

ZUM THEMA:
**PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE DER PLASTISCHEN CHIRURGIE FÜR
DAS WEIBLICHE GESCHLECHT**

Anke Rohde, Almut Dorn:

GYNÄKOLOGISCHE PSYCHOSOMATIK UND GYNÄKOPSYCHIATRIE

Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2007. 408 S., 9 Abb., 52 Tab., € 69,00.

ISBN: 978-3-7945-2460-0

Wenn von der Medizin die Rede ist, dann überwiegend von wachsendem Kosten-Druck, der in der Tat ein besorgnis-erregendes Problem zu werden droht. Soweit, so schlecht. Denn die Erfolge einer modernen Medizin, von der Forschung über die Klinik bis zum Praxis-Alltag finden sich nur selten gewürdigt, am ehesten noch wenn es sich um spektakuläre wissenschaftliche Ergebnisse oder clever lancierte Hypothesen handelt (die in der Regel noch ihrer Bestätigung harren).

Glücklicherweise gibt es eine Ausnahme, und die ist zahlreich: Es sind die Patienten und – das wird gerne vergessen – ihre Angehörigen, die den Kreis der Betroffenen erheblich, wenn auch zumeist still leidend erweitern. Wer krank wird, in unserer Zeit und Gesellschaft (wobei letzteres engere Grenzen hat, als wir uns vorstellen können, man befrage nur einmal reisefreudige Touristen), wer also krank wird, der spürt plötzlich die Segnungen eines finanziell zwar aufwendigen, aber effektiven Diagnose- und Therapie-Angebots.

Warum diese Einführung? Weil es auch und vor allem für neue wissenschaftliche, diagnostische und therapeutische Bereiche gilt, die uns auf den ersten Blick vielleicht entbehrlich erscheinen. Entbehrlich vor allem für diejenigen, die es nicht betrifft, aber wehe... Das heißt natürlich, dass sich auch das Indikations-Spektrum erweitert; wir werden plötzlich mit Fragen, aber auch Angeboten konfrontiert, die uns zuvor nie eingefallen wären. Dabei sind die meisten so alt wie die Menschheit, benachteiligten, belasteten oder quälten die Betroffenen, aber man musste das schicksalhaft hinnehmen. Und das bis in die jüngste Vergangenheit.

Aber jetzt tut sich etwas; manchmal hat man sogar den Eindruck, es würden sich die medizinischen Fortschritte geradezu überschlagen. Das nährt natürlich wieder eine unkritische Anspruchs-Haltung, aber alles hat eben zwei Seiten.

Und so kommen wir zum Thema: Das erste deutschsprachige *Lehrbuch der Gynäkologischen Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie* liegt jetzt vor. Warum, fragen die beiden Autorinnen in ihrer Einleitung: Frau Professor Dr. Anke Rohde, Leiterin des Funktionsbereichs „Gynäkologische Psychosomatik“ am Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde der Universität Bonn und ihre langjährige Mitarbeiterin Frau Diplom-Psychologin Almut Dorn? Reicht es nicht, wenn der angehende Gynäkologe auf das im Psychiatrie- und Psychosomatik-Kurs Gelernte zurückgreifen kann? Hat auch nicht ein Psychiater irgendwann einmal Gynäkologie und Geburtshilfe erlernt?

Gewiss, aber es ist müßig, die Vorteile spezialisierten Wissens auch nur zur Diskussion zu stellen. Wir würden uns schwer beklagen, nicht „auf dem neuesten Stand behandelt zu werden“, und der ändert sich in immer kürzeren Zeitabständen. Dem muss auch die Lehre Rechnung tragen. Deshalb gibt es jetzt ein entsprechendes Lehrbuch, das die speziellen Fragestellungen zwischen Gynäkologie einerseits und Psychiatrie bzw. Psychosomatik andererseits bündelt und die notwendigen Kenntnisse verfügbar, vor allem ständig griffbereit hält (sehr ergiebiges Sachverzeichnis!).

Was wird geboten auf der Grundlage eines seit Jahrhunderten entwickelten Wissensstandes (es betrifft die Hälfte der Menschheit, nämlich die Frau), konkretisiert durch die Erfahrung eines Spezialbereichs (s. o.), der nun seit über 10 Jahren erfolgreiche Arbeit leistet und darüber auch regelmäßig publiziert? Es ist ein breites Spektrum, das jede kosten-basierende Kritik schnell verstummen lässt. Wo findet man sonst so gezielt hilfreiche Hinweise über Begriffsbestimmungen (sehr wichtig, das wird in abgehobenen Wissenschafts-Kreisen gerne vernachlässigt), Geschichtliches (öffnet die Augen für die Gnade, erst heute medizinische Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen und nicht in hilfloser Vorzeit), über Arbeitsmodelle (auf das weibliche Geschlecht spezialisierte psychosomatische Kliniken betreffend, aber auch Spezial-Sprechstunden an psychiatrischen Kliniken, Beratungsstellen u. a.), Ausbildungswege (bekommen langsam Struktur- und Verpflichtungs-Charakter).

