindung ab- oder unterbrach. Nach 13 Jahren Tätigkeit in diesem Bereich, entwickelte sich der Wunsch, mir weitere Felder zu erschließen.

Inzwischen besuchten meine Kinder die Schule, und ich erlebte den Druck aus der Elternperspektive. Meine beiden Kinder begegneten dem Druck sehr unterschiedlich. Die erstgeborene Tochter entsprach allen Erwartungen und setzte Energie frei, positive Bewertungen zu erhalten. Der zweitgeborene Sohn, widersetzte sich eher dem Druck und reagierte mit Widerstand und Entschleunigung und eckte dadurch im System hin und wieder an. Damals erschien mir die Schule als ein Ort und eine Veranstaltung, wo es allen Beteiligten mehr oder weniger schlecht ging, den Lehrenden, den Lernenden und den Eltern. Daran hat sich bis heute nicht viel geändert. Druck herrscht auf allen Ebenen. Die Neugier und das Lernen-Wollen, die jedes gesunde Kind natürlicherweise mitbringt, weichen einem Erfüllen von Anforderungen. Lehrende klagen über die Herausforderungen des Schulalltags, den Umgang mit schwierigen Schüler*innen, aber auch mit aufgeregten Eltern. Einige Lehrende arbeiten bis hin zu Erschöpfung und Burnout (Oepen 2015). Es ist wenig Wertschätzung für alle Beteiligten von allen Beteiligten vorhanden (bis auf ein paar hoffnungsvolle Ausnahmen, hier wäre es interessant zu untersuchen, was diese an Ressourcen und Widerstandskraft mitbringen).

Was braucht es, damit ein wertschätzendes Miteinander entstehen kann, das Neugier, Wissendurst, Entwicklungswunsch und Funktionslust wecken kann?

Auf diesem „Boden“ entstand mein Forschungsvorhaben, dass sich mit dem Thema Selbstwahrnehmung, Selbstfürsorge und Aktivierung von Lebensenergie (Eros) in der Pädagogik/ Lehre beschäftigt. Mein Ansatz beginnt bei den Lehrer*innen, da ich der Überzeugung bin, dass dies eine Analogie in der Kindererziehung innerhalb der Familie dann findet, wenn es den Eltern so gut geht, dass sie gut für die Kinder sorgen können.

Mit Barbara Dembowski (Lehrerin, Pianistin und FE-Pädagogin) habe ich im Frühjahr 2019 zu diesem Thema einen Tagesworkshop mit Funktioneller Entspannung und Gestaltung für Lehrer*innen durchgeführt. Da ich selbst keine Lehrerin bin, konnte ich an den Erfahrungen und dem Blickwinkel der Pädagogin teilhaben und von ihnen profitieren.

Ein Element, das ich vornehmlich allein innerhalb dieses Workshops durchführte, möchte ich im Anschluss kurz skizzieren. Die anderen Elemente werden wir zu gegebener Zeit gemeinschaftlich verschriftlichen:

Gelungenes wahrnehmen, würdigen und als Ressource nutzen

Im pädagogischen Alltag gibt es immer wieder Herausforderungen und Gelingendes. Zum einen können wir uns die Herausforderungen anschauen und daraus lernen, ebenso aber ist es wichtig, gerade auch dahin zu schauen, wo uns etwas gut gelungen ist.

Wir können uns selbst die Fragen stellen:

- Was erlebe ich in meinem (Schul-)alltag als gelungen?
- Worauf bin ich stolz?
- Was macht mich froh, beglückt mich? (dies können auch ganz kleine Dinge, oder Momente sein)

Und wir können diesen Fragen im Körper nachspüren (Wie und wo spüre ich Gelingendes, Herausforderndes?) und im Anschluss daran dies in eine Gestaltung bringen.

Sich des gut Gelungenen bewusst zu werden und es angemessen zu würdigen, stellt eine wichtige Ressource dar, die zu mehr Zufriedenheit führt. Durch den Wochenrückblick mit Fokus auf alles Gelungene wird manches Vergessene, das durch nachfolgende Ereignisse verdeckt wurde, wieder ans Licht geholt und kann so seine positive, ermutigende Wirkung entfalten.

Herausforderungen hingegen werden zum Anlass Neues auszuprobieren, andere Herangehensweisen zu erproben. Durch das Notieren erhalten diese Ideen mehr Verbindlichkeit.

Das Notieren von aktuell anstehenden Arbeiten entlastet die Gedanken außerhalb der Arbeitszeit. Eine gute Zeitplanung wirkt beruhigend und hilft, echte Pausen zu machen und abzuschalten.

