

Zwischen Selbstgestaltung und Selbsterhaltung

Sprachliche Identitätskonstruktionen und
subjektives Veränderungserleben von Menschen
mit plastisch-chirurgischen Eingriffen im Gesicht

Lisa Schäfer-Fauth



Zwischen Selbstgestaltung und Selbsterhaltung
Sprachliche Identitätskonstruktionen und subjektives Veränderungserleben von
Menschen mit plastisch-chirurgischen Eingriffen im Gesicht

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftlichen Fakultät
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.

vorgelegt von

Lisa Schäfer-Fauth
aus Frankfurt am Main

im Sommersemester 2015

Dekan: Prof. Dr. Albert Gollhofer

Gutachtende: Prof. Dr. Gabriele Lucius-Hoene
Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Prof. Dr. Joachim Küchenhoff

Datum des Promotionsbeschlusses: 09.12.2015

Bay mir bistu sheyn,
Bay mir hostu heyn,
Bay mir bistu eyner oyf der velt.
Bay mir bistu git,
Bay mir hostu "it",
Bay mir bistu tayerer fun gelt.
(Jacob Jacobs)

Danksagung

Herzlichst danke ich zunächst den Interviewten, die so mutig und offen waren, ihre Erfahrungen und ihr Erleben mit mir zu teilen.

Meiner Doktormutter und langjährigen Mentorin Prof. Dr. Gabriele Lucius-Hoene danke ich für Rat und Tat, Beistand und Ermutigung, Freundschaft und Inspiration – ihren Einfluss auf meine Biografie und Identität. Prof. Dr. Joachim Küchenhoff war über die gesamte Zeit der Verfassung dieser Arbeit hilfreicher und unterstützender Ansprechpartner, der immer wieder neue Denkwege eröffnen konnte und mir vieles ermöglicht hat.

Ich danke Prof. Dr. Dr. Daniel Sollberger für die kollegiale Unterstützung meiner Anliegen, sein Engagement für meine Arbeit und den fachlichen Rat. PD Dr. Martin Haug danke ich für die überraschenden und faszinierenden Einblicke in den Alltag der plastischen Chirurgie und die Hilfe bei der Gewinnung von Interviewpartnerinnen und -partnern. Dr. Puspa Agarwalla hat mir über einige Klippen hinweggeholfen und diese Arbeit um viele Facetten bereichert.

Prof. Dr. Stefan Pfänder hat die linguistische Anbindung dieser Arbeit ermöglicht, ich danke ihm für seine vielfältige Unterstützung. Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel danke ich für die Möglichkeit einer engen Assoziierung an die Abt. für Rehabilitationspsychologie, das Interesse für meine Arbeit und die Bereitschaft, sie zu begutachten.

Den unterschiedlichen Interpretationsgruppen an der Hermann Paul School of Linguistics Basel - Freiburg und dem Doktorandinnenkolloquium unter der Leitung von Prof. Dr. Gabriele Lucius-Hoene danke ich für die fruchtbaren gemeinsamen Textanalysen und den allgemeinen Beistand.

Besonders danke ich meinen Freundinnen und Kolleginnen, speziell Dr. Elke Schumann und Dipl.-Psych. Martina Breuning für ihre Expertise, Geduld und Unterstützung auf allen Ebenen. Dipl.-Psych. Lisa Lysenko danke ich für ihre wie immer klugen Kommentare, Lorena Simmel für das heldenhafte Transkribieren und die Ermutigungen. Die Arbeit entstand im Rahmen des Promotionskollegs Empirische Linguistik an der Hermann Paul School of Linguistics Basel – Freiburg, die auf vielen Ebenen wichtige Ressourcen zur Verfügung stellte. Ich bin dankbar, dort einen außergewöhnlichen Ort des wissenschaftlichen und menschlichen Austauschs gefunden zu haben.

Finanziell ermöglicht wurde die Arbeit durch ein Promotionsstipendium der Landesgraduiertenförderung Baden-Württemberg. Sie wurde zudem finanziell gefördert durch das Department Chirurgie des Universitätsspitals Basel und die Freiwillige Akademische Gesellschaft (FAG) Basel.

Mein Mann Benjamin Fauth und meine Tochter Marlene sind das größte Glück und die größte Inspiration.

Gewidmet ist diese Arbeit meinen Eltern und den Generationen meiner Familie vor ihnen, denen nicht die Möglichkeiten und Ressourcen offen standen, die mir mit dem Erstellen dieser Arbeit gewährt wurden.

Zusammenfassung

Unser Gesicht ist ein sensibler Verhandlungsplatz von Identität. Durch seine Sichtbarkeit ist es eng mit unserer Person verbunden: Es gibt uns und anderen eine Sicherheit über unsere Identität. Gleichzeitig verändert es sich durch natürliche Prozesse wie Alterung und den Wechsel psychischer und physischer Zustände, aber auch durch Ereignisse wie Tumore, Hautkrankheiten oder Unfälle. Die technische Entwicklung der plastischen Gesichtschirurgie scheint einen nie dagewesenen Spielraum zu eröffnen, das Gesicht den eigenen Vorstellungen entsprechend zu gestalten, und bereits stattgefundene Veränderungen im Gesicht rückgängig zu machen. In der Realität der plastischen Gesichtschirurgie stellt sich für die einzelnen Behandelten jedoch schnell die Frage nach den Grenzen dieser Möglichkeiten: Wie viel Wandel ist möglich, nötig, wünschenswert oder erträglich, und was ist eigentlich „erlaubt“, d.h. interaktiv zu rechtfertigen und sozial akzeptabel zu machen?

Methodisch untersucht die vorliegende Arbeit anhand von qualitativen Leitfadeninterviews, wie sich Menschen vor und nach einem gesichtschirurgischen Eingriff in Bezug auf ihr Gesicht und dessen Veränderungen verorten. Die Eingriffe reichen von „Schönheitsoperationen“ bis zu plastischen Rekonstruktionen nach der Entfernung von Tumoren. In die Auswertung gingen 15 präoperative und 12 postoperative Interviews ein, die zum einen „deskriptiv“ mithilfe eines Codierungsansatzes mit Kategorienbildung, zum anderen „identitätsbezogen“ durch detaillierte, linguistisch basierte Mikroanalysen (nach Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b) ausgewertet wurden. Bei der Beschäftigung mit dem Gesicht als Forschungsgegenstand werden methodische Besonderheiten relevant, die im Verlauf der Arbeit diskutiert werden, da sie für die Wahl der Methoden und das konkrete Vorgehen bei den Ergebnisanalysen leitend waren.

Die *Ergebnisse* zeigen, dass die Interviewten im Sprechen über ihr Gesicht eine Spannung zwischen „Innen“ und „Außen“ relevant machen: Erstens zwischen ihrem inneren „So-sein“ und ihrem äußeren Erscheinungsbild, wobei sie sich darin unterscheiden, wie sehr sie sich selbst als von ihrem Gesicht getrennt darstellen. Zweitens stellen sie ihre subjektive Innenperspektive dem „objektiven“ Blick von außen gegenüber, worin Verhandlungen von Stigmatisierung und Scham relevant werden. Eine besondere Rolle kommt dem Blick der Interviewerin zu, die in der Interviewsituation das „Außen“ repräsentiert. In Bezug auf die Darstellungen des gesichtschirurgischen Eingriffs kann gezeigt werden, dass insbesondere Themen der Handlungskontrolle und damit auch der Verantwortlichkeit verhandelt werden: Die Interviewten unterscheiden sich in der Frage, als wie handlungsmächtig sie sich gegenüber ihrem Gesicht und den chirurgischen Eingriffen darstellen, und an welchen Stellen Kontrollverluste deutlich werden.

In der *Zusammenschau der Ergebnisse und Diskussion* wird auf der Grundlage des „leibkörper-bezogenen Identitätsmodells“ nach Gugutzer (2002) und dem Positionierungsmodell nach Lucius-Hoene und Deppermann (2004b) ein Modell entwickelt, das eine systematische Analyse des Sprechens über das Gesicht ermöglicht. Es werden vier „Profile der Handlungsmächtigkeit“ erarbeitet, die unterschiedliche

Formen der Darstellungen des Gesichts mit seinen Veränderungen und der damit verbundenen Ereignisse integrieren. Es wird gezeigt, wie die Darstellungen der Kluft zwischen Gesicht und „Ich-Selbst“ als Verhandlungen von Leib-Körper-Kategorien verstanden werden können. Zudem werden vier Ebenen von „Schamverhandlungen“ herausgearbeitet, die einen empirischen Zugang zu dem komplexen Phänomen ermöglichen.

Als *Ausblick* wird die Möglichkeit einer Verallgemeinerung der erarbeiteten Modelle für das Sprechen über unterschiedliche Körperbereiche aufgezeigt. Zudem wird herausgearbeitet, was die Ergebnisse für den differentiellen Beratungsbedarf im Kontext der plastischen Chirurgie bedeuten. Abschließend wird die Frage aufgeworfen, welchen Gewinn eine psychologische Perspektive bieten kann, wenn der Körper zum vorrangigen Verhandlungsfeld von Identität wird.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	iv
Einleitung	1
A. Stand der Literatur	7
1. Das Gesicht und seine Bedeutung	7
1.1 Die soziale und identitätsstiftende Relevanz des Gesichts	7
1.1.1 „Zeige mir Dein Antlitz...“: Das Gesicht als Zeichen für die Person	8
1.1.2 „Ich seh Dir in die Augen, Kleines“: Das Gesicht und die psychische Entwicklung	8
1.1.3 „Ich sehe was, was Du nicht siehst“: Das Gesicht im Blick	10
1.1.4 Das entlarvende Gesicht	11
1.2 Das bewertete Gesicht: Konzepte von „Schönheit“ und „Abweichung“	12
1.2.1 Das „Schöne, Gute, Wahre“: Der Wert des schönen Gesichts	13
1.2.2 Das „entstellte“ Gesicht	14
1.2.3 Das stigmatisierte Gesicht	15
1.2.4 „Endlich schön“: Das Gesicht in den Medien	16
1.3 Implikationen für die vorliegende Arbeit: Der Bedeutungshorizont „Gesicht“	17
2. Die Identitätsrelevanz des Körpers	19
2.1 Der Körper als „Stifter“ von Identität	19
2.1.1 „Körperlose“ interaktionistische Identitätstheorien	20
2.1.2 Leib und Körper	21
2.1.3 Die entwicklungspsychologische Identitätsrelevanz des Leib-Körpers	23
2.1.4 „Leib-Körper-fundiertes Identitätsmodell“ nach Gugutzer (2002)	24
2.2 Der Körper als „Medium“ von Identität	27
2.2.1 Der sichtbare Körper als soziales Positionierungsmittel	28
2.2.2 Das Sprechen über „Wohl und Weh“ des Körpers	30
2.2.3 Der Körper in der narrativen Darstellung und Herstellung von Identität	31
2.3 Implikationen für die vorliegende Arbeit: Der Körper im Forschungsinterview	33
3. Plastische Chirurgie und das manipulierbare Gesicht	35
3.1 Das Spannungsfeld der plastischen Gesichtschirurgie	35
3.1.1 Historische Entwicklung plastischer Gesichtschirurgie: Das „machbare“ Gesicht	36
3.1.2 Plastische Gesichtschirurgie zwischen Normalisierung und Optimierung	37
3.1.3 Die Frage nach Indikation und Zielen: Psychotherapie mit dem Skalpell?	39
3.2 Das „verfügbare“ Gesicht	41
3.2.1 Die Frage nach der „Normalität“ plastischer Gesichtschirurgie	42
3.2.2 Der manipulierbare Körper zwischen gesellschaftlicher Normierung und autonomer Selbstaneignung	44
3.2.3 Manipulationen am Körper als Ausdruck seelischer Konflikte	46
3.2.4 Wollen S/sie das wirklich?: Von der Komplexität, die Patientinnenperspektive ernst zu nehmen	48
3.3 Implikationen für die vorliegende Arbeit: Die kommunikativen Selbstverortungen im Spannungsfeld „Gesichtschirurgie“	51

B.	Methodik und Forschungsvorgehen	53
4.	Methodologischer und methodischer Ausgangspunkt	53
4.1	Der „versprachlichte Körper“ als Forschungsgegenstand	53
4.1.1	Der Körper als Forschungsfeld	53
4.1.2	Das Sprechen über sich selbst	55
4.1.3	Zur Schwierigkeit, über den Körper zu sprechen	56
4.2	Eigene Forschungsfragestellungen	58
4.3	Forschungsvorgehen	60
5.	Datenerhebung	60
5.1	Fallauswahl	61
5.1.1	Gewinnung der Interviewten	61
5.1.2	Besonderheiten bei der Datenerhebung	62
5.2	Die Interviewten	64
5.2.1	Der Interviewkorpus	64
5.2.2	Von der Auswertung ausgeschlossene Interviews	65
5.2.3	Fehlende postoperative Interviews	66
5.3	Erhebungsmethode	66
5.3.1	Das Leitfadeninterview	66
5.3.2	Die (Weiter-)Entwicklung des Leitfadens	68
6.	Auswertung der Interviewdaten	69
6.1	Auswertungsmethode	69
6.1.1	Aufarbeitung der Interviews	69
6.1.2	Erster Auswertungsschritt: Deskriptive Analysen	70
6.1.3	Zweiter Auswertungsschritt: Identitätsbezogene Analysen	71
6.2	Spezielle Auswertungskonzepte: Agency und Positionierung	73
6.2.1	Positionierungsanalysen	73
6.2.2	Agencyanalysen	76
6.2.3	Die Verläufe: Die Gegenüberstellung prä/post	79
C.	Ergebnisteil	81
7.	Deskriptive Analysen: Das veränderliche Gesicht	81
7.1	Anlässe für den gesichtschirurgischen Eingriff	83
7.1.1	Körperliche Ebene: Veränderungen im Gesicht	83
7.1.2	Soziale Ebene: Erfahrungen mit Anderen	88
7.1.3	Selbstbezügliche Ebene: Das eigene (innerpsychische) Erleben	93
7.1.4	Technische Ebene: Medizinisch-technische Machbarkeit und funktionale Aspekte	99
7.2	Ergebniswünsche, -hoffnungen und -fantasien	103
7.2.1	Körperliche Ebene: Hoffnungen in Bezug auf die „Gestalt“ des Gesichts	104
7.2.2	Soziale Ebene: Hoffnungen in Bezug auf soziale Situationen	108
7.2.3	Selbstbezügliche Ebene: Hoffnungen in Bezug auf das Selbsterleben	113
7.3	Postoperativ: Ergebniserleben	118
7.3.1	Körperliche Ebene: Subjektive Bewertungen des chirurgischen Outcomes	120
7.3.2	Soziale Ebene: Subjektive Ergebniskriterien in Bezug auf soziale Situationen	126
7.3.3	Selbstbezügliche Ebene	135

8. Identitätsbezogene Analysen: Zwischen „Innen“ und „Außen“	142
8.1 Ich und mein Gesicht: Die Innenperspektive	144
8.1.1 „Irgendwie bassts nimm“: Die „Passung“ des Gesichts	145
8.1.2 „Ich seh nur noch das“: Der überwertige Teil des Gesichts	154
8.1.3 „Dieses dafür schämen“: Der emotionale Gehalt des Gesichts	161
8.1.4 „Das Gesicht verlässt einen einfach nach unten“: Das eigenmächtige Gesicht	171
8.1.5 „Ich könnte jetzt ruhig so rumlaufen bis achtzig“: Das unproblematische Gesicht	177
8.1.6 Zusammenfassung: Ich und mein Gesicht in Beziehung	180
8.2 Mein Gesicht und die Anderen: Der fremde Blick auf mein Gesicht	180
8.2.1 „Leute, die starren einen richtig an“: Der diskreditierende fremde Blick	181
8.2.2 „Ich habe immer das Gefühl, die glotzen mir auf die Nase“: Der imaginierte fremde Blick	191
8.2.3 „Plötzlich nicht mehr wahrgenommen werden“: Der ausbleibende Blick	197
8.2.4 „Mein Gott, wie sieht’n des us!“: Der eigene Blick als „fremder“ Blick	199
8.2.5 „Sie haben mich auch gleich erkannt“: Der Blick der Interviewerin	207
8.2.6 Zusammenfassung: Die Bedeutung der sozialen Sichtbarkeit	211
8.3 Die Veränderbarkeit des Gesichts: Die identitätsbezogene Bedeutung eines möglichen Eingriffs	211
8.3.1 „Ich möchte einfach zuerst mal wissen: Was ist möglich?“: Eine Dienstleistung in Anspruch nehmen	212
8.3.2 „Da gibt’s nur ein Mittel, das abzuschneiden, und das will ich jetzt versuchen.“: Das Schicksal in die eigene Hand nehmen	222
8.3.3 „Das ist eigentlich so mein letzter Anker“: Der Auswegslosigkeit begegnen	233
8.3.4 „So kann man einfach nicht herum laufen – hat der gefunden“: Sich behandeln lassen	239
8.3.5 Zusammenfassung: Der Eingriff zwischen Handlungsmächtigkeit und Kontrollverlust	242
8.4 Das chirurgisch behandelte Gesicht: Die identitätsbezogene Bedeutung der postoperativen Veränderung	243
8.4.1 „Dass es so ist, wie ich es wollte“: Kontrolle und Verantwortung im Behandlungsprozess	243
8.4.2 „Ah, das bin ja ich“: Fremdheit und Vertrautheit des „neuen“ Anblicks	252
8.4.3 „Du sehsch jetzt nüm glich uus wie vorhär“: Die Verbindung von „altem“ und „neuem“ Gesicht	258
8.4.4 „Die Geschichte dauert, dauert weiter“: Die Schwierigkeit, ein Ende zu finden	263
8.4.5 Zusammenfassung: Die Aneignung des „neuen“ Gesichts zwischen Integration und Abspaltung	268
D. Zusammenschau der Ergebnisse und Diskussion	270
9. Methodendiskussion	270
9.1 Das Problem der Fallauswahl: Vergleichbarkeit der Interviewten	270
9.2 Das Problem des prä-post Vorgehens: Vergleichbarkeit der Interviews	271
9.3 Das Problem der Verschränkung von Gesicht, Identität und Sprache: Ein erweitertes Positionierungskonzept	274
10. Diskussion der Ergebnisse	278
10.1 Erleiden oder Gestalten: Konstruktionen von Agency in Bezug auf den gesichtschirurgischen Eingriff	279
10.2 Gesicht haben, Gesicht sein?: Der Spalt zwischen Gesicht und „Ich-Selbst“	289