Und dann die klassischen Grundlagen: Anamnese-Erhebung (psychopathologisch, psychiatrisch, psychosozial, d. h. Lebenssituation und vor allem Sexual-Anamnese) und schließlich die Möglichkeiten und Grenzen der verbalen Interventionen: Gesprächsstruktur, Gesprächstechniken, spezielle Gesprächsziele, besondere Situationen, z. B. mit suizidalen, aggressiven, Borderline-, psychotischen, süchtigen, vergewaltigten, trauernden oder gar depressiven, ausländischen, minderjährigen, alten, intelligenz-geminderten Patientinnen u. a.

Hilfreich die Psychotherapie-Verfahren, wobei es besonders der Satz von Professor Dr. D. Krebs, ehemals Ärztlicher Direktor und Mitbegründer obiger Einrichtung im Geleitwort auf den Punkt bringt: „Sind Sie vertraut mit dem Werkzeug „Sprechen und Zuhören“ unter Vermittlung des Gefühls, alle Zeit der Welt für diese Patientin zu haben, ohne wirklich Zeit zu haben?“

Dazu die Psychopharmakotherapie, die man nicht unterschätzen sollte, auch wenn sie gerne als zweitrangig oder „halt im Notfall“ abgetan wird, besonders im psychosomatischen Bereich. Interessant die gynäkologischen Problembereiche aus psychologischer, psychosomatischer und psychiatrischer Sicht: prämenstruelles Syndrom, Kontrazeption, Perimenopause, Hirsutismus, Sterilität und Kinderwunsch, Schwangerschaft, Pränatal-Diagnostik und -Medizin, psychische Störungen nach der Entbindung, onkologische Erkrankungen, Unterbauchschmerzen und urogenitale Beschwerden, Sexualität und Geschlechtsidentität (einschließlich sexueller Missbrauch bis zur Vergewaltigung), die plastische Chirurgie (siehe später) usw. Hilfreich ein Repetitorium psychiatrischer und vor allem psychopathologischer Fachbegriffe, Störungen und Krankheiten und etwas, was immer wichtiger zu werden droht, so genannte arzt-zentrierte Aspekte (z. B. Burn-out) und juristische Fragen. Am Schluss ein Glossar und Literaturverzeichnis mit den wichtigsten Informationen und das erwähnte ergiebige Sachverzeichnis.

Was macht dieses Buch so lesenswert? Das Thema, selbstredend. Aber noch etwas anderes, das gerne vergessen bzw. resigniert abgehakt wird: Kein Sammelband mit allen Nachteilen (die hier nicht weiter ausgeführt werden müssen, Vorteile gibt es selbstverständlich auch), sondern ein Buch aus einem Guss, „erlebt und geschrieben von einer langjährigen Arbeits-Gemeinschaft von nur zwei Expertinnen, das sich wie von einem einzigen erfahrenen Autor liest. So etwas ist heute kaum mehr zu erwar-

ten, wohl auch kaum mehr möglich; in diesem Falle aber noch (einmal) Realität geworden. So ist dieses Buch ein erfreuliches Novum. Es liest sich leicht und bietet eine Fülle von Informationen, die man sich sonst mühsam zusammensuchen müsste. Ein empfehlenswertes Angebot für einen medizinischen Bereich, der immer bedeutsamer wird (und damit auch hoffentlich einmal adäquat versorgt werden kann).

Nachfolgend – wie dies in dieser Serie öfter geschieht – ein kurzgefasster Überblick zu einem Thema, das sich zumindest heimlich eines großen Interesses erfreuen kann, wobei allerdings mehr realistische Informationen über Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren nicht schaden würden. Gemeint sind

Psychosomatische Aspekte der Plastischen Chirurgie für das weibliche Geschlecht

Der Druck ist gewachsen. So lesen sich die ersten Zeilen dieses Kapitels. Natürlich gab es seit jeher gewisse ästhetische Vorlieben und Schönheits-Ideale. Doch die haben durch die Medien eine solche Verbreitung und leider auch unkritische Kommentierung gefunden, dass man sich kaum mehr „künstlichen Idealen“ zu entziehen vermag. Dazu kommt die relative Sicherheit der modernen plastischen Chirurgie. Diese ist auf jeden Fall dort zu begrüßen, wo es „harte Abweichungen von der Natur“ gibt, oder die Spuren von Krankheiten oder Unfällen gemildert werden sollen.

Das alles macht eine solche Entscheidung mehrschichtig, lässt nicht nur eine individuelle, sondern auch generelle Gewichtung zu. Wie aber steht es mit reinen oder überwiegend ästhetischen Fragen? Im gynäkologischen Zusammenhang wird die Plastische Chirurgie fast ausschließlich in Bezug auf die Brust bedeutsam. Das hat sie nebenbei zu den am häufigsten operierten Körperteilen gemacht. Man kann das distanziert bis ironisch sehen, allerdings auch im engen Zusammenhang mit weiblicher Identität und weiblichem Selbstwertgefühl. Die Brust ist tief in der Gesamt-Persönlichkeit und dem Körpergefühl der Frau verankert. Sie spielt aber auch für „ihre Betrachter“ eine Rolle als Symbol für Weiblichkeit, Sinnlichkeit, Fruchtbarkeit und Leben, wie es die Experten zu bedenken geben.