Am Ende jeder Woche könnten wir ein wenig Zeit reservieren und Rückschau halten, was alles gut geklappt hat, uns gelungen und geglückt ist. Hierzu können wir alles aufschreiben oder sogar ein Bild oder eine Collage dazu gestalten, bzw. Bilder und Schreiben kombinieren. Das Fixieren in dieser Form verdeutlicht das Gelingene und verankert es stärker in unserem Erleben.

Je mehr Selbstwahrnehmung, Selbstregulierung und Selbstwertschätzung sowohl im pädagogischen als auch therapeutischen Bereich vorhanden ist, umso eher wird sich ein solches Klima auch vermitteln und umsetzen lassen. Und hierbei kann die Funktionelle Entspannung eine große Rolle spielen. Wenn Pädagog*innen und Therapeut*innen in dieser Hinsicht bei sich selbst ansetzen und gut für sich sorgen, sind sie ein Vorbild und unterstützen lebenslanges Lernen. In einem weiteren Schritt ist es sicherlich auch sehr sinnvoll, ähnliche Angebote für die Schüler*innen zu etablieren.

Literatur

M. Fuchs: „Funktionelle Entspannung – Theorie und Praxis eines körperbezogenen Psychotherapieverfahrens“, Pro Business Digital (2013)

I. Herholz, R. Johnen, D.Schweitzer: „Funktionelle Entspannung – Das Praxisbuch“, Schattauer (2009)

Oepen, Renate: Kunsttherapie zur Steigerung des Wohlbefindens in Prävention und Gesundheitsförderung: Eine explorative Studie. EB-Verlag, (2015)

Saltuari, Petra: „Kunsttherapie in der Schwangerschaft: Qualitativ-empirische Untersuchung von kunsttherapeutischen Interventionen bei Risikoschwangeren im Klinikum Frankfurt Höchst. Shaker Verlag (2015)

Eindrücke von der A.F.E. Jahrestagung 2018 notiert von Stipendiat*innen

Workshop „Stimmt die Stimme? Lustvolles Tönen und Stöhnen mit Körper und Stimme“

Wir treffen uns im obersten Stock des Tagungshauses, einem schönen, holzgetäfelten-Raum. Jeder hat seine eigene Motivation für den Workshop: der Stimme Raum geben, eigene Formen und Töne finden, sich mit einer hartnäckigen Heiserkeit auseinandersetzen. Angeleitet von Irene Bucheli-Zemp und Beate Leinberger erkunden wir die eigene Stimme und verorten sie im Körper. Wie klingt eine Bauchstimme, wie eine Kopfstimme, was ist dazwischen? Wie ist der Ton meiner persönlichen Stimme? Wie verändert sich die Stimme, wenn ich eine zusätzliche Stütze für den Körper habe, eine aufrechte Haltung? Was passiert mit der Stimme, wenn ich balancieren muss, „in einer schwierigen Lage“ bin? Sprechen, Summen, Zwitschern, Tönen, Brummen, Schreien, Singen, Stöhnen, alles darf ausprobiert werden. Eine besondere Herausforderung: das „Nein“ sagen. Laut oder leise, im Spiel oder in der Realität, mit Nachdruck und mit Wirkung. Insgesamt ein sehr bereichernder Kurs, der mir einen neuen Zugang zu mir selbst geschaffen hat: meine Stimme.

Vernonika Große-Holz

Impressionen von der 33. Jahrestagung der AFE

Das Stipendium für Studierende der AFE hat es mir ermöglicht, auf der Jahrestagung im November 2018 das Potential der Funktionellen Entspannung (FE) in unterschiedlichen langjährigen Interessensgebieten kennenzulernen. Beispielsweise konnte ich die Möglichkeiten zur Entfaltung der Stimme in Sprache und Gesang durch ganzkörperliche Aktivierung des Parasympatikus erleben. Besonders anregend fand ich hierbei die Vernetzung zwischen theoretischer Anatomie und praktischer Zuwendung. Ich entdeckte in zahlreichen Übungen zur Wahrnehmung von körpereigenen Impulsen sowie der Stellung des eigenen Körpers im Raum Ressourcen zum Stressmanagement. Zudem machte ich wertvolle Selbsterfahrung, für die ich sehr dankbar bin. Aber auch über die