10.3 Intime Öffentlichkeit, öffentliche Intimität: „Gesichtsspezifische“ Verhandlungen von Scham	293
11. Ausblick: Was heißt das für Forschung und Praxis	296
11.1 Positionierungen des Körpers als Forschungszugang	296
11.2 Wollen S/sie das wirklich?: Von der Frage, welche Fragen gestellt werden müssen	297
E. Literaturverzeichnis	300
F. Anhang	319
Anhang A: Informationsmaterial und Einverständniserklärung	320
Anhang B: Kurzbeschreibungen der Interviewten	326
Anhang C: Allgemeiner Intervieweinstieg und Fragen zur Steuerung und Aufrechterhaltung	332
Anhang D: Leitfäden für die präoperativen Interviews, getrennt in Themenschwerpunkte	333
D1: Prä-Leitfaden kosmetischer Eingriff	333
D2: Prä- Leitfaden rekonstruktiver Eingriff	337
Anhang E: Leitfaden für die postoperativen Interviews	341
Anhang F: Verwendete GAT 2-Transkriptionskonventionen (nach Selting et al., 2009)	343

Einleitung

Wir sind fortwährend mit Gesichtern konfrontiert. In beinahe jedem unmittelbaren sozialen Kontakt („von Angesicht zu Angesicht“) schauen wir unserem Gegenüber ins Gesicht und werden gleichzeitig angeschaut. Passbilder dienen als Identitätsnachweis, Portraits unserer Lieben auf dem Schreibtisch oder an der Wand sollen diese trotz räumlicher Distanz in unsere Nähe bringen. Wir suchen unsere eigenen Züge in den Gesichtern unserer Kinder. Diese verstecken ihr Gesicht hinter ihren Händen und sind „weg“ – als verschwände mit dem Gesicht die ganze Person. Bei jedem Blick ins Fernsehen, in Zeitschriften oder soziale Medien werden wir von Bildern von Gesichtern überflutet. Die massenhafte Zunahme von Handyfotos und Videoclips stellt uns permanent (zumindest potentiell) vor die Frage, wie „präsentabel“ wir in einem bestimmten Moment aussehen.

Das Gesicht ist also auf ganz unterschiedlichen Ebenen eng mit der Identität seiner – ja was eigentlich – Trägerin¹, oder Besitzerin, oder Inhaberin verbunden. Gleichzeitig bleibt es nicht immer gleich: Das Gesicht wandelt sich aufgrund von natürlichen Prozessen wie Wachstum und Alterung, aber auch aufgrund von schicksalhaften Ereignissen wie Unfällen, Hauterkrankungen oder tumorösen Veränderungen. Wir alle kennen Momente, in denen uns etwas an unserem Gesicht mehr oder weniger gefällt, mehr oder weniger „passend“ erscheint. Es kann etwas sein, das neu entstanden ist (wie Falten oder Pickel), oder Merkmale betreffen, die wir schon immer haben (wie eine bestimmte Nasenform oder ein Muttermal). Je nach Situation kann sich dies ganz unterschiedlich auswirken. Wenn wir einen Vortrag vor großem Publikum halten oder ein erstes Date haben, nehmen wir unser Gesicht im Vorfeld anders wahr, als wenn wir zuhause die Wohnung putzen. Wenn wir uns in unserem Leben wohl und geborgen fühlen, hat unser Aussehen einen anderen Einfluss auf unser Befinden, als wenn wir allgemein in einer verunsicherten, unzufriedenen Lage sind. Es spielt eine Rolle, wie andere Menschen auf uns reagieren und in der Vergangenheit reagiert haben und welche Fantasien wir darüber haben, wie sie uns wahrnehmen und bewerten. Zudem macht es einen Unterschied, ob wir das Gefühl haben, etwas an unserem Gesicht ändern zu können oder nicht.

Diese Beispiele machen deutlich, dass einerseits die eigenen „Äußerlichkeiten“ zu bestimmten psychischen Prozessen, Bewertungen und Affekten führen können, und andererseits unterschiedliche psychische Umstände und soziale Kontexte unterschiedliche Bewertungen der eigenen „Äußerlichkeiten“ mit sich bringen. Das Gesicht spielt dabei eine besondere Rolle. Es ist das exponierteste Merkmal unserer Erscheinung. Wir sehen es bei jedem Blick in den Spiegel, auf Fotos oder Videos und wissen: Das bin ich! Aber wir sehen es immer nur in einem anderen Medium, wir haben es nie direkt vor uns. Andere hingegen haben permanent und unvermittelt Zugang zu unserem Gesicht. Tatsächlich sind wir in der direkten Interaktion auf die Reaktionen der

¹ In dieser Arbeit wird unsystematisch die weibliche oder männliche Form verwendet. Wenn nicht dezidiert darauf hingewiesen wird, ist das jeweils andere Geschlecht auch gemeint.

anderen angewiesen, um die Bedeutung unseres Gesichts und seiner Ausdrücke zu verstehen. Und die anderen sind auf unser Gesicht angewiesen: Es macht uns erkennbar und in unseren Regungen verstehbar – ein starres Gesicht wirkt irritierend, weil man keinen Zugang zu der Person „dahinter“ findet, ein vermummtes oder verschleierte Gesicht wirkt befremdlich oder gar bedrohlich. Doch unser Gesicht offenbart uns nicht nur, es verrät uns auch. Wir können es nicht dauerhaft kontrollieren, es vermittelt bestimmte Emotionen und Einschätzungen, noch bevor sie uns bewusst werden. Das Gesicht unterliegt permanent Betrachtungen und Bewertungen, und dabei ist es kaum zu verstecken. Es ist ein sensibler Verhandlungsplatz von Identität: An ihm kondensieren sich Fragen der körperlichen und sozialen Beschaffenheit unserer Selbst. Wenn das Gesicht sich verändert, kann dies tiefgreifende Verunsicherungen mit sich bringen. Umgekehrt ist denkbar, dass psychische Prozesse, die mit Verunsicherung einhergehen, das eigene Gesicht mangelhaft oder gar unerträglich erscheinen lassen. Beides können vorübergehende Phänomene sein, die sich mit der Zeit wieder legen. Auf dem Hintergrund der biografischen, sozialen und soziokulturellen Situation kann jedoch auch eine Unzufriedenheit mit dem eigenen Gesicht entstehen, die den Wunsch erzeugt, dieses zu verändern oder wiederherzustellen.

Tatsächlich scheinen wir selbst zunehmend technischen Einfluss auf unser Gesicht nehmen zu können: Plastisch-chirurgische Eingriffe im Gesicht haben in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen. Techniken wurden verfeinert, die allgemeine Verfügbarkeit erhöht. Jeder zweite Blick auf die Startseite eines Emailproviders liefert Einblicke in (Pseudo-)Informationsmaterial, Schreckensberichte oder Erfolgsgeschichten zum Thema „Schönheitschirurgie“ – zunehmend nicht mehr nur in Bezug auf „Stars“, sondern auch auf „normale“ Menschen (z.B. in Fernsehshows wie „Extrem schön! Endlich ein neues Leben“ auf RTL II). Man kann die Inanspruchnahme von ästhetisch-plastischer Gesichtschirurgie leicht als bloße Eitelkeit und Nebensächlichkeit abtun, indem man auf die Bedeutung „innerer Werte“ verweist. Doch schon eine kritische Selbstbeobachtung kann zeigen, wie eng der Zusammenhang zwischen „reinen“ Äußerlichkeiten und psychischen und sozialen Prozessen ist.

Die moderne ästhetisch-plastische Chirurgie scheint die technischen Möglichkeiten zu bieten, über den Weg des Körpers Einfluss auf diese Prozesse zu nehmen. Als *medizinische Leistung* wird sie eingesetzt, um angeborene „Defekte“ oder traumatische bzw. maligne körperliche Veränderungen rückgängig zu machen. Als *Dienstleistung* liefert sie Wege, das Gesicht nach eigenen Vorstellungen zu verändern. Der Übergang zwischen beiden Bereichen ist fließend. Dadurch, und durch die Zunahme der technischen Möglichkeiten, entstehen Fragen nach Beweggründen, Bedingungen und Erfolgen solcher Maßnahmen nicht nur von medizinischer, sondern auch von soziologischer und psychologischer Seite. Die chirurgische Machbarkeit sowohl bei der plastischen Rekonstruktion als auch bei rein kosmetisch motivierten Eingriffen schafft neben ungeahnten Therapiemöglichkeiten auch neue Problemstellungen.

In der soziologischen Literatur werden diese schon lange eingehend diskutiert: Handelt es sich bei dem Wunsch nach, bzw. den Möglichkeiten von Plastischer Chirurgie um postmodernen Zwang zur Selbstgestaltung oder um kreative neue Möglichkeit? Wird

der Körper (und damit das Subjekt selbst) normiert und unterworfen, bzw. normiert und unterwirft es sich (scheinbar freiwillig) selbst? Bietet die moderne Technik neue Möglichkeiten zur Selbstbefreiung, insbesondere zur Befreiung der Frau im hegemonialen männlichen Gesellschaftsdiskurs? Oder ist sie neues Mittel zur Unterdrückung? Handelt es sich bei jenen, die plastische Chirurgie in Anspruch nehmen, um informierte, mündige Kundinnen oder um entmündigte, verblendete Konsumenten? Schafft der neue Markt erst den Wunsch nach Veränderung, oder befriedigt er („nur“) ein schon dagewesenes Bedürfnis?

Von psychologischer Seite findet das Thema insbesondere in der psychoanalytischen Literatur Beachtung, wo die „übermäßige“ Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper als Verschiebung psychischer Konflikte auf die körperliche Ebene gesehen wird. Warum nehmen bestimmte Menschen ästhetisch-plastische Chirurgie in Anspruch und andere nicht? In welchen Fällen muss der Wunsch nach chirurgischer Veränderung als Versuch einer Lösung von konflikthaften oder persönlichkeitsstrukturell bedingten psychischen Inhalten verstanden werden? Ist der Wunsch nach plastischer Chirurgie ein Versuch der Schambewältigung? Ist er Ausdruck von Gefangenschaft und Entfremdung in Bezug auf den eigenen Körper, oder bietet die plastische Chirurgie Möglichkeiten zu Ausdruck und Kontrolle des eigenen Selbst, zur Aneignung des eigenen Körpers – zu „Embodiment“?

Auch in der Forschung aus dem Bereich der plastischen Chirurgie wird nicht nur das medizinische Outcome im Hinblick auf die Frage betrachtet, ob der chirurgische Eingriff „technisch“ gelungen ist. Vielmehr wird auch hier die Frage gestellt, auf welche Ebene ein Eingriff, der medizinisch nicht notwendig ist, eigentlich zielt (und wodurch er damit „gerechtfertigt“ ist). Insbesondere kosmetische Eingriffe werden als quasi psychotherapeutische Interventionen verstanden, die mit Parametern wie Lebensqualität und Selbstbild in Zusammenhang stehen. Hier zeigt sich als leitendes Problem, dass ein technisch gelungenes Ergebnis nicht immer mit höherer Zufriedenheit einhergeht. Insbesondere die klinische Beobachtung macht deutlich, dass es „resistente“ Patienten zu geben scheint, die auch mit den „besten“ Ergebnissen nicht zufrieden sind und auf immer weiterer Perfektionierung beharren.

Einigkeit herrscht darüber, dass plastische Chirurgie eben nicht nur auf Äußerlichkeiten zielt, sondern mit identitätsbezogenen Konzepten wie dem „sozialen Selbst“, „Selbstbild“ und „Körperselbst“ in Zusammenhang steht. Die verschiedenen oben dargestellten Herangehensweisen unterscheiden sich vor allem darin, ob vornehmlich gesellschaftliche und soziale oder innerpsychische Prozesse in den Vordergrund gerückt werden. Die Thematik bewegt sich exemplarisch innerhalb eines vieldiskutierten Spannungsfeldes: Wie verhält es sich mit den Möglichkeiten von Menschen, selbstbestimmt, kreativ und eigenverantwortlich zu handeln angesichts der Tatsache, dass sie sich in bestimmten kulturellen und sozial-gesellschaftlichen Strukturen und Prozessen bewegen?

Aus meiner Sicht bleiben diese Debatten ohne eine Einbeziehung der Sichtweise von Menschen, die tatsächlich Erfahrungen mit plastisch-chirurgischen Eingriffen machen, unvollständig. In dieser Arbeit steht im Mittelpunkt, wie sich Menschen in dem aufgezeigten Spannungsfeld selbst verorten. Jenseits der Frage, welche theoretischen

Zusammenhänge zur Inanspruchnahme von plastischer Chirurgie führen, liegt mein Fokus damit auf dem subjektiven Erleben der Zusammenhänge im Fortgang der Ereignisse. Dazu habe ich Menschen, die aus ganz unterschiedlichen Gründen vor einem gesichtschirurgischen Eingriff standen, vor und nach dem Eingriff befragt. Es handelte sich durchweg um „kleinere“ Veränderungen, die für viele Menschen im Bereich des „Vorstellbaren“ liegen: Die Entfernung eines Muttermals oder altersbedingter Faltenbildung, die Begradigung eines Nasenrückens, die Rekonstruktion nach der Entfernung einer (kleineren) krankhaften Wucherung (z.B. eines Basalioms). Die gravierendsten und chirurgisch schwierigsten Fälle betrafen Rekonstruktionen nach zuvor fehlgeschlagenen kosmetischen Eingriffen. Inhalt dieser Arbeit ist *nicht* der Umgang mit komplexen Eingriffen wie Gesichtstransplantationen oder gravierenden Unfallschäden mit kompletter Rekonstruktion, auch nicht mit kosmetischen Eingriffen, bei denen das Gesicht komplett verändert wird (wie es in den „Klatsch und Tratsch“ Medien gerne gezeigt wird).

Die empirische Studie basiert auf einem gemeinsamen Forschungsanliegen von Prof. Dr. Joachim Küchenhoff, Prof. Dr. Dr. Daniel Sollberger und Dr. Puspa Agarwalla (alle Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal), PD Dr. Martin Haug (Klinik für Plastische Chirurgie am Universitätsspital Basel) und Prof. Dr. Gabriele Lucius-Hoene (Abteilung für Rehabilitationspsychologie der Universität Freiburg) und ist von den unterschiedlichen Fachdiskursen und Forschungstraditionen geprägt. Methodisch ist sie in der qualitativen Forschung verankert, die das Privileg bietet, einen Zugang zum Forschungsfeld zu schaffen, ohne auf vorgefertigte Kategorien zurückgreifen zu müssen. Analysiert wird, wie Menschen in Zusammenhang mit einem plastisch-chirurgischen Eingriff über ihr Gesicht und seine Veränderungen sprechen, und wie sie dabei Identität darstellen und herstellen. Die Sprache ist damit das wichtigste Erkenntnismittel – sie bietet Ausgangspunkt und Begrenzung der Arbeit. Die theoretischen, methodologischen und empirischen Anliegen der Arbeit sind eng miteinander verwoben. Der Zusammenhang zwischen Gesicht, Sprache und Identität wird zunächst anhand der Literatur erkundet. Aus den theoretischen Erkenntnissen ergeben sich Folgen für den methodologischen und methodischen Zugang zum Thema in der Empirie. Die empirischen Ergebnisse geben ihrerseits Anstöße und Hinweise für die theoretische Beschäftigung mit dem Gegenstand und für eine angemessene Methodik.