Die *rekonstruktive Mamma-Chirurgie* bittet nun die Möglichkeit des Wiederaufbaus, wenn die Brust zuvor aufgrund einer Krebs-Erkrankung operativ entfernt werden

musste (Fachbegriffe: Ablation, Mastektomie). Auch bei Brust-Fehlbildungen (Fachbegriffe: Makromastie, Hyperplasie, tubuläre Brust u. a.) können bei nachhaltigem Leidensdruck entsprechende Eingriffe diskutiert werden.

Eine zunehmende Zahl von Frauen nutzt aber auch die ästhetischen Möglichkeiten, was man umgangssprachlich dann als Schönheits-Operation bezeichnet. In diesen Bereich fallen dann auch die Wünsche nach operativer Verkleinerung der Schamlippen (s. später).

Das alles setzt im Grunde fachliche Informationen voraus, und zwar nicht nur chirurgischer Art. Hier wäre – mehr als man zuzugeben gewillt ist – auch der Rat eines psychosomatisch geschulten Psychologen oder Psychiaters/Nervenarztes von Gewinn, was aber bisher im deutschsprachigen Bereich noch kein Standard ist. Auf was gilt es zu achten? (nebenbei nicht zuletzt die plastischen Chirurgen selber betreffend, man denke nur an die „chronische Unzufriedenheit“ bei Dysmorphophobie; Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie).

Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und ihre Folgen

Wer mit seinem äußeren Erscheinungsbild nicht zufrieden ist, muss damit leben lernen. Das kann allerdings ein solches Ausmaß erreichen, das nicht nur bestimmte Körperteile, sondern das gesamte Körperbild darunter zu leiden haben. Das macht sich nicht selten an abwertenden Selbst(!)-Beschreibungen fest, die man an sich nur in primitiven Kreisen zu hören vermutet (Beispiele: „Fleischmassen“, „Strippen“, „Hühnerbrust“ oder „flach wie eine Flunder“ u. a.).

In solchen Selbstbeschreibungen wird dann auch das Ausmaß der eigenen Körper-Ablehnung deutlich. Das kann über reine Unzufriedenheit, wachsendes Scham-Erleben bis zu gemindertem Selbstbewusstsein, sozialen Ängsten und schließlich Rückzug und Isolationsgefahr gehen. Das beginnt oft schon um die Pubertät und reicht dann bis ins Erwachsenenalter, alle möglichen Situationen umfassend – und entsprechende Konsequenzen nach sich ziehend: partnerschaftlich, sexuell, familiär, ggf. sogar beruflich. Am Schluss drohen Depressionen, Ess- oder Angststörungen u. a.

Ästhetische Eingriffe seit Menschengedenken

Dies wird nun zum einen durch die erwähnten Medien „angeheizt“, ist aber im Grunde ein uraltes Problem. So gehen die ersten operativen Versuche, die Brust einem herrschenden Schönheitsideal anzupassen, bis ins 18. Jahrhundert zurück (und zwar durch drastische Maßnahmen, wie die Implantation von Eisen, Glas, Metall, Gummi u. a.). Ende des 19. Jahrhunderts sind die ersten chirurgischen Eingriffe dokumentiert (zur Vergrößerung durch Paraffin-Einspritzungen). Die Weiterentwicklung verträglicherer Prothesen dauert bis heute an (von Kochsalz-gefüllten Implantaten über vernetzte Silikon-Implantate bis zum Aufbau mit körpereigenem Gewebe).

Auch ist dieses Phänomen nicht auf unsere Breiten reduziert, man kann es sich denken. Es durchzieht alle Kulturen, angefangen bei den ersten Hochkulturen über die griechische Antike (wobei äußere Schönheit auch Rückschlüsse auf einen guten Charakter und moralische Integrität signalisieren sollten) über das Mittelalter, die Renaissance bis zur Neuzeit und Moderne. Und natürlich auf allen Kontinenten der Erde. Beispiele: rituelle Haut-Schnitte für „attraktive Narbenbildungen“, verlängerter Hals durch Messing-Ringe, Lippenpflock, Teller-Lippen, überlange Ohrläppchen, ausgedehnte Ohrlöcher, spitz zugefeilte Zähne u. a. Von Tätowierungen jeglicher Art ganz zu schweigen.

Bei uns gilt als weibliches Schönheitsideal zum einen sportliche Schlankheit, zum anderen aber eine füllige, straffe, runde Brust. Obgleich auch Männer immer häufiger an körperlichen Idealen gemessen werden, können sie sich – von der Natur beispielsweise weniger begünstigt – noch eher in ihren Status flüchten. Umgekehrt wird der weibliche Körper mehr denn je als Ausdrucksmittel und Darstellungsmedium verlangt und genutzt. Die Medien – es muss ständig wiederholt werden –, sind hier aber nicht nur die Initiatoren entsprechender Wünsche, sie informieren auch über die Möglichkeiten (seltener Grenzen) moderner Schönheits-Operationen (von der wissenschaftlichen Dokumentation bis zur „Seifen-Oper“). Dies wird durch das öffentliche Bekenntnis namhafter Schauspielerinnen, ja sogar nicht im Show-Business tätigen „öffentlichen Personen“ noch verstärkt; die Gesellschaftsfähigkeit operativer Schönheits-Eingriffe steigt.