Auseinandersetzung mit der FE hinaus konnte ich dank der Vorträge und den daran anschließenden Diskussionen meinen Horizont erweitern. Dabei konnte ich zum einen Bestätigung bereits wahrgenommener gesellschaftlicher Tendenzen erleben. Zum Beispiel als es um die philosophisch-historisch bedingte Spaltung zwischen Körper und Seele im deutschen Kulturraum ging oder um die extreme Wandlung des weiblichen sexuellen Selbstverständnisses in den letzten 50 Jahren von unterdrückt hin zu einem stereotypisierten ästhetischen Leistungsperfektionismus. Zum anderen begegnete mir unbekannte Facetten der besprochenen Problematiken wie etwa, dass sich hinter dem gegenwärtigen westlichen Frauenbild Relikte der kolonialen Ideologie verbergen, wonach die natürliche Schönheit gezähmt werden müsse. Besonders geschätzt habe ich die Unvoreingenommenheit von Referenten und Teilnehmern. Sie hat bereichernde Diskussionen während und nach der Tagung ermöglicht. In dieser Hinsicht wäre an mancher Stelle ein zeitlich weniger stark strukturiertes Programm besser gewesen, um für spontane Gespräche mehr Zeit zu haben. Begleitend zum Tagungsprogramm genoss ich zudem sehr die Momente gemütlichen Beisammenseins, sei es beim gemeinsamen Liedersingen am Ankunftsabend oder auf der Tanzparty am Samstag mit der großartigen Songauswahl aus der Popmusik der 80er Jahre. Ich werde diese Erlebnisse genauso wie die inhaltlichen Aspekte stets in sehr guter Erinnerung behalten.

Ida Montanari



Autorinnen

Große-Holz, Veronika
Angelweg 1
69121 Heidelberg
veronika.grosse-holz@gmx.de

Assistenzärztin an der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik Heidelberg, Psychosomatische Ambulanz seit 10/2019. Medizinstudium in Heidelberg, FE - Ausbildung seit 2017

Montanari, Ida
c/o Universitätsklinik Regensburg, Abtl. Psychosomatische Medizin
Franz-Josef-Strauß-Allee 11,
93053 Regensburg,
Ida.Montanari@stud.uni-regensburg.de

Studentin der Humanmedizin an der Universität Regensburg, Doktorandin an der Abteilung für Psychosomatische Medizin des Universitätsklinikums Regensburg, Stipendiatin bei der A.F.E. JT 2018

Saltuari, Petra, Dr. phil
Legienstraße 42
65929 Frankfurt
petra@saltuari.de
www.petra - saltuari.de

Kunstpädagogin, Heilpraktikerin (Psych.), Kunsttherapeutin, Kunst- und Körpertherapie, Paarentwicklung, Stressprävention - Zwiegespräche - Paartherapie - Kreativität, Praxis für Kunst- und Körpertherapie (FE)

Staehele, Inge, Dr. dent.
In der Reuth 41
91056 Erlangen
inge.staehele@gmx.de

Zahnärztin, Psychosomatische Zahnmedizin, Anwendung der FE im Rahmen von Weiterbildung und Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich

von Arnim, Angela, Dr. med.
Viktoria-Luise-Platz 8, 10777
Berlin
psychosomatik-dr.a.v.arnim@
web.de

Fachärztin für Psychosomatische Medizin in freier Praxis in Berlin, Körperpsychotherapeutin; Mitglied der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin (AIM), Lehrbeauftragte und Präsidiumsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung (A.F.E.); Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK); Dozentin, Lehrtherapeutin und Supervisorin mit Schwerpunkt Körperpsychotherapie am Institut für Psychotherapie Potsdam (IfP), Lehre an der SRH Hochschule Heidelberg, Fakultät für Therapiewissenschaften, Masterstudiengang Tanz- und Bewegungstherapie. Publikationen zu: Modellbildung in der Körperpsychotherapie, Körperbilddiagnostik, Körperbild-Skulptur-Test, Körperpsychotherapie bei somatoformen und Traumafolge-Störungen. Literatur: „Von der Propriozeption zur Narration. Körperbild-Skulpturen und -Narrative in der Psychosomatik“, in: Körper. Konstruktionen, Küchenhoff J (Hg), Jahrbuch für Literatur und Psychoanalyse 28. Königshausen & Neumann. 2009; „Der weibliche Körper, Heimat oder Kriegsschauplatz?“ in: Krüger-Kirn H., Schroeter B. (Hg.): Verkörperungen von Weiblichkeit, 2017, psychosozial, „Das Wunderknäuel, Entwicklung als Verwicklung“ in: Uexküll T.v., Fuchs M. et al: Subjektive Anatomie - Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie, 1994, Schattauer.

ISSN 1617 - 9374

Mitglieder der A.F.E. erhalten ein Exemplar des Heftes kostenlos.
Weitere Exemplare können bei der Geschäftsstelle zum Preis von 5 Euro
plus Portogebühren erworben werden.
Die neueren Theorie und Praxis-Hefte sind unter www.afe-deutschland.de herunterzuladen.

Texte

Für den Inhalt der Beiträge tragen die AutorInnen selbst die Verantwortung

Redaktion und Gestaltung

Petra Saltuari, Regine Wosnitza

Konzeption

COXORANGE Kreative Gesellschaft

Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung e.V.
Bülowstraße 52/A6
10783 Berlin
030 - 38106556
info@afe-deutschland.de