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut:

Teil A beschreibt den Stand der Literatur zum Thema. Die empirische Forschungsarbeit wird theoretisch fundiert, wobei versucht wird, die Erkenntnisse aus der Literatur in übergreifenden Modellen darzustellen. Der Teil gliedert sich in drei Blöcke. In *Kapitel 1* steht das Gesicht mit seinem Bedeutungshorizont im Mittelpunkt. Es wird zum einen auf soziale und intrapsychische Besonderheiten eingegangen, die dem Gesicht als speziellem Körperteil zukommen. Zum anderen wird der kulturgeschichtliche und sozialpsychologische Kontext expliziert, vor dem Bewertungen des Gesichts und seiner Veränderungen stattfinden. In *Kapitel 2* werden Theorien zur identitätsstiftenden Relevanz des Körpers erläutert. Im ersten Teil steht der (Leib-)Körper als „Stifter“ von

Identität im Mittelpunkt. Im zweiten Teil wird gezeigt, welche Bedeutung dem Körper als „Medium“ oder Darstellungsmittel von Identität zukommt. Basierend auf den Ausführungen wird ein Identitätsmodell vorgeschlagen, das die unterschiedlichen Aspekte integriert. *Kapitel 3* gibt einen Überblick über die aktuellen Debatten zum Thema plastische Gesichtschirurgie. Dabei wird zunächst aufgezeigt, in welchem Spannungsfeld die plastische Gesichtschirurgie verortet ist. Danach wird betrachtet, welche theoretischen Problemstellungen sich durch die (vermeintliche) Verfügbarkeit des Gesichts ergeben.

Teil B expliziert Methodik und Forschungsvorgehen der empirischen Studie. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf dem Thema Sprache als Erkenntnismittel. *Kapitel 4* befasst sich mit dem methodologischen und methodischen Ausgangspunkt, vor dem die Studie stattfand. Es werden Besonderheiten und Beschränkungen des „versprachlichten Körpers“ als Forschungsgegenstand betrachtet, die eigenen Forschungsfragen werden dargelegt und das konkrete Forschungsdesign wird skizziert. *Kapitel 5* beschreibt die Datenerhebung mit ihren Schwierigkeiten. Es wird zunächst die Methode der Fallauswahl begründet, der Interviewkorpus wird beschrieben und das Leitfadeninterview als Erhebungsmethode erläutert. In *Kapitel 6* wird das konkrete Vorgehen bei der Auswertung der Interviewdaten beschrieben und auf die speziellen Analysekonzepte „Positionierung“ und „Agency“ eingegangen, sowie das Vorgehen beim „Prä-Post-Vergleich“ erläutert.

Teil C bildet das Herzstück der Arbeit. Hier findet eine systematische Darstellung der empirisch gefundenen Ergebnisse statt. Es besteht aus zwei großen Ergebnisblöcken, die sich gegenseitig ergänzen. *Kapitel 7* enthält eine deskriptive Zusammenfassung der Inhalte der sehr heterogenen Interviews im Hinblick auf die empirisch herausgearbeiteten Kategorien Körperlichkeit, Sozialität und Selbstbezüglichkeit. Für die Präinterviews wird gezeigt, welche Anlässe die Interviewten für ihren Besuch der gesichtschirurgischen Sprechstunde geltend machen und welche Ergebniswünsche sie im Interview darstellen. Für die Postinterviews wird die Bandbreite der unterschiedlichen Darstellungen des Ergebniserlebens aufgezeigt. In *Kapitel 8* werden die Interviews unter dem Gesichtspunkt der Frage betrachtet, wie die Interviewten Identität zwischen „innen“ und „außen“ konstruieren, also zwischen Darstellungen von innerpsychischen Prozessen und körperlichen Gegebenheiten, aber auch zwischen eigenem und fremdem Blick, eigener und fremder Handlungsinitiative.

Teil D besteht aus einer Zusammenschau der Ergebnisse unter abstrakteren Gesichtspunkten, die in einem abduktiven Schritt aus den Daten entwickelt wurden, und der gleichzeitigen Einbettung der Ergebnisse in die unter Teil A vorgestellt Literatur. In *Kapitel 9* findet eine Diskussion des methodischen Vorgehens statt, und es wird ein erweitertes Positionierungsmodell für die Analyse des Sprechens über das Gesicht vorgestellt. *Kapitel 10* befasst sich mit der Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf die leitenden Fragen der aktuellen Debatte um plastische Chirurgie und der Leib-Körperbezogenheit von Identität. *Kapitel 11* stellt als Ausblick insbesondere die methodische Verwertbarkeit des Ansatzes für andere Studien heraus und zeigt die Relevanz und Anwendbarkeit der Ergebnisse in der klinischen Praxis auf.

A. Stand der Literatur

Im Folgenden werden drei große thematische Blöcke beleuchtet, die Einblick in den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit geben. Zunächst wird das Gesicht als spezieller Körperteil mit seinem individuellen und sozialen sowie seinem kulturellen bzw. kulturgeschichtlichen Bedeutungshorizont betrachtet (Kapitel 1). Anschließend steht die Identitätsrelevanz des Körpers im Mittelpunkt. Es wird gezeigt, dass der Körper zum einen als ein konstitutives Bestimmstück von Identität betrachtet werden kann, zum anderen als ein Vermittler von Identität (Kapitel 2). Schließlich wird ein Überblick über die Literatur zum Thema Plastische Chirurgie und die weitreichenden Implikationen des „verfügbaren Gesichts“ gegeben (Kapitel 3).

1. Das Gesicht und seine Bedeutung

Weit mehr als andere Körperteile ist das Gesicht kulturell, ethisch und sozial hoch besetzt. Menschen, die vor einem gesichtschirurgischen Eingriff stehen, sind mit den Bedeutungen ihres Gesichts auf unterschiedlichen Ebenen konfrontiert. In diesem Kapitel werden diese Ebenen systematisch ausdifferenziert. Im ersten Teil (1.1) steht die (direkte) soziale und identitätsstiftende Relevanz des Gesichts im Vordergrund: Seine besondere Rolle in Interaktionsprozessen wird aufgezeigt und seine spezielle Bedeutung für die Selbst- und Fremdwahrnehmung beleuchtet. Im zweiten Teil (1.2) wird der Rahmen weiter gespannt: Die unterschiedlichen Bedeutungen des „schönen“ bzw. „entstellten“ Gesichts werden in den Kontext von Bewertungsprozessen gestellt, die sowohl kulturgeschichtlich als auch sozialpsychologisch hergeleitet werden können. Dabei werden auch die zugrundeliegenden Konzepte von „Schönheit“ und „Entstellung“ bzw. „Hässlichkeit“ kritisch betrachtet. Schließlich wird im dritten Teil (1.3) zusammenfassend auf die Relevanz einer differenzierten Betrachtung des „Bedeutungshorizonts Gesicht“ im Hinblick auf das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit und das konkrete Forschungsvorgehen hingewiesen.

1.1 Die soziale und identitätsstiftende Relevanz des Gesichts

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Menschen, für die das Gesicht aktuell eine besondere Rolle spielt: Sie alle haben die chirurgische Sprechstunde aufgesucht. Die Tatsache, dass das Gesicht in den Fokus geraten kann, mal mehr oder weniger gefällt, mehr oder weniger „passend“ erscheint, ist eine alltägliche Erfahrung. Es ist das Körperteil, mit dem wir uns selbst im Allgemeinen am stärksten identifizieren und von anderen am stärksten identifiziert werden (Andretto Amodeo, 2007; Callahan, 2004). Unser Gesicht ist (für andere wie für uns selbst) symbolhaft mit uns als gesamter Person verknüpft (1.1.1). Seine soziale und identitätsstiftende Bedeutung lässt sich bis in die früheste kindliche Entwicklung zurückverfolgen (1.1.2). Die Art und Weise, wie es von uns und anderen in den Blick genommen wird, unterscheidet sich von der Bezugnahme auf andere Körperteile (1.1.3). Unser Gesicht macht uns nicht nur erkennbar, sondern entlarvt uns auch (1.1.4).

1.1.1 „Zeige mir Dein Antlitz...“: Das Gesicht als Zeichen für die Person

Das Gesicht verleiht einem Menschen eine Identität als distinkte Person (Bruce & Young, 1986, S. 305; Callahan, 2004; Landau, 1993, S. 39): Es dient als symbolische Erinnerung, wenn wir Fotos auf unseren Schreibtisch stellen, auf dem Passbild ist es Identitätsnachweis und das Internetportal, in dem wir unser soziales Profil hochladen können, nennt sich bezeichnender Weise *facebook*. Auch nach dem Tod erinnert insbesondere das Gesicht an die verstorbene Person, sei es als Büste, Totenmaske, künstlerisches Portrait oder Foto.

Trotz der historisch schwierigen Bedeutung der Physiognomik gab es noch in den sechziger Jahren wissenschaftliche Versuche, anhand der Gesichter psychisch kranker Menschen psychodiagnostische Aussagen zu treffen.² Solche Annahmen eines direkten Zusammenhangs zwischen Gesicht und Krankheitsbild bzw. Gesicht und Charakter (wie das markante Kinn als Zeichen für eine Führungspersönlichkeit) werden im wissenschaftlichen Diskurs heute eher skeptisch betrachtet (Schmölbers, 1995, S. 12) – oder sie kommen in neuem Gewand daher, wenn nicht mehr die Krankheit, sondern die Gesundheit sich im Gesicht spiegeln soll (z.B. Müller, 2000). Wo sich empirische Zusammenhänge zwischen körperlichen Merkmalen und Persönlichkeitseigenschaften tatsächlich zeigen, sind Bedeutung und Richtung solcher Effekte umstritten (Asendorpf, 1999, S. 147f.).

Aller wissenschaftlichen Skepsis zum Trotz bleibt die Tatsache bestehen, dass unser Gesicht unmittelbar mit dem Bild verknüpft ist, das wir von uns entwerfen und das andere von uns haben. Es wird eben tatsächlich als entscheidendes Kennzeichen *wahrgenommen*, das wir vor uns hertragen, wenn wir mit anderen in Kontakt treten. Wir werden an unserem Gesicht eingeschätzt und bewertet.

„Mit dem Gesicht setzen wir uns in Szene, wie man im Deutschen sagen kann. Wir kommunizieren und repräsentieren uns selbst mit dem Gesicht. Dieses ist mehr als ein Körperteil, denn es agiert als Stellvertreter oder Pars pro toto des ganzen Körpers.“ (Belting, 2013, S. 26)

Das Gesicht kann also ungeachtet seiner tatsächlichen Aussagekraft als *Symbol* für unsere Person gesehen werden und damit als Mittel, uns als bestimmte Menschen mit bestimmten Eigenschaften vor anderen sowie vor uns selbst darzustellen (Macgregor, 1990). McNeill (2001) bezeichnet das Gesicht sogar als „Schaukasten unseres eigenen Selbst“ (S. 14). Zeige mir Dein Gesicht, so die Devise, und ich sage Dir, wer Du bist. Die überragende Bedeutungszuschreibung scheint entwicklungspsychologisch früh zu beginnen.

1.1.2 „Ich seh Dir in die Augen, Kleines“: Das Gesicht und die psychische Entwicklung

Die soziale und identitätsstiftende Bedeutung des Gesichts kann bis in die früheste Kindheit zurückverfolgt werden. Entwicklungspsychologische Studien zeigen, dass schon wenige Stunden alte Neugeborene sich für Gesichter oder gesichtsähnliche Muster interessieren (Johnson, Dziurawiec, Ellis & Morton, 1991). Es wird davon ausgegangen, dass es einen angeborenen Orientierungsmechanismus gibt, der eine Präferenz für

² Zum Beispiel: „Die ‚Facies dolorosa‘ des Patienten bildet [...] den Spiegel, in welchem sich die verschiedensten Symptome der Krankheit reflektieren.“ Mall (1967, S. 9)

Gesichter begründet (Johnson & Morton, 1991). Bereits mit vier Tagen sind Neugeborene sogar in der Lage, das Gesicht ihrer Mutter oder ihres Vaters zu erkennen (Bülthoff & Bülthoff, 2006, S. 171).

Theorien zur Feinfühligkeit in der Eltern-Kind-Beziehung und zum Bindungsverhalten von Kindern (Ainsworth, 1978) betonen, dass es die *mimische* Feinabstimmung zwischen Säugling und Eltern ist, die deren Interaktion in den ersten Lebensmonaten reguliert. „Man muss sich nur einmal ein Kleinkind ohne jede Fähigkeit vorstellen, das Gesicht zu verziehen“ (Cole, 1998, S. 112). Die *wechselseitige mimische Bezogenheit* kann als essentielle Voraussetzung für die psychische Entwicklung verstanden werden – und zwar sowohl für die Selbst- und Fremdwahrnehmung, als auch für die Selbstregulation („soziales Referenzieren“, Dornes, 1994, 1997). Im gelingenden Fall wird ein freudiges Gesicht des Kindes vom Lächeln der Eltern beantwortet; beim Weinen des Kindes zeigen die mimischen Reaktionen der Eltern, ob etwas „wirklich Schlimmes“ geschehen ist, und es sind beruhigende Gesichter, die dann konsolidierend und damit emotional regulierend wirken. Empirische Studien zeigen, dass Kinder mit ohnmächtigem Rückzug reagieren, wenn der Gesichtsausdruck der primären Bezugspersonen auf ihre Äußerungen reglos bleibt – beispielsweise weil das entscheidende Elternteil depressiv ist (Tronick, Als, Adamson, Wise & Brazelton, 1978; vgl. auch Küchenhoff, 2005, S. 159).

„Die Mutter schaut das Baby an, das sie im Arm hält, das Baby schaut in das Antlitz der Mutter und findet sich selbst darin... vorausgesetzt, daß die Mutter tatsächlich das kleine einmalige, hilflose Wesen anschaut und nicht ihre *eigenen* Introjekte, auch nicht *ihre* Erwartungen, Ängste, Pläne, die sie für das Kind schmiedet, auf das Kind projiziert. Im letzteren Fall findet das Kind im Antlitz der Mutter nicht sich selbst, sondern die Not der Mutter. Es selbst bleibt ohne Spiegel und wird in seinem ganzen späteren Leben vergeblich diesen Spiegel suchen.“ (Miller, 1983, S. 59f.)

Wir *brauchen* die anderen, um uns selbst erkennen zu können (vgl. dazu ausführlich Kapitel 2.1). Tatsächlich ist dies nicht nur in unserer kindlichen Entwicklung der Fall, sondern bleibt unser Leben lang. Indem wir den Blick der Anderen auf uns verinnerlichen, indem wir lernen, uns selbst wie durch die Augen der Anderen zu betrachten, können wir Distanz zu uns selbst einnehmen und über uns selbst nachdenken (Haußer, 1995, S. 38–41; Küchenhoff, 2007; Mead, 1912/1987a, S. 237ff.). Cole (1998) zeigt dies eindrücklich in Beobachtungen von Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen ihre mimische Ausdrucksfähigkeit verloren haben. Der gegenseitige Abgleich anhand des sich verändernden Gesichtsausdrucks, das mimische „Feedback“ (ebd., S. 227), das in Interaktionen normalerweise stattfindet, ist bei ihnen gestört. Ebenso ist das eigene „facial-feedback“ – die Beeinflussung des emotionalen Erlebens durch die Gesichtsmuskulatur (vgl. „Facial-Feedback-Hypothese“, Strack, Martin & Stepper, 1988) – unterbrochen. Die Folgen, die Cole beschreibt, sind emotionale Unsicherheit und soziale Isolation aufseiten der Betroffenen; Verunsicherung, Ärger und Fehleinschätzungen bis hin zum Eindruck der kognitiven Beeinträchtigung vonseiten des Gegenübers:

„Denn es ist schwer, sich Geist und Bewußtsein ohne Gefühle vorzustellen und Gefühle ohne die vom Gesicht angebotene soziale und persönliche Kommunikation und Definition.“ (ebd., S. 269)

Natürlich bleibt auch in gelingenden mimischen Interaktionen zwischen Menschen, deren Gesichter über die volle Ausdrucksfähigkeit verfügen, eine Lücke: Es kann vom Gegenüber nicht in jedem Moment „das Richtige“ gespiegelt werden (Küchenhoff, 2005, S. 161), ebenso wenig wie immer „das Richtige“ verstanden werden kann (ebd.; zur Spannung zwischen Exponiertheit, Entzogenheit und Bezogenheit in Bezug auf das Gesicht siehe Abschnitt 3.2.3). Tatsächlich liegt gerade in dieser grundsätzlichen Unfähigkeit zur völligen intersubjektiven Übereinstimmung die Möglichkeit zur Selbstwahrnehmung: Erst, indem eine Inkohärenz in der mimischen Abstimmung erlebt wird, kann der Andere überhaupt als Gegenüber, als getrennt wahrgenommen werden. In psychoanalytischen und interaktionistischen Theorien (z.B. Küchenhoff, 2007; Mead, 1987b) wird dies als Grundvoraussetzung beschrieben, das Eigene zu erleben (und, je nach Lebensalter, zu reflektieren).