Der Körper ist veränderbar

Das wichtigste Motiv ist sicher die erwähnte Selbst-Akzeptanz bzw. die Akzeptanz in der Gruppe, früher wie heute. Entsprechende Umfragen haben vor allem einen Schwerpunkt bei „ich möchte mir selber besser gefallen“ gegenüber „ich möchte meinem Partner besser gefallen“ ergeben. Das äußere Körperbild soll der inneren Wahrnehmung angeglichen werden, und zwar durch aktive Selbst-Gestaltung und damit Selbst-Verwirklichung. Der Körper gilt nicht mehr als ausschließlich naturgegeben, sondern als trainierbar und veränderbar. Dies gilt nicht nur für junge Menschen, auch das „alternde Gewebe“ oder die natürlichen Folgen von Schwangerschaft und Stillzeit sollen und können verhindert oder ausgeglichen werden.

Mit anderen Worten: Die plastische Chirurgie stellt somit auch einen Versuch dar, die Kontrolle über den eigenen Körper zu erlangen oder zu behalten, so die Autorinnen. Und weiter: Stehen bei der körperlichen Unzufriedenheit Scham-Erleben und geringes Selbstwertgefühl im Vordergrund, ist bei den gewünschten Eingriffen sicherlich erst einmal eine emotionale Stabilisierung möglich – zunächst. Denn daran knüpfen sich ein höheres Selbstbewusstsein, ein sichereres Auftreten in der Gesellschaft und das (erneute oder gar erstmalige) Zulassen engerer und vor allem intimer Kontakte. Denn in vielen Fällen geht es auch um sexuelle Attraktivität und damit um geschlechtliche Identität (mit Sicherheit beim Wiederaufbau der Brust nach Ablatio oder bei einer hyperplastischen Brust).

Ein besonderer Fall ist dabei die Transsexualität, wobei die chirurgische Umgestaltung vom Mann zur Frau mit einem Brust-Aufbau oder von der Frau zum Mann mit einer Ablatio sichergestellt werden soll, d. h. Angleichung an die nicht von der Natur gegebene, sondern individuell empfundene(!) sexuelle Identität.

Im Übrigen gibt es durchaus auch gesundheitliche Probleme, z. B. orthopädische Beschwerden bei einer übergroßen Brust, die dann aus anderen Gründen eine chirurgische Korrektur nahelegen. Die Übergänge zwischen der Wiederherstellung der „normalen“ Körperfunktion bzw. Körpererscheinung und einer Veränderung über das normale / schicksalhaft vorgegebene hinaus sind fließend, so die Autorinnen.

„Ideale“ Operations-Voraussetzungen

Zu den „idealen“ Operations-Voraussetzungen gehören – wer bezweifelt es – in diesem Fall nicht nur körperliche Aspekte; die seelischen bzw. psychosozialen sind hier noch viel bedeutsamer. Eine solche „ideale Patientin“ wäre aus psychologischer Sicht volljährig, psychisch gesund und würde einen nachvollziehbaren Leidensdruck erkennen lassen. D. h. die Unzufriedenheit ist verstehbar. Dabei sollten auch klare und vor allem realistische Erwartungen möglich sein.

Beispielsweise *nicht*: „danach den Partner fürs Leben finden“ oder „danach fühle ich mich bestimmt wohler“ u. a. Wichtig auch die Frage: warum gerade jetzt? Und was hat den Ausschlag gegeben, obgleich das „Problem“ sicher schon älterer Natur ist. Und natürlich müssen alle Risiken bekannt und akzeptiert sein, was von den Kosten bis zur Reaktion des Partners u. ä. reicht.

Wo ergeben sich nun grenzwertige Fälle oder solche, die vielleicht ihren (ahnungslosen) Chirurgen überreden können, einen Psychologen oder Psychiater hingegen zu einem anderen Urteil kommen lassen?

Auf was ist zu achten

Grundsätzlich sollte man sich eines psychologischen oder psychiatrischen Rates versichern, wenn die spezielle Patientinnengruppe der plastischen Chirurgie in ganz bestimmten Bereichen von dem abweicht, was oben dargestellt wurde. Als erstes: das Alter. Bei jungen Menschen sollte man erst nach Abschluss des Brustwachstums Korrekturen vornehmen, also um das 16. Lebensjahr herum. Das ist mitunter schwierig durchzusetzen, denn gerade Jugendliche in der Pubertät unterliegen einem starken Norm-Bewusstsein, ja Norm-Druck, der in Einzelfällen regelrecht nach einer chirurgischen Korrektur „schreit“. So zeigten auch Untersuchungen, dass Jugendliche und junge Erwachsene ihr Aussehen sehr realistisch einschätzen können und gerade Brust-Operationen in diesem Alter als durchaus erfolgreich gelten – entsprechende Bedingungen vorausgesetzt (s. o.).