1.1.3 „Ich sehe was, was Du nicht siehst“: Das Gesicht im Blick

Der Blick der Anderen, der Blick von außen spielt also in Bezug auf unser Gesicht zeitlebens eine entscheidende Rolle. Unser Gegenüber kann uns anhand unseres Gesichts von anderen unterscheiden und sich uns gezielt zuwenden. Es kann uns wiedererkennen, weil unsere Gesichtszüge eine Kontinuität besitzen, die uns nach langer Zeit noch eindeutig als „denselben Menschen“ auszeichnen (vgl. Bates & Cleese, 2001; Callahan, 2004). Zudem sind wir durch unser Gesicht einschätzbar, denn es macht (mehr oder weniger exakt) unser Alter, unser Geschlecht, unsere ethnische Zugehörigkeit, unseren Gesundheitszustand und unsere Stimmung erkennbar (Bruce & Young, 2012, S. 2; ebd., S. 259; Furr et al., 2007, S. 560; McNeill, 2001, S. 14). Grammer (2007) weist darauf hin, dass etwa 80 % aller Informationen, die in zwischenmenschlichen Interaktionen als Entscheidungshilfen herangezogen werden, aus dem Gesicht kommen. Demnach sind die anhand des Gesichts getroffenen Einschätzungen über unterschiedliche Beurteiler stabil und entsprechen sogar der Selbsteinschätzung der angeschauten Person (S. 71).

Natürlich macht unser Gesicht uns auch für uns selbst als eigene, abgeschlossene Person unterscheidbar: Ab einem Alter von etwa zwei Jahren erkennen Kinder sich selbst wieder, wenn sie ihr Gesicht sehen (Amsterdam, 1972) – das ist viel später, als sie andere Gesichter wiedererkennen. In den meisten Alltagssituationen haben wir keinen visuellen Zugang zu unserem Gesicht. Unser Blick auf uns selbst ist limitiert: Es ist ein *vermittelter* Blick, der Blick in den Spiegel, auf Fotos oder Videos. Und dieser vermittelte Blick gleicht nicht dem Blick der Anderen auf uns. Der Blick in den Spiegel erzeugt unweigerlich eine „Frontalillusion“ (Breyer, (im Erscheinen), S. 13) – eine idealtypische Ansicht unserer Selbst, die nicht dem lebendigen, sich ständig in Ausdruck und Perspektive ändernden Anblick, den das Gegenüber von uns hat, entspricht. Zudem ist davon auszugehen, dass die Beobachtung des eigenen Aussehens im Spiegel eine „Unschärferelation“ zur Folge hat, da die bloße Tatsache, in den Spiegel zu schauen, Unterschiede in Haltung und Mimik erzeugt (Kanz, 2008, S. 7). Ebenso ist der Blick auf Fotos oder Videos beschränkt – er liefert stets nur eine bestimmte Perspektive in einem bestimmten Moment.

„Was uns selbst betrifft, sind wir Experten. Niemand sonst kennt unsere Gedanken, Sehnsüchte oder auch unsere Geschichte, wie wir selbst es tun. Doch in einer Beziehung sind andere uns überlegen: Sie kennen unser Gesicht besser als wir selbst.“ (McNeill, 2001, S. 159)

So können wir nie sicher sein, was die anderen genau sehen, wenn sie uns „von Angesicht zu Angesicht“ begegnen (Cole, 1998, S. 196). Tatsächlich sind wir in der direkten Interaktion von den Blicken und Reaktionen der anderen abhängig, wenn wir die Bedeutung unseres Gesichts und seiner Ausdrücke verstehen wollen.

„Dieses Privileg, dieser privilegierte Zugang des Anderen zu einem Teil meines Selbst, mit dem ich in starkem Ausmaß identifiziert werde, ist irritierend, vielleicht auch verunsichernd. Wenn es um das Sehen des Gesichts geht, ist der Andere immer früher; was ich von mir denke, wie ich mir meine Gesichtszüge vorstelle, ist von diesem Blick des Anderen abgeleitet.“ (Küchenhoff, 2005, S. 158)

Schlussendlich haben wir unser Gesicht nie vollständig „im Griff“ – wir sind seinen Unvollkommenheiten und Entgleisungen in der direkten Interaktion ausgeliefert. Gleichzeitig sind auch unsere Interaktionspartner unserem Gesicht ausgeliefert, denn sie entkommen seinem Anblick nicht (van Gerwen, 2011).

1.1.4 *Das entlarvende Gesicht*

Wir verfügen über zahlreiche Mechanismen, mit der sozialen Zugänglichkeit des Gesichts umzugehen: In schwierigen Situationen setzen wir eine „gute Miene“ auf oder „verziehen keine“, wir verbergen unser Gesicht, wenn wir uns schämen oder nicht überführt werden wollen (Callahan, 2004). So leisten wir mit unserem „physischen“ Gesicht einen entscheidenden Beitrag zu dem sozialen Prozess, den Goffman (1955) im übertragenen Sinne als „face-work“ bezeichnet: Als Selbstdarstellung in der sozialen Interaktion, bei der wir versuchen, ein möglichst konsistentes und sozial erwünschtes Bild von uns selbst abzugeben und es damit unserem Gegenüber zu ermöglichen, dieses auch zu akzeptieren.

Unser Gesicht hat jedoch ein Eigenleben – es macht uns in unseren persönlichen Regungen und emotionalen Zuständen nicht nur erkennbar, sondern auch *überführbar*. Es gewährt anderen Menschen einen nichtsprachlichen Zugang zu einem Teil von uns, der uns selbst nicht unbedingt zugänglich und vor allen Dingen nicht immer kontrollierbar ist (Küchenhoff, 2008, S. 102) – man denke nur an das schamhafte Erröten in peinlichen Situationen. Es ist schier unmöglich, über lange Zeit ein „Pokerface“ zu bewahren oder „die Mine aufzusetzen“, die wir aufsetzen, wenn wir wissen, dass wir fotografiert werden.

„Der Andere, dessen Gesicht ich sehe, verrät etwas von sich, dessen er nicht Herr werden kann, und ebenso verrate ich etwas von mir. Dabei wird die Breite der Begegnungsmöglichkeiten in der Wortwahl bereits eingeengt, wenn ich von Verrat spreche. Ich könnte genauso gut das Wort „Vertrauen“ oder „sich anvertrauen“ wählen. In jedem Fall, ob nah oder fern, ob vertraut oder unheimlich, stellt sich eine Wechselseitigkeit her, und diese so konstituierte leibliche Verschränktheit gilt es auszuhalten.“ (Küchenhoff, 2008, S. 102)

Unser Gesicht entlarvt uns permanent: Es unterliegt im Verlaufe des Lebens Veränderungen, die wir nicht kontrollieren können. Sie sind an das Fortschreiten von Lebenszeit gebunden und durch biografische Erfahrungen geprägt (Belting, 2013, S. 7).

Ob wir wollen oder nicht, sehen wir heute anders aus als vor zehn Jahren – vielleicht gar anders als gestern – und sind auf unseren Baby- und Kinderfotos (wenn überhaupt) nur noch vage wiederzuerkennen (vgl. Bates & Cleese, 2001). Körperliche Zustände wie Erholung oder Erschöpfung, Emotionen wie Belustigung, Trauer oder Zorn haben Einfluss auf unser Gesicht und sind häufig nicht zu verstecken. Auch Traumata, Hautkrankheiten oder Tumore können jenseits des Erwartbaren zu plötzlichen oder beschleunigten Veränderungen im Gesicht führen, die unseren „versehrten“ Zustand sofort erkennbar machen. Es können so durch unterschiedliche Ereignisse vorhandene Merkmale deutlicher hervortreten oder gar neue Merkmale entstehen, die sofort sichtbar sind.

Diese schlichte Tatsache des Lebens geht mit ganz unterschiedlichem Erleben einher: Es ist nie nur die körperliche Erscheinung unseres Gesichts, die Veränderungen unterliegt. Es verändern sich immer wieder auch die sozialen Reaktionen auf das Gesicht. Und schließlich ist unsere Selbstwahrnehmung und -bewertung – unsere Evaluation der körperlichen und sozialen Veränderungen vor dem Hintergrund unserer aktuellen psychischen Verfassung – immer wieder unterschiedlich (Küchenhoff, 2005, S. 165ff). Es kann so von einem Wechselspiel zwischen den Merkmalen des Gesichts, sozialen Reaktionen auf das Gesicht und der zugrundeliegenden psychischen Konstitution ausgegangen werden, das zur Folge haben kann, dass bestimmte Merkmale des Gesichts als problematisch erlebt werden.

1.2 Das bewertete Gesicht: Konzepte von „Schönheit“ und „Abweichung“

Der Pysiognom Johann Caspar Lavater glaubte, einen direkten Zusammenhang zwischen Merkmalen des Gesichts und moralischen Qualitäten eines Menschen zu erkennen³.

„Die Schönheit und Häßlichkeit des Angesichts, hat ein richtiges und genaues Verhältniß zur Schönheit und Häßlichkeit der moralischen Beschaffenheit des Menschen. Je moralisch besser; desto schöner. Je moralisch schlimmer; desto häßlicher.“ (Lavater, 1775, S. 63)

Solche Annahmen sind tief verwurzelt. Auch wenn es keinen wissenschaftlichen Beweis gibt, bewerten Menschen ihr Gegenüber automatisch anhand von (stereotypen) äußerlichen Merkmalen, und das Gesicht als exponiertestes Körperteil bietet dabei häufig die wichtigste Quelle (Grammer, 2007, S. 71ff.).

Eine Arbeit, die sich mit Menschen beschäftigt, die eine gesichtschirurgische Operation anstreben, muss sich mit der Frage nach Körperbildern, Schönheitsidealen und gesellschaftlichen Normen auseinandersetzen. Das Gesicht ist gesellschaftlichen Betrachtungs- und Bewertungsprozessen ausgesetzt. Veränderungen am Gesicht können nicht unabhängig von diesen Prozessen betrachtet werden (vgl. Borkenhagen, 2001a, 2001b; Davis, 1995, 2008; Mattner, 2000; Villa, 2006).

Im Folgenden wird zunächst kulturgeschichtlich und sozialpsychologisch die Bedeutung des „schönen“ Gesichts betrachtet (3.2.1) und der Beitrag der Massenmedien beleuchtet

³ Lavater (1775) ging davon aus, dass sich die moralischen Qualitäten im Laufe der Zeit quasi in das Gesicht „einschreiben“.

(3.2.2). Anschließend werden die Bedeutung des „entstellten“ oder „hässlichen“ Gesichts betrachtet (3.2.3) und Prozesse der Stigmatisierung beschrieben (3.2.4).

1.2.1 *Das „Schöne, Gute, Wahre“: Der Wert des schönen Gesichts*

Gesellschaftliche Körperbilder wandeln sich (Sarwer & Crerand, 2004; Umbricht & Umbricht, 2010, S. 303), Schönheitsideale und Normvorstellungen unterscheiden sich sowohl interindividuell als auch im kulturellen Kontext (Dion, Pak & Dion, 1990; Eco, 2006). Dennoch gibt es insbesondere in der Philosophie seit jeher das Bemühen, eine absolute, d.h. objektive Definition dessen zu finden, was „schön“ ist. Schönheit wird mit Merkmalen wie Symmetrie, Harmonie und Proportioniertheit in Verbindung gebracht. Allerdings sind auch solche (vermeintlich) objektiven Kriterien stets nur kulturelle Konstrukte (Degele, 2004, S. 11). So bleibt die Frage offen, ob „das Schöne“ überhaupt objektiv gefasst werden kann oder stets nur „Reflex einer subjektiven Empfindung“ (Liessmann, 2009, S. 7) bzw. „massenmedial produzierte und im Alltag relevante [...] hegemoniale Norm im medial-öffentlichen Diskurs in Abgrenzung zum Nicht-Schönen oder Hässlichen“ (Degele, 2004, S. 11) ist.

Solchen Überlegungen zum Trotz sucht die psychologisch orientierte Attraktivitätsforschung über den Weg subjektiver Einschätzungen nach „objektiven“ Kriterien für körperliche Schönheit bzw. Attraktivität⁴. Als „schön“ wird (mit hoher Übereinstimmung, Cunningham, 1989) demnach unter anderem wahrgenommen, wer jugendlich, symmetrisch, geschlechtsstereotyp und gesund aussieht (Gründl, 2007, S. 52ff.). Es konnte gezeigt werden, dass ein „Durchschnittsgesicht“, das aus der digitalen Verschmelzung („morphing“) vieler Gesichter entstanden ist (Langlois & Roggman, 1990), als attraktiver empfunden wird als die einzelnen Gesichter, deren Durchschnitt es bildet (Lemley, 2000, S. 47). Es lässt sich vermuten, dass die Makellosigkeit der Gesichtszüge durch das Morphing eine Rolle spielt: die Normalisierung von Extremmerkmalen macht Gesichter attraktiver (Gründl, 2007, S. 59). Die Evolutionspsychologie (als vorherrschendes Paradigma der Attraktivitätsforschung) vertritt die These, dass als schön wahrgenommen wird, was einen Selektionsvorteil bringt („Gute-Gene-Hypothese“, Symons, 1995). Allzu große Abweichungen in der körperlichen Erscheinung, so eine weitere These, bringen einen Selektionsnachteil und werden als hässlich empfunden („Schlechte-Gene-Hypothese“, Zebrowitz & Rhodes, 2004). Schönheit ist also schwer von der wahrgenommenen Normalität (in Sinne von Nicht-Abweichung) der Merkmale (Davis, 2008) zu trennen (dazu auch Renz, 2008). Interessanterweise ist die wahrgenommene Schönheit von Gesichtern offenbar zuverlässig messbar, obwohl offen bleibt, woraus *genau* sie sich konstituiert (denn wie sieht eine Nase aus, die als „gesund“ oder „jugendlich“ empfunden wird, welche Nasenform wird in welchem Gesicht als „schön“ bewertet?; vgl. Gründl, 2007, S. 62).

In sozialpsychologischen Studien konnte gezeigt werden, dass die wahrgenommene Attraktivität in einem positiven Zusammenhang mit anderen Variablen wie dem

⁴ Degele (2004) grenzt den Begriff der „Schönheit“ sinnvollerweise von dem der „Attraktivität“ ab, „der im Spannungsfeld von Körperschönheit und Darstellungskompetenz angesiedelt ist.“ (S. 11) In den hier vorgestellten sozialpsychologischen Studien wird diese Unterscheidung vernachlässigt.

sozialen Erfolg stehen (z.B. Dion, Berscheid & Walster, 1972; Mueller & Mazur, 1996). Menschen, die als schön wahrgenommen werden, bekommen wesentlich häufiger positive Eigenschaften zugesprochen (Baron & Byrne, 2004, S. 271; Feingold, 1992; McKelvie, 1993, vgl. auch Halo-Effekt, Thorndike, 1920). Diese Erkenntnis steht in langer Tradition. Schon seit der Antike gehört der Begriff der Schönheit mit dem des Guten und Wahren zusammen. Die Haltung zu Schönheit in der griechischen Mythologie kommt in der Inschrift auf den Mauern des delphischen Tempels zum Ausdruck: „Das Richtige ist das Schönste“.

Das schöne Gesicht steht also nicht für sich, sondern ist immer schon mit Werten verknüpft (Eco, 2006). Es ist ein „Versprechen“ (Menninghaus, 2007), die „Verheißung von Glück“ („la promesse du bonheur“, Stendhal, 1975, S. 76, zit. nach Liessmann, 2009, S. 8), ihm wird eine eigene „Macht“ zugesprochen (Gutwald & Zons, 2007). Schönheit geht mit einem weitergehenden Sehnen, einem Verlangen nach Teilhabe an positiven Werten einher (vgl. dazu auch Abschnitt 1.2.4):

„Die Bedeutung, die wir dem Schönen in unserem Leben einräumen, ist so nicht nur auf das Äußerliche beschränkt; es ist damit fast immer die vielleicht verschwiegene und nicht immer bewusste Hoffnung verbunden, dass das Schöne tatsächlich das Glück im Sinne eines gelingenden Lebens bedeuten könnte“ (Liessmann, 2009, S. 8)

Umgekehrt ist natürlich nicht nur „Schönheit“ mehr als reine Äußerlichkeit, sondern auch die wahrgenommene oder antizipierte „Hässlichkeit“. Im Folgenden soll deshalb das problematische Gesicht als sozialer Ankerpunkt und möglicher Anlass für Stigmatisierung betrachtet werden.

1.2.2 Das „entstellte“ Gesicht

Ebenso wie das „schöne“ Gesicht mit bestimmten Werten, Sehnsüchten und Vorstellungen verbunden ist, haben auch „Entstellungen“ im Gesicht eine Bedeutung über die körperliche Ebene hinaus.

“Having a scarred or physically distorted face is seen as a shorthand for evil throughout different cultures, just as the flawless, symmetrical face is a shorthand for goodness.” (Bradbury, 2012, S. 193f.)

Allerdings ist die kulturgeschichtliche Bedeutung des „hässlichen“, bzw. des „entstellten“ Gesichts bei Weitem nicht so ausführlich beschrieben wie die des „schönen“. Eco (2007) merkt an, dass das Hässliche zumeist als Gegensatz zum Schönen definiert ist, es bislang jedoch selten selbst ausführlich behandelt wurde (S. 8) – eine Lücke, die er schließen will. Dabei ist die Frage, welche Merkmale im Gesicht als „hässlich“ bzw. „entstellend“ zu werten sind, ebenso uneindeutig wie die Frage, welche Attribute des Gesichts eigentlich genau als „schön“ gelten können. Robinson, Ramsey und Partridge (1996) beschreiben „facial disfigurement“ als

„the physical and psychological experience of a person whose face is scarred, blemished or deformed due to congenital, accidental, cancer-related, neurological or dermatological causes.“ (S. 281)

Damit ist der Begriff der „Entstellung“ weit gefasst und schließt psychologische Faktoren, wie die subjektive Wahrnehmung der betroffenen Person von sich selbst als entstellt, mit ein. Es sind sowohl plötzliche Veränderungen als auch von jeher ungeliebte

Merkmale des Gesichts, die von den Betroffenen als problematisch erlebt werden. Terwee et al. (2003) konnten zeigen, dass die Schwere einer Entstellung im Gesicht von Laienbeurteilern, Ärzten und Patienten mit relativ hoher Übereinstimmung eingeschätzt wird, wobei die Betroffenen selbst dazu neigen, die Schwere der Entstellung höher zu bewerten als Laien und Ärzte.

Aufgrund der Signifikanz, die dem Gesicht in sozialen Situationen zukommt, ist es ein besonders sensibler Verhandlungsplatz von Normalität und Abweichung (van den Elzen et al., 2012). So nimmt nicht nur die Bewertung der Attraktivität eines Gesichts mit zunehmender Entstellung ab, sondern (parallel zu den Ergebnissen der Attraktivitätsforschung) auch die Bewertung der ganzen Person im Hinblick auf verschiedene soziale Fähigkeiten (Masnari et al., 2013; Rankin & Borah, 2003).

Studien zu den sozialen und psychischen Problemen, die mit Abweichungen des Gesichts verbunden sind, betonen die Schwierigkeiten, die Betroffene in sozialen Situationen erleben (vgl. Macgregor, 1990; Partridge, 1997; Robinson et al., 1996).

„While distressed each day by the reflection in their own mirrors, as much if not more hurtful and damaging to their self-image and self-esteem is seeing their own flawed faces reflected in the reactive behaviour of the nondisfigured.“ (Macgregor, 1990, S. 249)

Als psychische Folgen zeigen sich insbesondere Depression, Angst, niedriger Selbstwert, geringe Lebensqualität und Veränderungen im Körperbild (vgl. Sousa, 2008).

1.2.3 Das stigmatisierte Gesicht

Ein abweichendes Gesicht verschwindet nicht in der Masse – es fällt auf. Dadurch stehen fundamentale stillschweigende Übereinkünfte der sozialen Interaktion zur Disposition. Die normalerweise übliche „civil inattention“ („höfliche Gleichgültigkeit“, Goffman, 1971/2000, S. 385), mit der Fremde sich in der Öffentlichkeit persönlichen Raum und Anonymität zugestehen, ist durch die *Sichtbarkeit* einer Normabweichung im Gesicht gefährdet (s.a. Macgregor, 1990):

„...the most public of all faces is a disfigured one. A disfigured face is always on display, so that often people come up to the disfigured, curiosity overcoming respect. Disfigurement may come to define a person's whole existence and persona.“ (Cole, 1998, S. 167)

Das Gesicht birgt die Gefahr, unmittelbar „diskreditierend“ zu wirken, also Prozesse der *Stigmatisierung* auszulösen (Goffman, 1967/ dt. 1975, S. 11, 64, vgl. dazu auch Furr et al., 2007; Macgregor, 1990). Das abweichende (Stigma-behaftete) Gesicht des einen Interaktionspartners konfrontiert den anderen (nicht-betroffenen) Interaktionspartner unmittelbar mit einem unerwarteten oder unerwünschten (nicht-normalen) Bild, was bei Letzterem in Reaktion zu „Unbehagen“ und negativen Stereotypisierungen führen kann (Goffman, 1967/ dt. 1975, S. 30). Die Wirkung eines stigmatisierenden Merkmals ist dabei extensiv (z.B. Cloerkes, 2000; Goffman, 1967/ dt. 1975): Vom abweichenden, diffus Unbehagen auslösenden Merkmal wird auf die ganze Person geschlossen, die in der Folge als beschädigt, als mangelhaft wahrgenommen wird. Wenn so der Eindruck, den wir von uns vermitteln wollen (das „soziale Gesicht“), durch unser Gesicht (das „physische“ Gesicht) von vornherein unterminiert ist oder temporär außer Kontrolle gerät, besteht in der direkten sozialen Interaktion („von Angesicht zu Angesicht“) die Gefahr eines „Gesichtsverlusts“ (Goffman, 1955; vgl. Schäfer-Fauth, Küchenhoff, Haug,

Lucius-Hoene & Sollberger, 2012). Beschämung, Peinlichkeit, Demütigung oder gar Selbstverachtung können die Folge sein (Goffman, 1955; Tisseron, 2000).

Scambler (1998) unterscheidet das „felt stigma“ – die Selbstwahrnehmung einer Person als stigmatisiert – von „enacted stigma“ – der diskriminierenden Einstellungen oder Handlungen von „Normalen“ gegenüber Menschen mit einer sichtbaren Abweichung (vgl. auch Jacoby, 1994). Beide Dimensionen des Stigmas sind eng miteinander verbunden. So können sowohl tatsächliche Erfahrungen mit diskriminierendem Verhalten als auch die „Gewissheit“, stigmatisiert zu sein, dazu führen, dass das stigmatisierende Merkmal versteckt wird. In der Folge kann das Verstecken zum Selbstläufer werden: Auch ohne reale Stigmatisierungserfahrungen herrscht das Gefühl vor, eine stigmatisierte Person zu sein – und entsprechend fühlen und verhalten die Betroffenen sich wie stigmatisierte Personen. Soziale Interaktionen drohen, dauerhaft zu unangenehmen oder gar angstbehafteten Situationen zu werden (vgl. Bradbury, 2012, S. 193)

Unzufriedenheit mit dem eigenen Gesicht oder mit dessen Veränderungen – durch natürliche Prozesse wie Alterung oder durch traumatische Ereignisse wie Unfälle, Verletzungen oder Tumore – kann dementsprechend mit einer tiefgreifenden Verunsicherung bezüglich der eigenen Identität einhergehen. Cole (1998) spricht davon, dass durch maligne Veränderungen des Gesichts „eine Naht zwischen Gesicht und Selbst aufgetrennt“ werden könne (S. 14).

Interessanterweise finden Studien keine direkten positiven Zusammenhänge zwischen der Schwere der Entstellung und den damit einhergehenden psychischen Belastungen (Bradbury, 2012, S. 194). Es scheint vielmehr so zu sein, dass die Schwierigkeiten eher im mittleren Bereich auftreten:

„Those with moderate disfigurement have been found to have the greatest problems as the reactions of others are unpredictable and more ambivalent, so are more difficult to manage. In addition, moderate disfigurement is likely to elicit increased scanning by strangers who try to make sense of the different appearance, whereas strangers may look and then look away when the disfigurement is more obvious.“ (ebd.)

Die soziale und die psychische Problematik sind nicht voneinander trennbar: Es sind sowohl die sozialen Reaktionen, als auch die eigenen psychischen Voraussetzungen, die bestimmen, wie gravierend eine Veränderung oder Entstellung des Gesichts erlebt wird und welche Konsequenzen sich damit für den Einzelnen ergeben.

1.2.4 „Endlich schön“: Das Gesicht in den Medien

Bei der Betrachtung der kulturellen und gesellschaftlichen Bedingungen des Schönheitsempfindens drängt sich die Frage auf, welcher Einfluss den Medien mit ihrer Bilderflut für unser Empfinden von „schön“ und „normal“ zukommt. Ist unser Geschmack geprägt von der täglichen Konfrontation mit bestimmten Bildern, oder bilden die Medien den vorherrschenden Geschmack nur ab? Geht man – sicherlich mit einigem Recht – davon aus, dass massenmediale Prozesse einen Einfluss darauf haben, was wir als normal oder schön empfinden (Wagner, 2014, S. 95; vgl. auch Groesz, Levine & Murnen, 2002; Tiggemann, 2003, S. 418; Villa, 2008b), lohnt sich ein Blick in Modemagazine oder das Fernsehprogramm. Dabei braucht man gar nicht extreme

Beispiele wie beispielsweise die OP-Shows „The Swan – Endlich schön“ auf Pro Sieben (vgl. auch Meyer-Drawe, 2007, S. 223ff.; Seier & Surma, 2008; Strick, 2008; Villa, 2008b, S. 94ff.) oder „Extrem Schön! Endlich ein neues Leben“ auf RTL II zu betrachten. Werte rund um Schönheit werden auch subtiler transportiert: Als viel benanntes Beispiel seien die Gesichter in der Werbung oder in Serien aufgeführt (Morgan, 2008; Seubold, 2007; Trapp). Umbricht & Umbricht (2010) weisen anhand von Studien darauf hin, dass „der Mensch der westlichen Welt mindestens zwölf Mal täglich mit dem Anblick einer untergewichtigen, oftmals kosmetisch operierten, gleichzeitig aber als idealtypisch dargestellten Frau konfrontiert“ wird (S. 304). Diese Allgegenwärtigkeit von „schönen“ Gesichtern, so kann argumentiert werden, führt im Zusammenhang mit dem Glücksversprechen von Schönheit zu der Ansicht, dass man für sich selbst dieses Glück durch körperliche Attraktivität erzwingen kann (und muss) (Liessmann, 2009, S. 9; Posch, 2009, S. 12). Wenn man „extrem schön“ ist, so lautet die zugespitzte Botschaft, bekommt man auch „endlich ein neues Leben“. Das schöne Gesicht dient als Hoffnungsträger: es beinhaltet das Versprechen von Glück (und ebenso beinhaltet das Glück das Versprechen eines schönen Gesichts – denn wo sieht man schon glückliche Menschen, die nicht auch gleichzeitig schön sind?).⁵

„Schönheit wird zu einem Gestaltungsmerkmal für mitunter höchst komplexe Zeichensysteme, durch die sich Menschen über Wunschbilder, Statusfragen, soziale Zugehörigkeiten, erotische Angebote oder Selbstwertgefühle verständigen.“ (Liessmann, 2009, S. 82)

1.3 Implikationen für die vorliegende Arbeit: Der Bedeutungshorizont „Gesicht“

Das Gesicht kann als der Teil des Körpers gesehen werden, der am direktesten bestimmt, wie wir uns selbst sehen und wie wir von anderen gesehen werden. Es wurde gezeigt, dass ihm eine besondere Rolle in der *face-to-face* Interaktion und speziell in der psychischen Entwicklung zukommt. Seine symbolische Bedeutung wurde auf individueller, sozialer und kulturgeschichtlich-gesellschaftlicher Ebene beleuchtet. Dabei wurde deutlich, dass sowohl das „schöne“ als auch das „entstellte“ Gesicht mit bestimmten Werten und Vorstellungen „besetzt“ ist. Veränderungen des Gesichts, ob gewollt oder ungewollt, können stärker als Veränderungen anderer Körperteile sozial und selbstbezüglich wirksam werden und haben damit das Potential, über Äußerlichkeiten hinaus Einfluss auf das Identitätserleben zu nehmen. Für das Forschungsanliegen dieser Arbeit ist es wichtig, den „Bedeutungshorizont Gesicht“ zu kennen und zu reflektieren. Zum einen werden erst vor diesem Hintergrund die individuellen Bedeutungszuschreibungen und Sinnstiftungen bezüglich eines gesichtschirurgischen Eingriffs in ihrer ganzen Identitätsrelevanz verstehbar. Zum anderen müssen die Besonderheiten des Gesichts auch bei der Betrachtung der Forschungssituation berücksichtigt werden. Interviewte, die vor einem

⁵ Wagner (2014) weist allerdings zurecht darauf hin, dass „die Publikumsrezeption von medialen Inhalten nicht in einem eindimensionalen Wirkungsprozess verläuft, sondern stets in einem komplexen praktischen Dekodierungsprozess angesiedelt ist, der (auch) durch die jeweils spezifischen Kontexte der Medienaneignung beeinflusst wird.“ (S. 96)

gesichtschirurgischen Eingriff stehen, sind bereits seit einiger Zeit mit ihrem Gesicht und dessen sozialer Sichtbarkeit beschäftigt. Sie müssen das, was sie an ihrem Gesicht als problematisch empfinden, an unterschiedlichen Stellen explizit thematisieren und absichtsvoll dem (medizinischen) Blick anderer preisgeben. Die Datenerhebung findet in einer interaktiven *face-to-face* Situation statt, in der die interaktive Bedeutung des Gesichts auch in der Beziehung zwischen Interviewten und Interviewerin relevant wird. Die verschiedenen methodischen Implikationen dieser Situation werden unter Kapitel 4.1 gesondert betrachtet.

2. Die Identitätsrelevanz des Körpers

In der Diskussion um die Identitätsrelevanz des Körpers werden in der Literatur zwei unterschiedliche Aspekte besprochen: Auf der einen Seite kann der Körper als unmittelbarer und „unhintergebarer Bezugspunkt von Identität“, als „Hort von Authentizität und Identität“ (Borkenhagen, 2001a, S. 306, vgl. auch Gugutzer, 2002; Krüger-Kirn, 2014, S. 190; Wagner, 2014) gesehen werden. Aus dieser Perspektive ist er unmittelbarer „Stifter“ von Identität. Auf der anderen Seite wird der Körper als „Projekt“ beschrieben, das mithilfe von modernen Körpertechnologien (wie plastischer Chirurgie) zunehmend im unternehmerischen Sinne „gemanagt“ wird (Posch, 2009, S. 45ff.), wobei es um eine „Inszenierung des Selbst durch Überschreitung der Körpergrenzen“ geht (Borkenhagen, 2001, S. 306). Aus dieser Sicht ist der Körper ein „Medium“ oder Ausdrucksmittel für Identität.

Aus diesen beiden unterschiedlichen Perspektiven wird im Folgenden die Rolle des Körpers betrachtet. Dabei wird der bis hierher in dieser Arbeit eher erratisch verwendete Identitätsbegriff präzisiert. Im ersten Teil (2.1) wird der Körper auf der Grundlage unterschiedlicher Identitätsmodelle als (ein) basales Konstitutivum (von mehreren) für die Herausbildung und Konsolidierung von Identität beschrieben – er steht als „Stifter“ von Identität im Mittelpunkt der Betrachtung. Im zweiten Teil (2.2) wird der Körper als ein Mittel betrachtet, durch das identitätsstiftende Positionierungen vorgenommen werden – sowohl durch direkte Inszenierungen am und mit dem Körper, als auch durch das Sprechen über den Körper. Der Körper wird also in seiner Rolle als „Medium“ für Identität beschrieben. Schließlich wird im dritten Teil (2.3) zusammenfassend hervorgehoben, wie der „kommunizierte Körper“ in der Interaktionssituation des Interviews in der vorliegenden Arbeit aus empirischer Perspektive in seiner Identitätsrelevanz betrachtet werden kann, und ein erweitertes Identitätsmodell wird vorgestellt.

2.1 Der Körper als „Stifter“ von Identität

Der (Leib-)Körper kann schon insofern als „unmittelbar identitätsrelevant“ (Gugutzer, 2002, S. 269) gelten, als er gewissermaßen unser „Zuhause“ darstellt. Schon Goffman weist darauf hin, dass man seinen Körper immer dabei hat – egal, wo man sich befindet und wohin man geht (Goffman, 2001, S. 152). Wir werden von außen als psychophysische Einheit – „in einer konkreten zeitlich-räumlichen Verortung“ (Villa, 2007, S. 18) – wahrgenommen und entsprechend behandelt. Gängige (post-)moderne Identitätstheorien betonen, unter systematischer Vernachlässigung dieser Tatsache, vor allem die Bedeutung der sozialen Interaktion für die Herausbildung von Identität (2.1.1). Nach einer kurzen Betrachtung dieser Theorien soll solchen Bestrebungen gefolgt werden, die (auf gleicher Grundlage) dem Leib-Körper eine entscheidende Rolle in identitätskonstitutiven Interaktionsprozessen zuschreiben. Dazu wird zunächst auf die phänomenologische Unterscheidung zwischen dem „Leib, der ich bin“ und dem „Körper, den ich habe“ hingewiesen (2.1.2). Es wird aufgezeigt, wie aus entwicklungspsychologischer Perspektive der Leib-Körper in der Interaktionserfahrung als entscheidend für die Herausbildung einer Identität als eigene und abgeschlossene

Person gesehen werden kann (2.1.3). Schließlich wird ein „Leib-Körper-fundiertes Identitätsmodell“ nach Gugutzer (2002) präsentiert, das auf den gängigen sozialwissenschaftlichen Identitätstheorien basiert, diese aber um leib- und körpertheoretische Konzeptionen erweitert (2.1.4).