Aber es ist nicht nur die Brust-Korrektur. Derzeit gibt es beispielsweise vermehrt Nachfragen durch junge Mädchen, die sich ihre kleinen *Schamlippen* operativ verkleinern lassen möchten (wobei in diesem Fall die kleinen Schamlippen offensichtlich

nicht klein genug empfunden werden). Warum? Es ist die derzeitige Mode, sich die Scham-Behaarung im Genitalbereich komplett abzurasierern, was Größe und Form der Schamlippen plötzlich einer verstärkten Aufmerksamkeit (und Vergleichbarkeit) ausliefert. Daher offenbar die zunehmenden Veränderungswünsche.

Es gibt aber auch eine Reihe von seelischen Störungen, die gerade in diesem Punkt aufhorchen lassen sollten. An sie muss man denken (Stichwort: Differenzialdiagnose, d. h. was könnte es sonst noch sein?) und hier wäre dann eine entsprechende Kontraindikation (Gegenanzeige) für einen operativen Eingriff zu diskutieren. Um was handelt es sich vor allem?

Ein spezifisches Problem ist die so genannte *körperdysmorphe Störung* oder *Dysmorphophobie*. Hier wird ein bestimmter Körperteil (z. B. Nase, Ohren oder eben die Brust) beharrlich als entstellt bzw. entstellend wahrgenommen. Der Grad dieser Unglücks-Überzeugung kann variieren, ja „wandern“, je nach Intensität oder gar Lokalität (von der Nase zum Ohr oder zu den Lippen usw.). Einzelheiten dazu siehe noch einmal der Hinweis auf das spezielle Kapitel in dieser Serie. Auf jeden Fall suchen viele dieser Patientinnen verschiedene Ärzte auf, um Abhilfe zu erbitten. Dabei sollte man sich allerdings die Statistik in Erinnerung rufen: in der Normalbevölkerung tritt die körperdysmorphe Störung bei etwa 2% auf. In der Schönheits-chirurgischen Praxis finden sich dagegen 7 bis 15% an Patientinnen mit Dysmorphophobie. Hier läuft der Chirurg also Gefahr, dass sein operativer Eingriff keine Entlastung bringt, sondern sich die Unzufriedenheit mit dem benannten Körperteil entweder fortsetzt – oder gar zunimmt (in Einzelfällen von anderen Körperteilen abgelöst). Für den konsultierten Arzt gilt deshalb der Warn-Hinweis: Auf der einen Seite extremer Leidensdruck, auf der anderen aber eigentlich eine äußere Erscheinung, die nur wenig von der Norm abweicht. Deshalb empfiehlt sich ein beharrliches Nachfragen, weshalb dieser operativer Eingriff (oder gar deren mehrere).

Vorsicht bei wahnhaften Störungen

Eine Dysmorphophobie kann aber auch im Rahmen einer *wahnhaften Störung* auftreten (Einzelheiten siehe das spezifische Kapitel). Hier geht es um die unverrückbare Überzeugung, unter einem missgestalteten Körper zu leiden. Eine solche wahn-

hafte Dysmorphophobie ist auf jeden Fall eine konkrete Kontraindikation gegen plastisch-chirurgische Eingriffe. Auf was ist zu achten? Zum einen ein auffälliger Realitäts-Verlust, zum anderen keinerlei Einlenken auf die Argumente des sorgfältig abwägenden und damit kritischen Chirurgen. Ein Wahn ist nicht diskutierbar, „es ist so“ – und damit Ende der Diskussion. Dazu kommen vielleicht noch absurde Körperbeschreibungen und -Vorstellungen, die den Verdacht des psychologisch / psychiatrisch versierten Chirurgen erhärten; allerdings kann das auch fehlen bzw. geschickt überspielt sein.

Abhängige Persönlichkeitsstörungen

Auch entsprechende Wünsche im Rahmen einer so genannten *dependenten, also abhängigen Persönlichkeitsstörung* müssen sorgfältig hinterfragt werden. Diese Patienten verlassen sich nicht selten bei kleineren, vor allem aber größeren Lebensentscheidungen auf andere Menschen – passiv, ohne Eigen-Initiative. Sie sind von Trennungsängsten, Gefühlen der Hilflosigkeit und Inkompetenz getrieben und neigen dazu, sich anderen unterzuordnen – und damit die Verantwortung auf andere abzuschieben.

Hier handelt es sich oftmals um Patientinnen, die für einen besonderen Zweck ihre Brust verändern lassen möchten, z. B. um den Wünschen ihres Partners zu entsprechen. Dabei werden die dafür notwendigen Operationen gar nicht als zwingend erachtet, doch die Unterordnung, vor allem die Angst vor dem Verlassenwerden verwischt alles. Auffällig in diesem Zusammenhang: Unsicherheit, Entscheidungsschwäche, ständiges sich Vergewissern-Müssen (Rückfragen bei diesem oder jenem), Operations-Termine immer wieder aufschieben, ohne es konkret begründen zu können.