2.1.1 „Körperlose“ interaktionistische Identitätstheorien

(Post-)Moderne Identitätstheorien beschreiben selbstreflexive und sprachliche Prozesse als essentiell für die Konstitution von personaler Identität (Abels, 2006; Antaki & Widdicombe, 1998a; Bamberg, 2010, 2012; Bamberg, Fina & Schiffrin, 2007; Fischer-Rosenthal & Rosenthal, 1997; Holler & Klepper, 2013; Holstein & Gubrium, 2000; Keupp et al., 2002; Krappmann, 1969/2000; Kraus, 2000; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b). Demzufolge werden identitätsstiftende Fragen überhaupt erst durch die Fähigkeit zum Sprechen über sich selbst bzw. durch das Bezugnehmen auf sich selbst möglich. Diese selbstreflexiven Möglichkeiten, so wird betont, entstehen durch die Interaktion mit anderen, durch das soziale Eingebunden-Sein: Um über sich selbst nachdenken und sprechen zu können, muss die Sichtweise der anderen übernommen werden: Man muss sich quasi selbst mit „fremden“ Augen betrachten. Gleichzeitig macht auch erst die *Abgrenzung* von etwas anderem das Eigene spürbar. Identitätsbewusstsein setzt die „Möglichkeit [voraus, LS], sich selbst zugleich Subjekt und Objekt zu sein und in ein Verhältnis zu sich selbst treten zu können“ (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. S. 48; vgl. auch Mead, 1987b, S. S. 241ff.). Ohne die Auseinandersetzung mit anderen – sowohl mit konkreten Bezugspersonen (signifikanten Anderen) als auch mit gesellschaftlichen Erwartungen und Werten (generalisierten Anderen) – kann kein „Selbst“⁶ (im Sinne eines *Selbstkonzepts* als Resultat des Nachdenkens über sich) erfahren werden (Erikson, 1966, S. 193; Gugutzer, 2002, S. 127; Küchenhoff, 2008, S. 78ff., 2012, S. 120ff.):

So enthält der Identitätsbegriff bei Mead (1987b) sogar eine explizite Doppelung, ein „I“ als Subjekt und ein „Me“ als (selbstbeobachtendes) Objekt. Das „I“ („impulsives Ich“) ist das spontane, kreative, triebhafte in uns. „Das ‚Ich‘ (I) liegt außerhalb der Reichweite unserer Erfahrung.“ (Mead, 1987a, S. 239) Sobald wir über uns selbst nachdenken, tun wir dies durch die Augen der Anderen und begegnen uns selbst als einem Objekt, eben dem „Me“ („reflektiertes ICH“). Dieses entsteht erst durch die Auseinandersetzung mit anderen. Es enthält Erinnerungen und Erfahrungen aus Interaktionen – die „internalisierten Anderen“ – die reflektiert und betrachtet werden können. Es hat die Regeln und Konventionen der Gesellschaft verinnerlicht.

Identität wird als etwas beschrieben, dass sich aus diesem Wechselspiel bildet, konsolidiert und verändert: Auf der einen Seite die sozialen und gesellschaftlichen Reaktionen (spezifischen zwischenmenschlichen Erfahrungen ebenso wie antizipierten sozialen, über Kultur und Gesellschaft vermittelten Erwartungen), auf der anderen Seite

⁶ Die Begriffe „Selbst“ und „Identität“ sollen hier nicht undifferenziert synonym gebraucht werden. Den unterschiedlichen Begrifflichkeiten liegen vielmehr unterschiedliche psychologische (insbesondere psychoanalytische) und soziologische Forschungstraditionen zugrunde, deren Erkenntnisse für die vorliegende Arbeit nutzbar gemacht werden sollen.

die jeweilige individuelle Antwort des Individuums (Holstein & Gubrium, 2000, S. 10ff.; Keupp et al., 2002, S. 28, 95ff.; Krappmann, 2000, S. 38f.; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 49). Das bedeutet, dass wir unsere Identität nicht im stillen Kämmerlein für uns selbst konstruieren können: Wir bedürfen der Anerkennung von wichtigen Bezugspersonen und der Einbettung in eine gesellschaftliche/kulturelle Umwelt als Grundlage für unser Selbstgefühl und entnehmen die Informationen für unsere Selbstinterpretation aus der sozialen Interaktion (Erikson, 1966, S. 188ff.; Keupp et al., 2002, S. 95ff.; Küchenhoff, 2008, S. 78ff.; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 49). Damit sind die Möglichkeiten zur Identitätskonstruktion, die dem Einzelnen *überhaupt* zur Verfügung stehen, auch direkt abhängig von den jeweiligen Lebensbedingungen, wie insbesondere in postmodernen Identitätstheorien betont wird (Keupp et al., 2002, S. 17ff.; Zirfas & Jörissen, 2007).

Als wichtigstes Medium für die identitätskonstituierende, notwendigerweise symbolisch vermittelte Auseinandersetzung mit dem sozialen Umfeld gilt in aktuellen sozialwissenschaftlichen Identitätstheorien die Sprache. Durch sie können wir Aussagen über uns selbst treffen, uns in der Interaktion mit anderen verständigen und unsere Identität aushandeln und behaupten (Antaki & Widdicombe, 1998b; Bamberg, 2010, 2012; Benwell & Stokoe, 2006; Bruner, 1987, 2003, c2002; Fina, 2003; Fina & Georgakopoulou, 2012; Holstein & Gubrium, 2000; Keupp et al., 2002; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b)

Identität wird also als kulturell-gesellschaftlich basierte, interaktiv hergestellte, sprachlich-symbolische Struktur verstanden, „mit der wir uns in unseren verschiedenen Lebensbereichen selbst zu verstehen und zu verständigen suchen, um handlungs- und orientierungsfähig zu sein.“ (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 51) Gugutzer (2002) weist jedoch darauf hin, dass unsere Identität nicht nur eine sprachlich-symbolische Struktur ist, sondern *immer schon* eine leiblich-körperliche Komponente besitzt, die in aktuellen Identitätsdebatten oftmals nicht ausreichend berücksichtigt wird (Benwell & Stokoe, 2006, S. 233ff.; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 51). Im Folgenden wird die Rolle des Körpers für identitätskonstituierende Prozesse beleuchtet. Dazu wird zunächst eine entscheidende erkenntnistheoretisch-phänomenologische Diskussion aufgegriffen: Die Unterscheidung zwischen Leib und Körper.

2.1.2 *Leib und Körper*

In der Forschung am und Theoriebildung über den Körper wird eine (phänomenologische) Unterscheidung getroffen: Der Körper ist nie nur der „Körper, den ich habe“, sondern zugleich immer auch der „Leib, der ich bin“ (für die Unterscheidung vgl. Plessner, 1928, 1941, S. 238 sowie Jäger, 2004; Wiegerling, 2008). Diese Präzisierung unterscheidet den anatomischen, materiellen Körper als „eine in der Dritten-Person-Perspektive fassbare Entität“ (Wiegerling, 2008, S. 10) vom gelebten Leib („belebter Körper“, Jäger, 2004, S. 49), als „Träger oder Medium der Subjektivität, [...] Organ unseres primären Bezugs zur Welt“ (Breyer, 2012).

Der dinglich erscheinende *Körper* ist in gewisser Weise optisch bestimmt: Er ist das, was Andere in der Interaktion mit uns sehen können und was wir sehen, wenn wir in den Spiegel schauen. „Der Körper kann ohne weiteres zum Gegenstand einer äußeren

Betrachtung gemacht werden wie jedes andere Naturstück auch.“ (Wiegerling, 2008, S. 10) Demzufolge ist der Körper im Grunde „eine *objektive* Tatsache“ (Gugutzer, 2004, S. 152)⁷. In der vorliegenden Arbeit wird zunächst vorrangig der „Körper, den ich habe“ relevant, da die Interviewten dazu aufgefordert sind, *über* ihren materiell-anatomischen Körper zu sprechen. Indem sie ihn als Erscheinung mit seinen Besonderheiten und Abweichungen beschreiben, treten sie ihm als *Objekt* aus ihrer eigenen subjektiven Perspektive entgegen. Dabei übernehmen sie die Perspektive der Anderen: Sie treten sich einerseits selbst aus der Außenperspektive gegenüber (wie ich mein Gesicht sehe), andererseits können sie ihren Körper auch direkt aus der Perspektive des Anderen beschreiben (wie andere mein Gesicht sehen).

Im Gegensatz zum dinglich erscheinenden Körper beschreibt Merleau-Ponty (1966) den gelebten und erlebten *Leib* als unsere existenzielle „Verankerung in der Welt“ (S. 174) und insbesondere „unser Mittel überhaupt, eine Welt zu haben“ (S. 176). „Der Leib meint also das Lebendige, Gelebte und Gespürte, ebenso wie die lebendige Erscheinung, die „leibhaftige“ Gegenwart eines Menschen.“ (Fuchs, 2012, S. 122ff.) Wenn wir die Welt auf irgendeine Weise in uns aufnehmen, so kann man von leiblichem Erleben sprechen. Der Leib ist dabei nicht nur das Medium unserer Wahrnehmung der Welt, sondern auch Medium der sinnlichen Empfindung unserer Selbst (Wiegerling, 2008, S. 16). Der Leib kann als das verstanden werden,

„was jemand in der Gegend (nicht immer in den Grenzen) seines Körpers von sich selbst, als zu sich selbst gehörig, spüren kann, ohne sich der fünf Sinne, namentlich des Sehens und Tastens, und des aus deren Erfahrung gewonnenen perzeptiven Körperschemas (der habituellen Vorstellung vom eigenen Körper) zu bedienen.“ (Schmitz, 2009, S. 35)

Es ist die unmittelbare, subjektive Erfahrung der Welt und unserer Selbst, die wir weniger mit unserem Körper als *durch* unseren Leib machen.

Im Rahmen dieser Arbeit ist der Leib auch in der Betrachtung der Interviewsituation von Bedeutung: Die Beteiligten sind nicht nur mit ihren Körpern, sondern leiblich, d.h. als lebende, wahrnehmende und empfindende Subjekte anwesend (vgl. dazu auch Küchenhoff, 2012, S. 21, Kapitel 4.1). Ich kann nicht „von Angesicht zu Angesicht“ zu einem Gegenüber *über* mein Gesicht sprechen, ohne dabei *als* mein Gesicht anwesend zu

⁷ Allerdings wirft diese Definition des Körpers einige Probleme auf. So kann argumentiert werden, dass aufgrund der Notwendigkeit zur Symbolisierung der Körper niemals als dingliche Tatsache besteht (es also keine „Unmittelbarkeit“ und damit keine „Objektivierbarkeit“ des Körpers gibt), sondern seine vermeintliche Realität immer schon kulturell bzw. symbolisch überformt ist (vgl. Wiegerling (2008, S. 28) mit Bezugnahme auf Foucault; Küchenhoff (2012, S. 16f.) mit Bezugnahme auf Lacan und Widmer). „Der Körper als Objekt der Naturwissenschaften ist selbst ein konstruierter, eine von geschichtlichen und gesellschaftlichen Bedingungen geprägte besondere Perspektive auf den Körper.“ Küchenhoff (2012, S. 16) Gleichzeitig können wir selbst (wie auch andere) unseren Körper stets nur in Teilen erfassen Küchenhoff (2012, S. 17) – wenn wir an uns hinunterschauen, sehen wir beispielsweise unser Gesicht nicht. Auch der Blick in den Spiegel rückt unseren Körper nur teilweise in unser Blickfeld – so können wir unser Gesicht nur in einem bestimmten Winkel sehen („Frontalillusion“, Breyer (im Erscheinen), S. 13); siehe dazu auch Abschnitt 1.1.3).

sein – in anderen Worten, ohne mit meinem Gesicht als „Personalunion“ identifiziert zu sein und zu werden. So bin ich immer auch das Gesicht, über das ich spreche, wie ich der Leib(körper) bin, der spricht. Die Relevanz des Leib-Körpers für ein „ganzheitliches“ Identitätskonzept ist im Folgenden dargelegt.

2.1.3 Die entwicklungspsychologische Identitätsrelevanz des Leib-Körpers

Wenn jemand in Anwesenheit zu uns spricht, so wendet er sich im Allgemeinen unserem *Körper* – und insbesondere unserem Gesicht – zu (und wir uns seinem). Auch wir selbst nehmen uns normalerweise als psychisch-körperliche Einheit wahr: Wenn wir in den Spiegel schauen, erkennen wir uns selbst. Doch nicht nur der Körper, auch der *Leib* spielt bei der Definition unserer selbst eine entscheidende Rolle: Unsere Mitmenschen erfahren uns mit ihren (*leiblichen*) Sinnen (und wir sie), und gleichzeitig nehmen wir uns selbst leiblich wahr (s.o., Villa, 2007, S. 18). Zu unserem Identitätserleben als abgeschlossener Person gehört das subjektive Erleben unseres Leib-Körpers als zu uns gehörig und von der Außenwelt abgetrennt. Damit sind zwei entscheidende psychische Entwicklungsschritte angesprochen, die in Zusammenhang mit dem psychoanalytischen Konzept der Selbst-Objekt-Differenzierung stehen: Zum einen bedeutet es, zu lernen, „den eigenen Körper als eigen zu erleben und ihn nicht allein als einen Gegenstand der Außenwelt, sondern als ‚zu sich gehörig‘ zu erleben“ (Küchenhoff, 2012, S. 12), zum anderen, „in der Abgrenzung des eigenen Körpers [...] den Unterschied zwischen dem eigenen und dem Körper anderer Menschen“ zu erfahren (ebd.). Der Säugling, so argumentiert Uexküll (2001), ist zunächst nur Leib: Jedes Erleben in den ersten Monaten ist auf den eigenen Leib bezogen. Erst mit etwa vier Monaten wird die Umwelt als Ursache für Veränderungen erlebt und schließlich mit etwa 18 Monaten ein abstraktes Vorstellungsvermögen mit dem Aufbau einer symbolischen Welt erworben. Erst zu diesem Zeitpunkt beginne „die Welt des ‚Körper-Habens‘“ (ebd., S. 132). Dazu muss die Fähigkeit vorhanden sein, zu sich selbst in Beziehung zu treten, sich selbst auch auf Ebene des Leib-Körpers zugleich Subjekt und Objekt zu sein, wie dies für die sprachlich-symbolische Ebene auch in den oben dargestellten interaktionistischen Identitätstheorien beschrieben ist (siehe Abschnitt 2.1.1).

Küchenhoff & Agarwalla (2012) betonen die entwicklungspsychologische Bedeutung von intersubjektiven Erfahrungen für die Herausbildung eines „ganzheitlichen Körpererlebens“ (S. 8ff.). Um zu sich selbst in Beziehung treten und damit ein „körperliches Selbstverhältnis“ (ebd.) aufbauen zu können, ist der Kontakt zu anderen unabdingbar.

„An der ganzheitlichen Wahrnehmung der Körper der Anderen spiegelt sich die Ganzheitserfahrung des eigenen Leibes, die zu einem frühem Stadium antizipierend und kontrafaktisch erfolgt, und die – wohl gerade deshalb – angewiesen bleibt auf Bestätigung in der Begegnung mit anderen. Da aber das Selbsterleben zunächst eine körperliche Erfahrung ist und von den frühen Spuren dieser Körpererfahrung abhängig bleibt, wird im weiteren Leben auch die Identitätserfahrung auf die Spiegelung durch andere angewiesen bleiben.“ (Küchenhoff, 2008, S. 89)

Wird entwicklungspsychologisch der Leib-Körper in Interaktion als eine Grundvoraussetzung für das Erlangen von Identität gesehen, ist seine physische

Kontinuität entscheidend: Wir müssen äußerlich über die Zeit (mit all den Veränderungen unseres Körpers) für uns und für andere erkennbar sein. Unser Identitätsgefühl konstituiert sich unser ganzes Leben lang auch über unser Erleben von *leiblich-körperlicher* Kontinuität, Kohärenz und Kompetenz. „The body continues to be an omnipresent material mediator of who we are or hope to be.“ (Holstein & Gubrium, 2000, S. 197) Körperbild⁸ und Selbstbild können damit als zusammengehörig konzeptualisiert werden (siehe auch Gugutzer, 2002, 2008): „Grenzerfahrungen am Körper sind für die Selbstvorstellung zentral“ (Küchenhoff, 2012, S. 20), bzw. „Das lebensgeschichtliche Werden und Gewordensein des Körpers fällt zusammen mit dem lebensgeschichtlichen Werden und Gewordensein des eigenen Selbst.“ (Gugutzer, 2002, S. 250) Die Bedeutung des Körpers kann entwicklungspsychologisch also als konstitutiv für die Entwicklung von Identität angesehen werden. Im Folgenden wird ein schematisches Identitätsmodell von Gugutzer (2002) vorgestellt, das auf den gängigen („körperlosen“) Identitätstheorien basiert, Leib und Körper jedoch integriert.