Vorsicht: Borderline-Störungen

Noch schwieriger wird es bei der so genannten *emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung* und hier vor allem vom *Borderline-Typus*: Einzelheiten dazu siehe das spezielle Kapitel, hier nur in Stichworten: Neigung, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuleben, emotionale Ausbrüche und nicht zuletzt eine Störung

des Selbstbildes, was häufig zu intensiven, aber instabilen Beziehungen führt (zuerst Über-Idealisierung und dann Abwertung). Und schließlich die Tendenz zur Selbst-Zerstörung (Fachbegriff: selbstdestruktives Verhalten) mit Auto-(Selbst-)Aggression bis hin zu Suizidversuchen. Zu leiden haben darunter nicht zuletzt die zwischenmenschlichen, konkret die partnerschaftlichen und damit sexuellen Beziehungen. Wer hier mit dem Wunsch nach Brust-Aufbau oder gar Brust-Amputation kommt, dokumentiert obige Charakteristika bis zum Extrem, nämlich selbstschädigendes Verhalten.

Ess-Störungen mit gestörtem Körperbild

Ess-Störungen können Ursache, aber auch Folge körperlicher Unzufriedenheit sein; allem gemeinsam ist jedenfalls ein gestörtes Körperbild und eine gestörte Körper-Wahrnehmung (grundsätzlich viel dicker und umfänglicher als es der Realität entspricht). Der Wunsch nach Gewichts-Reduktion um jeden Preis könnte sich auch in einer Bitte um Brust-Verkleinerung niederschlagen, wobei vor allem die Bulimie, also die häufigen Fress-Attacken plus selbst-induziertes Erbrechen, Abführmittel-Missbrauch, Hungern und Appetitzügler ein besonderes Problem darzustellen scheint.

Plastisch-rekonstruktive Eingriffe nach Karzinom, Fehlbildungen und Anomalien

Ein enormer Eingriff in das Gesundheits-Erleben (was vor allem Unversehrtheit und Selbstbild anbelangt) ist die vollständige Brust-Amputation nach *Mamma-Karzinom*. Dabei sind allerdings vielerlei Reaktionen möglich, von Unglauben über Trauer bis hin zur Gleichgültigkeit, Hauptsache man bekommt den Krebs in den Griff. Auf jeden Fall würde der Wiederaufbau der amputierten Brust vieles leichter machen, vor allem die Wiederherstellung der körperlichen Integrität und Ästhetik einleiten. In der Regel muss aber zuvor die onkologische Therapie abgeschlossen sein, was eine so genannte Sekundär-Rekonstruktion nahelegt. Denn ein Sofort-Wiederaufbau verhindert zwar nicht die Konfrontation mit der Krebs-Erkrankung und ihren Folgen, möglicherweise aber die dauerhafte Krankheits-Bewältigung. Manche Patienten fühlen sich mit einer Brust-Prothese wohler als mit einer Rekonstruktion, wobei grundsätzlich die Größe der Brust, die Art der Narben und der Gewebe-Beschaffenheit eine Rolle

spielt (z. B. wenn das bestrahlte Gewebe weniger dehnfähig und belastbar wird). Denn obwohl heute nach wie vor das Silikon-Implantat am häufigsten eingesetzt wird, favorisieren doch immer mehr Patientinnen eine Rekonstruktion mit Eigengewebe, z. B. vom Rücken oder vom Bauch, was zwar aufwendiger, aber auch ästhetisch befriedigender zu sein pflegt.

Zu den *Brust-Fehlentwicklungen* gehören beispielsweise die fehlende Brust (Fachbegriff: Amastie), die unterentwickelte Brust (Hypoplasie), die überentwickelte Brust (Makromastie), die tubuläre Brust („Rüsselbrust“), mehrere Brustwarzen (Polythelie) oder gar mehrfach angelegte Brüste (Polymastie). Sie belasten bereits junge Mädchen ab ihrer Brust-Entwicklung im 11./12. Lebensjahr, der beginnenden Pubertät mit ihren eigenen Problemen, was Selbst- und Körperbild und damit Individualitäts-Entwicklung anbelangt. Je nach Persönlichkeitsstruktur ist deshalb auch mit ganz unterschiedlichen Konsequenzen zu rechnen, im negativen Fall Rückzug und Isolationsgefahr, um vor allem den in diesem Alter üblichen gnadenlosen Kommentaren zu entgehen. Danach folgen in der Regel Beziehungs-Probleme, Störungen in der sexuellen und emotionalen Entwicklung und zuletzt auch noch Leistungsprobleme, ganz zu schweigen von ggf. orthopädischen Folgen (z. B. bei einer überentwickelten Brust).

Hier gilt es erst einmal abzuwarten (aber ohne besänftigende Floskeln, das wird als Nicht-ernst-genommen-Werden interpretiert), wobei die Möglichkeiten einer operativen Korrektur für viele bereits eine Erleichterung bedeuten, weil es die Resignation reduziert, hilf- und hoffnungslos „auf immer seinem Körper ausgeliefert zu sein“. Im Einzelfall kann deshalb sogar eine frühere Korrektur sinnvoll sein, um die psychosozialen Gefahren zu minimieren. Natürlich müssen hier auch die Eltern einbezogen und aufgeklärt werden. Dabei gilt es ein waches Auge auf die jeweilige Familien-Dynamik zu haben.

Neben den Brust-Fehlentwicklungen gibt es noch die erworbenen Brust-Anomalien, einerseits nach Entfernung eines Tumors (s. o.), andererseits nach Verbrennungen, Verletzungen oder chirurgischer Eröffnung der Brusthöhle (z. B. Herzoperation). Auch hier kann eine plastisch-chirurgische Wiederherstellung notwendig werden, wobei die Grenzen zur plastisch-ästhetischen „Schönheitschirurgie“ fließend sind.

„Schönheits-Chirurgie“

Gerade „Brust-Patientinnen“ berichten, dass auch andere Körperregionen nicht ihrem Ideal entsprechen, worauf sich weitere Korrektur-Bedürfnisse ergeben. Ästhetisches Bewusstsein und Schönheits-Ideale beziehen sich nicht nur auf den ganzen Körper, manchmal werden bestimmte Regionen sogar noch höher bewertet. Gleichzeitig weiß aber auch jeder Experte, dass die Bereitschaft nach einer ersten ästhetischen Operation wächst, sich noch weiteren Operationen aus kosmetischen Gründen zu unterziehen. Hier gilt es sehr sorgfältig die subjektiv empfundenen „Abweichungen“ mit den wiederum subjektiv empfundenen Ideal-Vorstellungen abzugleichen. Zu achten ist vor allem auf überzogene Erwartungen, hinterher „perfekt“ auszusehen, eine fehlgeleitete Einstellung, die nicht zuletzt auf retuschierte Foto-Serien aus Zeitschriften und Fernseh-Sendungen zurückgeht. Diese Fehl-Interpretation ist das eine Problem; das andere, noch bedeutsamere ist die erwähnte psychische Problematik, beispielsweise durch eine Körperdysmorphie Störung (s. o.).

Die häufigste ästhetische Brust-Operation ist die Brust-Vergrößerung (Fachbegriff: Augmentation). In der westlichen Welt galten große Brüste schon immer als attraktiv, was sich bereits 3000 vor Christus abzeichnete. Die Brust-Vergrößerung ist jedenfalls nach wie vor am meisten gewünscht.

Dagegen wird eine Brust-Verkleinerung eher wegen körperlicher Beschwerden angestrebt, z. B. Nacken-, Schulter- und Rückenschmerzen bzw. eingeschränkte körperliche Aktivität. Andererseits aber in jungen Jahren auch aus ästhetischen Gründen, sich „nicht wie die anderen fühlen zu dürfen“, ggf. hämischen Kommentaren ausgeliefert zu sein. Hier gilt es wieder sorgfältig zu differenzieren: realistischer Grund oder Medien-Verführung.

Plastische Chirurgie im Genital-Bereich

Deutlich seltener ist der Wunsch nach Verkleinerung der *inneren Scham-Lippen*, was sowohl der Gynäkologe als auch plastische Chirurg vornimmt. In einigen Fällen liegen objektivierbar hypertrophe (über-dimensionierte) Scham-Lippen vor, die in der

Tat Beschwerden machen könne, z. B. beim Sitzen, Fahrrad fahren, Reiten und Geschlechtsverkehr.

Andererseits häufen sich auch ästhetische Wünsche, vor allem weil man – wie erwähnt – durch die komplette Rasur im Schambereich anatomische Unterschiede besser erkennt – und deshalb die Korrektur-Wünsche. Eingriffe auf dieser Basis sind aber immer fraglich und zudem mit einigen Risiken verbunden, die genau überlegt sein wollen. Denn durch die Reduktion der Scham-Lippen kommt es ggf. zu einer Reduktion des Lust-Empfindens, was aufgrund der ästhetischen Zwänge häufig gar nicht bedacht wurde. Für die Experten ist es jedenfalls ein immer wieder erstaunliches Phänomen, dass im west-europäischen Bereich zwar gegen die initialisierenden (rituellen) Beschneidungen von Mädchen protestiert wird, europäische Mädchen sich aber freiwillig „beschneiden“ lassen wollen.

Eine Vergrößerung der äußeren Scham-Lippen ist zwar ebenfalls möglich, jedoch eher selten. Natürlich kann es nach Geburten und mit dem Alter zur Erschlaffung der Schamlippen kommen, die ja hauptsächlich aus Fettgewebe bestehen. Das Einspritzen von eigenem Fettgewebe hält aber in der Regel nicht lange an.