2.1.4 „Leib-Körper-fundiertes Identitätsmodell“ nach Gugutzer (2002)

Gugutzer (2002) erweitert explizit und systematisch die in (post-)modernen psychologischen und soziologischen Identitätstheorien vorherrschende Vorstellung von Identität als *sprachlich-symbolisch* vermitteltem Wechselspiel zwischen Individuum und sozialen Bezugspersonen bzw. Gesellschaft/Kultur (siehe oben, 2.1.1) um die Dimension von Leib und Körper (S. 123ff.). In seinem „leib-körper-fundierten Identitätsmodell“ (Abb. 1) beschreibt er sowohl die sprachlich-symbolische Dimension (*Denken/Sprache*) als auch die Rolle des Leib-Körpers (*Leib/Körper*) auf *intraindividueller* und auf *interindividueller* Ebene.

⁸ Zur genauen Terminologie und Differenzierung zwischen Körpererleben, Körperempfinden, Körpererfahrung, Körperbild, Körperschema siehe Küchenhoff (2012, S. 3-9).

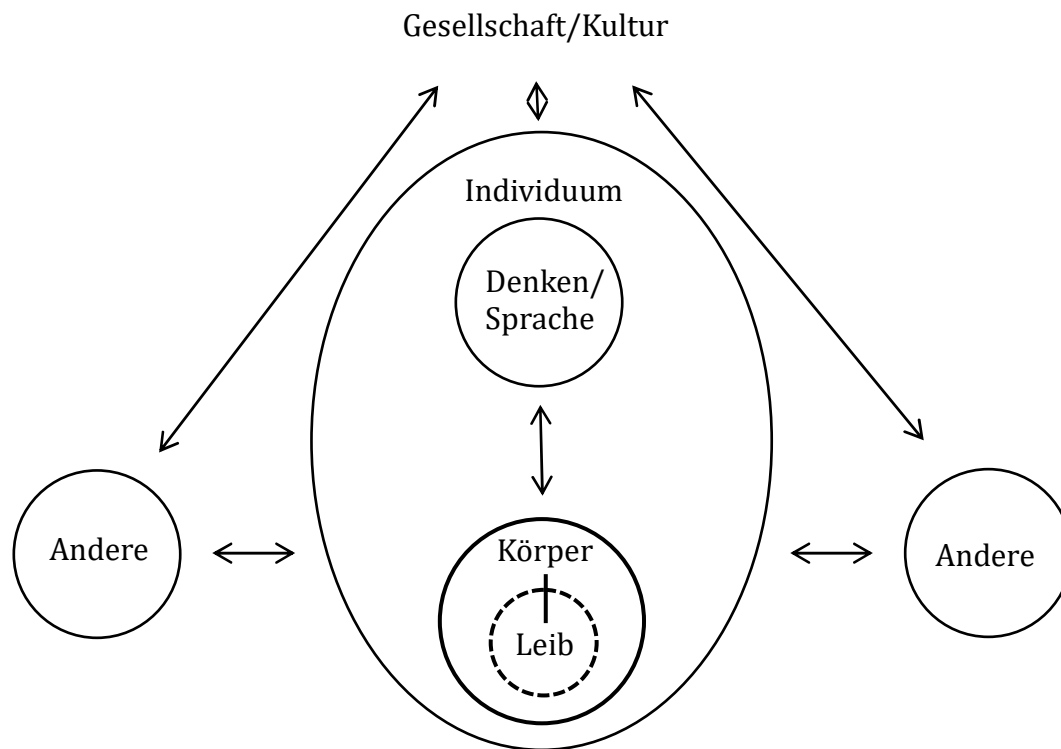


Abb. 1: „Entwurf eines Leib-Körper-fundierten Identitätsmodells“, Abbildung nach Gugutzer (2002, S. 127)

1. Intraindividuell

- a. „Leib – Denken/Sprache“: In Anschluss an Johnson (1987) und Lakoff (1987; 1980) vertritt Gugutzer die These, dass *leibliche* Erfahrungen „die vorbegriffliche Grundlage von Sprache und Denken“ bilden, und nicht nur umgekehrt durch Reflexion, Narration und Diskurse geprägt sind (S. 139). So ist für ihn die Dimension Denken/Sprache direkt und untrennbar mit der Dimension Leib verbunden und in der Folge Identität ohne den Einbezug des leiblichen Erlebens nicht konzeptualisierbar (vgl. dazu auch Küchenhoff, 2009)⁹.
- b. „Körper – Denken/Sprache“:
Auch das Verhältnis Körper – Denken/Sprache ist Gugutzer zufolge für die Identität sowohl implizit als auch explizit relevant (S. 133). Als *implizit* erachtet er die Notwendigkeit, den Körper zu beherrschen und zu kontrollieren. Darin zeigen sich habitualisierte Sozialisationsprozesse („körperliche Hexis“, Bourdieu, 1982, S. 311) als Sedimente von Denken und Sprache (vgl. Fröhlich, 1999, auch zur Unterscheidung von Habitus und Hexis). „Wiederholte Erfahrungen kondensieren sich in den Körpern als

⁹ In dieser Arbeit soll die Frage, was Identität „eigentlich“ ist und ob Denken/ Sprache oder Leib/ Körper bei ihrer Entwicklung der Vorrang gegeben werden muss, außen vor bleiben.

Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata und bleiben so aktiv präsent“ – sie werden quasi „eingefleischt“ (Fröhlich, 1999, S. 1).

Explizit ist der Zusammenhang dort, wo der Körper bewusst als „Projektionsfläche für Selbstentwürfe instrumentalisiert“ (S. 134) wird, wie dies bei absichtlich herbeigeführten Körpermodifikationen – wie plastisch-chirurgischen Eingriffen, Tätowierungen, aber auch nicht-invasiven Formen von „Schönheitshandeln“ (Degele, 2004) – der Fall ist (vgl. dazu ausführlich Abschnitt 2.2.1).

„Die reflexive Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper trägt zu dem Gefühl bei, Kontrolle über die Wirklichkeit zu gewinnen, da es subjektiv gesehen nichts Wirklicheres (weil Unmittelbareres) als den eigenen Körper gibt. (...) In diesem Sinne kann die Arbeit am eigenen Körper als Arbeit an der personalen¹⁰ Identität begriffen werden.“ (Gugutzer, 2002, S. 134)

2. Interindividuell

- a. „Leib – Andere“: Auch in der Beschreibung der *interaktiven* Darstellung und Herstellung von Identität muss Gugutzer zufolge der leiblich-körperliche Aspekt stärker beachtet werden. Er betont, dass die Akteure sich in einer Interaktion auch auf der leiblichen Ebene aufeinander einstellen (siehe auch Küchenhoff, 2008). Er sieht den Vorgang der Perspektivübernahme, wie Mead (1987) ihn beschreibt, nicht als reinen Denkprozess, sondern ebenso als leibliche Kommunikation. Akteure in einer Interaktion nehmen sich schon präreflexiv spürend wahr (Küchenhoff, 2008, S. 95) und integrieren diese Wahrnehmung der anderen und deren Verhaltenserwartungen in das eigene Handeln.

„Wir geraten in eine Art Kräftefeld, in eine eigenständige Sphäre von Wechselwirkungen, die wir nicht oder jedenfalls nur sehr begrenzt steuern und kontrollieren können. Unsere Körper verstehen einander, ohne dass wir genau sagen könnten, wodurch und wie das geschieht. Merleau-Ponty hat aus phänomenologischer Sicht diese Sphäre als "Zwischenleiblichkeit" bezeichnet, um damit auszudrücken, dass es sich um ein systemisches Geschehen „zwischen zwei Leibern“ handelt, in das beide Partner von vorneherein einbezogen sind (Merleau-Ponty 1994, S.194).“ (Fuchs, 2003; vgl. dazu auch Küchenhoff, 2008, S. 95).

- b. „Körper – Andere“: Auf der Ebene des Körpers wird für Gugutzer der Wunsch nach sozialer Anerkennung identitätswirksam verhandelt. Die „Arbeit am und mit dem eigenen Körperkapital“ sieht er als Versuch, sich von anderen zu unterscheiden und hervorzuheben, um damit soziale Anerkennung und

¹⁰ Auf Basis des zugrunde gelegten Identitätsmodells erscheint es nicht sinnvoll, zwischen personaler und sozialer Identität zu unterscheiden: Was hier Identität genannt werden soll, ist gleichermaßen individuell bestimmt wie sozial konstruiert. „‘Personale Identität‘ als Identität für mich und ‚soziale Identität‘ als diejenige für die Anderen sind also nur zwei Seiten der gleichen Münze“ (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 49)

Erfolge zu erreichen – wobei der Körper im gelingenden Fall als Medium für die Identität dient (S. 135, siehe dazu das folgende Kapitel 2.2).

- c. „Leib – Gesellschaft/Kultur“: Bezogen auf die Verankerung in einem gesellschaftlich-kulturellen Zusammenhang (im Modell: *Gesellschaft/Kultur*) greift Gugutzer erneut das Bourdieusche Konzept von Habitus/Hexis (Bourdieu, 1982) auf: Der Leib vermittelt zwischen dem Individuum und der Welt durch den ihm innewohnenden leiblich-praktischen Sinn, der es als Orientierungsinstanz dem Individuum ermöglicht, „spontan oder automatisch und zugleich sinnhaft weil situationsangemessen zu handeln“ (S. 132). Dies erachtet Gugutzer insofern als identitätskonsolidierend, als es – soweit es funktioniert – davon entlastet, sich selbst und sein Tun ständig zu überdenken und in Frage zu stellen.
- d. „Körper – Gesellschaft/Kultur“: Gugutzer zufolge bewegt sich *jede* Thematisierung des Körpers „im Rahmen gesellschaftlich und kulturell vorhandener Wissensbestände, Deutungs- und Handlungsmuster.“ (S. 135) Wenn der Körper also, bewusst oder unbewusst, als Medium zur Selbstdarstellung eingesetzt wird, so ist dies immer auch gesellschaftlich und kulturell geprägt.

Gugutzers Überlegungen folgend, kann man davon ausgehen, dass (gewollte oder ungewollte) Veränderungen des Körpers – wie sie in der vorliegenden Arbeit im Mittelpunkt stehen – unweigerlich einen Einfluss auf die Beziehungen zwischen den unterschiedlichen Aspekten des Identitätsmodells haben: Verändert sich der Körper, hat dies eine Bedeutung für das eigene (selbstreflexive) Denken, aber auch für die (tatsächliche oder antizipierte) Interaktion mit Anderen sowie die identitätskonstitutive gesellschaftlich-kulturelle Verankerung einer Person. Gleichzeitig kann im Umkehrschluss davon ausgegangen werden, dass Änderungen im Außen (in der Beziehung zu den signifikanten Bezugspersonen bzw. im gesellschaftlich-kulturellen Rahmen) einen Einfluss auf die eigene Selbstreflexivität und die identitätsbezogene Bedeutung des Körpers haben. Die identitätskonstitutive Bedeutung körperlicher Merkmale kann also aus zwei unterschiedlichen Richtungen biografisch prekär werden: Der Körper kann erstens dadurch relevant werden, dass er sich auf die eine oder andere Weise (sei es plötzlich oder kontinuierlich) physisch verändert und sich dadurch bestimmte individuelle psychische sowie soziale und gesellschaftliche Bedingungen bzw. Situationen verändern. Zweitens können bestimmte individuelle psychische sowie soziale und gesellschaftliche Bedingungen bzw. Situationen dazu führen, dass (vorhandene oder entstandene) Körpermerkmale im Laufe des Lebens unterschiedliche Bedeutung (zugeschrieben) bekommen. Im Folgenden wird der sichtbare Körper in seiner Funktion als identitätsstiftende Darstellungsressource betrachtet.

2.2 Der Körper als „Medium“ von Identität

Im Folgenden steht im Vordergrund, wie wir unseren Körper als „Darstellungsressource“ nutzen können (und müssen) (Villa, 2007, S. 19). Unter dieser Perspektive wird der Körper als *Medium der Selbstpräsentation* bei der interaktiven

Darstellung (und damit auch Herstellung) von Identität relevant. Damit soll gezeigt werden, wie in der vorliegenden Arbeit eine empirische Herangehensweise an die Identitätsrelevanz des Körpers möglich werden soll. Es werden zwei Ebenen der Betrachtung berücksichtigt: Zunächst wird gezeigt, wie der Körper ganz unmittelbar als soziales Positionierungsmittel verstanden werden kann (2.2.1). Auf der zweiten Ebene der Betrachtung rückt das Sprechen *über* den Körper als Gegenstand der Betrachtung in den Vordergrund (2.2.2). Insbesondere wird die Rolle des Körpers als Medium der interaktiven *sprachlichen* Darstellung und Herstellung von Identität systematisch aufgeschlüsselt (2.2.3).

2.2.1 *Der sichtbare Körper als soziales Positionierungsmittel*

Der Körper der Moderne ist nicht mehr nur ein gottgegebener, sondern zeichnet sich dadurch aus, dass er – insbesondere mithilfe von Körpertechnologien (siehe Kapitel 3) – zur individuellen *Selbstdarstellungsressource* geworden ist. So weist Alkemeyer (2007) darauf hin, dass der Körper erst seit dem Übergang zur Moderne „als ein Produkt individueller Anstrengungen“ verstanden wird. Damit wurde er zum Zeichen für Moral, Anstrengungsbereitschaft und Selbstdisziplin: Er soll „die unsichtbaren Tiefenschichten des ‚Charakters‘“ ausdrücken (S. 7).

Im Hinblick auf soziale und gesellschaftliche Zusammenhänge bedeutet dies, dass der mutwillig veränderbare Körper die Möglichkeit bietet, sich in sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhängen als bestimmter Mensch mit bestimmten Eigenschaften zu *positionieren* (Degele, 2004; Schroeter, 2009). Das hier verwendete Konzept der sozialen Positionierung geht auf Foucaults Begriff der „Subjektpositionen“ zurück, die als durch das gesellschaftliche Diskurssystem (diskursive Praxis) hervorgebracht und bestimmt angesehen werden (Foucault, 1981; vgl. auch die Ausführungen von Dahlmanns, 2008, S. 198ff.; Ricken & Rieger-Ladich, 2013, S. 61f.; Deppermann, 2013, S. 2). In Anlehnung an Foucaults Ausführungen wurde der Positionierungsbegriff von Hollway (1998) übernommen und insbesondere die von Foucault angenommene Determinierung durch den Diskurs um die Annahme erweitert, dass Menschen zwischen bestimmten Positionen *wählen* können (und müssen). Nicht nur der Diskurs positioniert die Menschen, sondern die Menschen positionieren sich im Diskurs und leisten damit *Identitätsarbeit*.

Diesen Überlegungen folgend beschreibt beispielsweise Degele (2004) „Schönheitshandeln“, d.h. das Sich-schön-machen, als sozialen Positionierungsprozess, als „Medium der Kommunikation“, das „der Inszenierung der eigenen Außenwirkung zum Zweck der Erlangung von Aufmerksamkeit und Sicherung der eignen Identität“ dient (S. 10). Schön zu sein bedeutet, positive soziale Aufmerksamkeit zu erlangen. Die Investition in die eigene Schönheit kann als eine Investition in das eigene „erotische Kapital“ gesehen werden (Hakim, 2010):

„Denn jedes Beobachtetwerden ist auch ein Beachtetwerden und kann damit eine Quelle von Achtung und Selbstachtung sein. Darauf beruht auch das Statuspotential körperlicher Attraktivität, als die Fähigkeit, die *Blicke auf sich zu ziehen*. Sie kann als ein Weg zur Akkumulation von Aufmerksamkeit in Interaktionen aufgefasst werden.“ (Koppetsch, 2000, S. 12)

Darstellung und Herstellung sozialer Zugehörigkeit bzw. sozialer Ungleichheiten und Differenzen kann demzufolge durch Manipulationen am Körper stattfinden (Degele, 2004, S. 16; vgl. auch Koppetsch, 2000; Schroeter, 2009, S. 164). Degele (2004) etabliert dafür den Begriff „Schönheitskompetenz“ (S. 205ff.): Man muss die gesellschaftlichen Erwartungen an Schönheit und entsprechendes Verhalten kennen und über die Mittel verfügen, sie zu bedienen, um die Möglichkeiten der sozialen Distinktion durch den Körper (vgl. Koppetsch, 2000, S. S. 7f.) nutzen zu können.