Ein besonderes, kultur-spezifisches Problem ist die Rekonstruktion des *Hymens*, des Jungfernhütchens. Vor allem Frauen aus Ländern, in denen die Jungfräulichkeit eine unerlässliche Bedingung zur Ehe ist (Mittlerer Osten, aber auch Afrika, Lateinamerika), kommen mitunter mit der Bitte um eine Vaginoplastik. Hier zeigt sich dann die psychische Not unter dem kulturellen Druck, der auch mit familiären Repressalien verbunden sein kann.

Etwas anderes sind Korrekturen nach Operationen (aber auch Beschneidungen) im Genitalbereich, meist durch die Entwicklung von *Narben-Gewebe*. Auch hier muss man genau aufklären und ggf. nicht erfüllbare Vorstellungen korrigieren (z. B. Verbesserung des sexuellen Kontaktes).

Ähnliches gilt nach *Beschneidungen*, die zwar in unseren Breitengraden selten vorkommen, trotzdem mitunter ein Konsultations-Grund sind. Hier gilt es therapeutisch weniger eine „Genital-Verstümmelung“, mehr ein im jeweiligen Kulturkreis durchaus positiv besetztes Ritual zu sehen.

Ein sehr kontrovers besetztes Thema ist die so genannte *Reinfibulation*, das Wiederzunähen der Vagina nach einer Entbindung. Das wird von den deutschen Fachverbänden und der Bundesärztekammer aufs schärfste verurteilt (wie die Genitalverstümmelung im Allgemeinen). Trotzdem scheint es Ärzte und Krankenhäuser zu geben, die Beschneidungen „unter sterilen Bedingungen“ vornehmen, aus welchen Gründen auch immer.

Ein weiteres Problem ist der so genannte Vaginismus, der „*Scheidenkrampf*“, der den Geschlechtsverkehr unmöglich oder zumindest schmerzhaft macht. Auch hier wird bisweilen um eine operative Korrektur gebeten, z. B. die Sprengung des Hymens oder Durchtrennung von vermeintlich verengendem Gewebe („Narbenstränge“). In der Regel handelt es sich aber beim Vaginismus um eine vor allem seelische Problematik. Bevor man also an operative Eingriffe denkt, sollte eine genaue psychosomatische Diagnose erfolgen, noch besser eine sich anschließende Psychotherapie mit der Aufarbeitung möglicherweise bedeutsamer biographischer Aspekte.

Störung der Geschlechts-Identität

Bei der Störung der Geschlechts-Identität (Fachbegriff: *Transsexualität*) handelt es sich um ein dauerhaftes Zugehörigkeitsgefühl zum biologisch anderen Geschlecht. Männer streben häufiger geschlechts-angleichende Maßnahmen an (was auch damit zu tun haben kann, dass Frauen auch ohne Behandlung oder operative Eingriffe problemloser in eine Männer-Rolle schlüpfen können). Es entscheiden sich aber nicht alle Transsexuellen für eine geschlechts-angleichende Operation.

Vor allem bei der *Penisplastik* (Frau-zu-Mann) herrscht nach wie vor große Zurückhaltung. Häufiger ist das Anlegen einer *Neo-Vagina* und der *Brust-Aufbau* (Mann-zu-Frau) sowie die *Brust-Entfernung* (Frau-zu-Mann).

Der Personenstands-Änderung muss auf jeden Fall ein operativer Eingriff vorausgehen (damit die Fortpflanzungsfähigkeit dauerhaft unterbunden wird, wie es in den gesetzlichen Regeln festgelegt ist). Einer hormonellen und chirurgischen Behandlung wird in einem speziellen Verfahren und nur nach Erfüllung bestimmter Kriterien zuge-

stimmt, wobei die Kosten von der Krankenkassen übernommen werden können (aber Vorsicht: schriftliche Kosten-Zusage).

Schlussfolgerung

Die gynäkologische Psychosomatik und die Gynäkopsychiatrie sind zwei Spezial-Bereiche, die in Zukunft immer mehr nachgefragt werden dürften. Dass es dabei nicht nur Möglichkeiten, sondern auch Grenzen, ja Gefahren gibt, die sich beide Seiten bewusst machen sollten (nämlich nicht nur die Patienten, sondern auch die angefragten Fachärzte, versteht sich von selber – wird aber bisher noch nicht ausreichend realisiert.

Deshalb ist ein Buch wie das vorliegende ein großer Fortschritt, eine wichtige Hilfe und Erleichterung bei Entscheidungen, die früher (fast) kein Thema waren, jetzt aber immer öfter anstehen. Dort wo man helfen kann, soll man nach sorgfältiger Abwägung helfen. Dort, wo man warnen muss, soll man nach sorgfältiger Abwägung und ausreichender Begründung warnen, und zwar nachhaltig. Nicht dass durch fragwürdige gesellschaftliche Mode-Strömungen und eine unglückliche Interpretation durch die Medien unkorrigierbare Konsequenzen geschaffen werden, die möglicherweise schon zuvor unglückliche Menschen noch unglücklicher zu machen drohen. Nicht alle (medizin-)technischen Fortschritte sind durchgehend folgenlos. Deshalb gilt auch hier: Wissen ist Macht – nämlich Macht zu helfen, und sei es durch bisweilen halt auch ernüchternde Aufklärung (VF.).