Unter Bezugnahme auf Becks Individualisierungsthese (Beck, 1986) bedeutet das, dass die eigene Verortung im sozialen Gefüge mithilfe der neuen Körpertechnologien eine Möglichkeit (und damit eine Freiheit) unserer Zeit darstellt – und uns damit gleichzeitig eine neue Verantwortung (und damit eine Notwendigkeit, dies und das zu tun) auferlegt. Wenn „körperliche Unversehrtheit, körperliche Funktionstüchtigkeit und körperliche Attraktivität [...] als Grundvoraussetzungen eines gelungenen, am gesellschaftlichen Aufstieg orientierten Lebens“ (Posch, 2009, S. 11) gelten und die Möglichkeiten, diese Voraussetzungen zu erlangen, uns grundsätzlich zur Verfügung stehen, sind wir für unsere (Körper-)Biografie und damit unsere soziale und gesellschaftliche Position auch selbst verantwortlich (vgl. Maasen, 2008; Villa, 2007).

„Wir werden nun nicht mehr durch Herkunft verortet, sondern müssen dies selber tun. Dies beinhaltet auch die ‚Zumutung‘, uns dauernd selber positionieren zu *müssen*. Hierfür ist der Körper ein probates Mittel insofern, als er im Alltag unsere sichtbarste ‚Visitenkarte‘ darstellt.“ (Villa, 2007, S. 22)

Veränderungen des Köpers (absichtsvolle wie auch ungewollte) haben immer Folgen für die zwischenmenschliche und gesellschaftliche Verortung (vgl. Degele, 2004; Koppetsch, 2000; Maasen, 2008; Schroeter, 2009). Dies ist insofern besonders kritisch, als der Körper natürlich auch unbeabsichtigte Ausdrücke („unmeant gestures“, Goffman, 1959, S. 203) – und in diesem Sinne auch „unbeabsichtigtes Aussehen“ – hervorbringt. Wir haben, trotz aller neuen Körpertechnologien, über unseren Körper nie die volle Kontrolle und auch keine *unbegrenzte* Gestaltungsmöglichkeit¹¹. So wie der Körper also mithilfe von Techniken und Manipulationen im Sinne gesellschaftlicher Distinktionen gestaltet werden kann, stellt er trotz aller Kontrollversuche immer auch eine potentielle Gefahr für unsere soziale Positionierung dar.

Zieht man die unter Kapitel 1.2 aufgezeigte weitreichende soziale und gesellschaftliche Bedeutung des „schönen“ Gesichts in Betracht, so können insbesondere ästhetisch-gesichtschirurgische Eingriffe als Versuch verstanden werden, gesellschaftliche Teilhabe zu erreichen, sich also Möglichkeiten zu Erfolg, ökonomischem Aufstieg, sozialer Reputation zu verschaffen – sich sozial zu positionieren – oder, um es anders herum zu formulieren, eine bestimmte Identität als erfolgreiche und sozial zugehörige Person

¹¹ So amüsiert sich Bourdieu (1982) darüber, dass „die gegenüber der Logik sozialer Vererbung autonome Logik der biologischen Vererbung [...] dann und wann einigen der hinsichtlich aller anderen Aspekte Mittellosen mit den selteneren körperlichen Eigenschaften wie etwa Schönheit“ ausstatte, wohingegen „den ‚Großen‘ durch biologische ‚Unfälle‘ [...] manchmal die körperlichen Attribute ihrer Stellung wie Hochwüchsigkeit und Schönheit versagt“ seien (S. 311).

darzustellen und herzustellen. Der sichtbare Körper ist in diesem Sinne ein Medium für Identität. In der vorliegenden Arbeit wird nun nicht der Körper selbst untersucht, sondern das Sprechen *über* den Körper. Im Folgenden wird betrachtet, welche Besonderheiten dieser Perspektive zukommen.

2.2.2 Das Sprechen über „Wohl und Weh“ des Körpers

In der Forschung über den Körper ist die Sprache – und genauer die Narration – häufig eines der wichtigsten Instrumente – sei es zur Diagnostik von Krankheiten (Greenhalgh & Hurwitz, 2005), sei es aber auch, um Forschungsergebnisse zum Körper zu präsentieren (Gugutzer, 2004). „Der Körper kann [...] nur zum Gegenstand unserer Betrachtung und ‚kommunikabel‘ werden, wenn wir ihn in seinen Erscheinungen in Sprache übersetzen“ (Abraham, 2002, S. 17, vgl. auch Küchenhoff, 2012, S 16ff.).

Für den klinischen Kontext heißt das, dass keine Anamnese ganz ohne Sprache auskommt. Neben der körperlichen Untersuchung findet die Anamnese anhand von sprachlichen Verhandlungen des Körpers statt (z.B. Lalouschek, 2002; Uexküll, 2001) – in der plastischen Chirurgie in besonderem Maße, da gerade bei kosmetisch (nicht rein funktional) begründeten Eingriffen die Indikation gemeinsam mit dem Behandelten „gestellt“ werden muss. In der *Sprechstunde* wird, wie der Name schon sagt, zunächst gesprochen über das, was die Betroffenen an Leid, Unzufriedenheit, Veränderungswünschen und Hoffnungen, aber auch Ängsten und Grenzen bezüglich ihres Körpers und seiner Veränderungen formulieren (können) (vgl. Bliesener & Köhle; Geisler, 2008). Gleichzeitig sprechen hier die Ärzte über Möglichkeiten und Grenzen der Intervention, Sinn und Unsinn von Eingriffen. Die Indikation für einen plastisch-chirurgischen Eingriff wird so zu großen Teilen auf der Basis sprachlicher Verhandlungen gestellt, wobei versucht wird, eine bestmögliche Übereinstimmung zwischen den Wünschen und Anforderungen der Behandelten und den (medizinisch-technischen, aber auch ethischen) Möglichkeiten der Medizinerinnen zu erlangen.

„(...) der Patient und niemand sonst gibt den Behandlungsauftrag: *Er* delegiert *seine* indexikalischen Möglichkeiten an seinen Arzt. Das verlangt von dem Arzt wiederum eine Kommunikation, die zu dem Aufbau einer gemeinsamen Wirklichkeit führt, in der auch die empathische Ebene der ikonischen¹² Bedürfnisse des Patienten erreichbar ist.“ (Uexküll, 2001, S. 133)

Gleichzeitig ist die Aufforderung, das eigene *Erleben* in den Mittelpunkt zu stellen, im Kontext der plastischen Chirurgie eher ungewöhnlich. Die Kapazitäten für einen ausführlichen Austausch sind schon allein zeitlich limitiert. Eine lange Schilderung von subjektiven Erfahrungen mit dem Körper, und Sichtweisen auf diesen, wird nicht gewünscht, die sprachlichen Prozesse dienen der gezielten Informationsgewinnung.

In der vorliegenden Arbeit findet der empirische Zugang zum Körper über sprachlich-kommunikative Prozesse statt. Es wird davon ausgegangen, dass gerade die Geschichten, die im klinischen Alltag häufig keinen Platz finden, Potential bergen, sich Fragen anzunähern, die anhand chirurgischer Mittel nicht zu beantworten sind. Das Sprechen über „Wohl und Weh“, oder – anders ausgedrückt – das Erzählen vom Selbsterleben des eigenen Körpers, stellt eine „Brücke“ (Brody, 2005, S. 11) zwischen

¹² D.h. direkte, noch nicht über Zeichen oder Symbole vermittelte Bedürfnisse (Uexküll, 2001, S. 132).

der subjektiven Perspektive des Sprechers und dem Zuhörer her. Es bietet dem Erzähler die Möglichkeit, eigene Erfahrungen und Empfindungen mitzuteilen und damit Handlungsabfolgen, tiefere Beweggründe und Bedeutungszuweisungen plausibel zu machen¹³ (vgl. Geigges, 2013, S. 335). Das Erzählen holt das Gegenüber quasi ins Boot der eigenen Perspektive (vgl. Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 33f.). Für den Zuhörer bietet sich damit ein einzigartiger Einblick in den subjektiven Erfahrungs- und Erlebenshorizont des Erzählers.

„Geschichten geben der Problemlage des Patienten Bedeutung, Kontext und Perspektive. (...) Sie eröffnen uns, kurz gesagt, die Chance auf ein *Verständnis*, wie wir es auf andere Weise nicht erwerben können.“ (Greenhalgh & Hurwitz, 2005, S. 23)

Das Sprechen über das Gesicht und seine Veränderungen wird als Vorgang verstanden, bei dem reflexive Selbstvergewisserung, aber auch interaktive (körperlich-leibliche) Selbstdarstellung auf besondere Weise relevant werden. Der versprachlichte Körper wird als Medium verwendet, um etwas über die eigene Position und Rolle in der Welt für sich selbst zu verstehen und anderen zu vermitteln (vgl. Geigges, 2014, S. 335ff.). Im nächsten Abschnitt finden diese Prozesse der Herstellung und Darstellung von Identität unter Bezugnahme auf den Körper genauere Betrachtung.

2.2.3 *Der Körper in der narrativen Darstellung und Herstellung von Identität*

In den Forschungsinterviews der vorliegenden Arbeit sind die Erzählerinnen dazu aufgefordert, auf sprachlicher Ebene ihrem Körper gegenüber Stellung zu beziehen und das Ereignis „gesichtschirurgischer Eingriff“ in einem größeren Rahmen (biografisch-) narrativ einzuordnen. Der gesichtschirurgische Eingriff kann als körperliches Ereignis gesehen werden, das speziellen Anlass zu Selbstreflexionen und Selbstnarrationen in Bezug auf den Körper bietet, die durch die Interviews zugänglich gemacht werden.

Durch das Sprechen über den eigenen Körper, d.h. in der vorliegenden Arbeit über das Gesicht und seine Veränderungen, thematisieren die Interviewten immer auch sich selbst als Person und *positionieren* sich und ihr Gegenüber damit gleichzeitig inhaltlich, performativ und interaktiv im sozialen Raum. Der Begriff der Positionierung wurde unter diskursiver Perspektive schon in Abschnitt 2.2.1 eingeführt. Für die vorliegende Arbeit ist er vor allem in seiner narratologischen Erweiterung relevant, wie sie erstmals von Davies und Harré (1990; siehe auch van Langenhove & Harré, 1999) etabliert wurde. Der Fokus liegt aus dieser Perspektive auf der Art und Weise, wie Personen in der Interaktion durch Positionierungen sich selbst und andere darstellen und damit Identität herstellen (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 196). Durch die Verbindung des soziologischen Konzepts „Positionierung“ mit psychologischen Theorien

¹³ Die Bedeutung dieses komplexen Geschehens von Erzählen und Zuhören für die medizinische Praxis hat unter dem Stichwort „narrative based medicine“ Beachtung gefunden (hierzu Greenhalgh und Hurwitz (2005), als „narrative medicine“ siehe auch Charon, 2006). Die zentrale Idee dieses Ansatzes ist es, dass die Erzählungen von Patienten nicht als Störvariablen verstanden werden sollten, die das ärztliche Bestreben, objektive Sachinformationen zu erheben, behindern. Die Autoren sehen vielmehr eine Aufgabe von Ärzten darin, ihre Rolle als Zuhörer besser verstehen zu lernen, um das klinische Potential der Erzählungen von Betroffenen besser nutzen zu können.

von „Selbst“ und „Identität“ wurde eine Möglichkeit geschaffen, „Positionierung“ als Werkzeug für die Analyse diskursiver Daten zu nutzen (Deppermann, 2013, S. 4). Das Konzept wurde insbesondere von Bamberg (Bamberg, 1997, 1999b), Bamberg und Georgakopoulou (2008), Wortham (2000; 2001) und Lucius-Hoene und Deppermann (2004a; 2004b) für die empirische Analyse narrativer sprachlicher Daten und schließlich für Interviewanalysen weiterentwickelt (zur Methodik der Positionierung für die Analyse der Interviews vgl. Abschnitt 6.2.1).

Indem die Interviewten auf ihren Körper Bezug nehmen, so können wir mit modernen narrativen Identitätstheorien (siehe Abschnitt 4.1.2) argumentieren, erzählen sie von sich selbst: Sie stellen sich im Verhältnis zu ihrem Körper und ihren Erfahrungen mit ihrem Körper als Personen mit bestimmten Eigenschaften und moralischen Kapazitäten dar (und her) (Bamberg et al., 2007; Bamberg & Andrews, 2004; Gergen & Gergen, 1983; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b). Mit den Forschungsinterviews entsteht ein Zugang zu der Art und Weise, wie die Befragten sich selbst (und andere) mit dem Thema „mein Gesicht und seine Veränderungen“ in einem selbstreflexiven Prozess vor einer Hörerin präsentieren. So behandeln die Interviews auf unterschiedlichen Ebenen die Auseinandersetzung mit den Fragen 1. Wie erlebe ich alltäglich mein Gesicht und mich mit meinem Gesicht (in Bezug auf andere)? 2. Wie habe ich mein Gesicht und mich mit meinem Gesicht (in Bezug auf andere) in der Vergangenheit erlebt? 3. Wie hoffe ich mein Gesicht und mich mit meinem Gesicht (in Bezug auf andere) in Zukunft zu erleben? 4. Wie erlebe ich mein Gesicht und mich mit meinem Gesicht in der aktuellen Interviewsituation? und 5. Wie wird das Thema Gesicht in der Interviewsituation interaktiv verhandelt? Diese Fragen zielen auf temporale, soziale und selbstbezügliche Prozesse der sprachlichen Identitätskonstitution und -konstruktion (vgl. Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 89ff.). Die situativ entstehenden „persönlichen Gesichtsgeschichten“ können als themenbezogene Erzählungen verstanden werden, anhand derer die Befragten in der aktuellen Situation des Interviews – unter der reflexiven Zuwendung zur eigenen Person und der Ausrichtung auf eine Hörerin als sozialer Ratifizierungsinstanz – etwas über sich selbst vermitteln. In diesem Prozess, der sowohl Selbstreflexion als auch die Möglichkeit zur Selbstthematisierung voraussetzt, beantworten sie nicht nur (implizit oder explizit) die klassische Identitätsfrage „Wer bin ich?“, sondern auch die Frage „Wie möchte ich gesehen werden?“ (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b; Straub, Zielke & Werbik, 2005).

Die vorliegende Arbeit bietet auch eine (häufig vernachlässigte) Schnittstelle von Körpererleben und (sprachlichen) Kommunikationsressourcen, indem sie zwischen Körper, Identität und Sozialität vermittelt (vgl. Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 51). Dabei bleibt eine grundsätzliche Spannung zwischen „Mikro-“ und „Makroebene“ bestehen (Deppermann, 2013, S. 11): Werden die Menschen durch den bestehenden Diskurs positioniert, oder können sie sich selbst und anderen aktiv bestimmte Positionen im sozialen Raum zuschreiben und damit Identität herstellen? In Kapitel 3 wird gezeigt, dass diese Frage in der Diskussion um plastische Chirurgie eine entscheidende Rolle spielt.

2.3 Implikationen für die vorliegende Arbeit: Der Körper im Forschungsinterview

In der vorliegenden Arbeit steht der Körper in seiner sprachlichen Ausgestaltung und somit in seiner aktuellen Bedeutsamkeit aus der jeweiligen subjektiven Perspektive, wie er in der Interaktion relevant wird, im Zentrum des Erkenntnisinteresses. Gleichzeitig sind die Interaktanten im Interview – also Interviewte und Interviewerin – leiblich-körperlich anwesend. Sie nehmen sich zum einen leiblich-spürend wahr und stellen sich präreflexiv aufeinander ein („Zwischenleiblichkeit“, vgl. Abschnitt 2.1.4). Zum anderen nutzen sie immer auch ihre Körper als Medium zur identitätsrelevanten Selbstdarstellung: Durch die Art zu sitzen, sich zu bewegen, Mimik, Blicke und Gesten einzusetzen, aber auch durch die Art und Weise, wie der Körper beispielsweise durch Make-Up, Kleidung, Sonnenbräune und Fitness präsentiert wird. Erzählte körperliche Verhaltensweisen – wie beispielsweise das Wegdrehen des Gesichts oder das Abdecken von bestimmten Körperteilen – können in der Interviewsituation in actu vollzogen werden. Dies kann auf zweierlei Ebenen stattfinden: Die Verhaltensweisen können habitualisiert sein, sich also mehr oder weniger unbewusst wiederholen (beispielsweise wird der Kopf auch vor der Interviewerin in einem bestimmten Winkel gehalten), sie können jedoch auch absichtsvoll präsentiert werden, um das Erzählte performativ zu untermalen. In jedem Fall entsteht in der Interviewsituation eine Unausweichlichkeit: Der Körper dient als Mittel der Selbstdarstellung, er *muss* jedoch auch gezeigt werden. „Der Körper kommuniziert immer, er sendet dauernd Signale, die die Mitmenschen empfangen und deuten (sollen).“ (Villa, 2007, S. 23) Für die Interviewsituation soll das oben eingeführte Identitätsschema Gugutzers den Ausführungen in der folgenden Abbildung (Abb. 2) entsprechend erweitert werden:

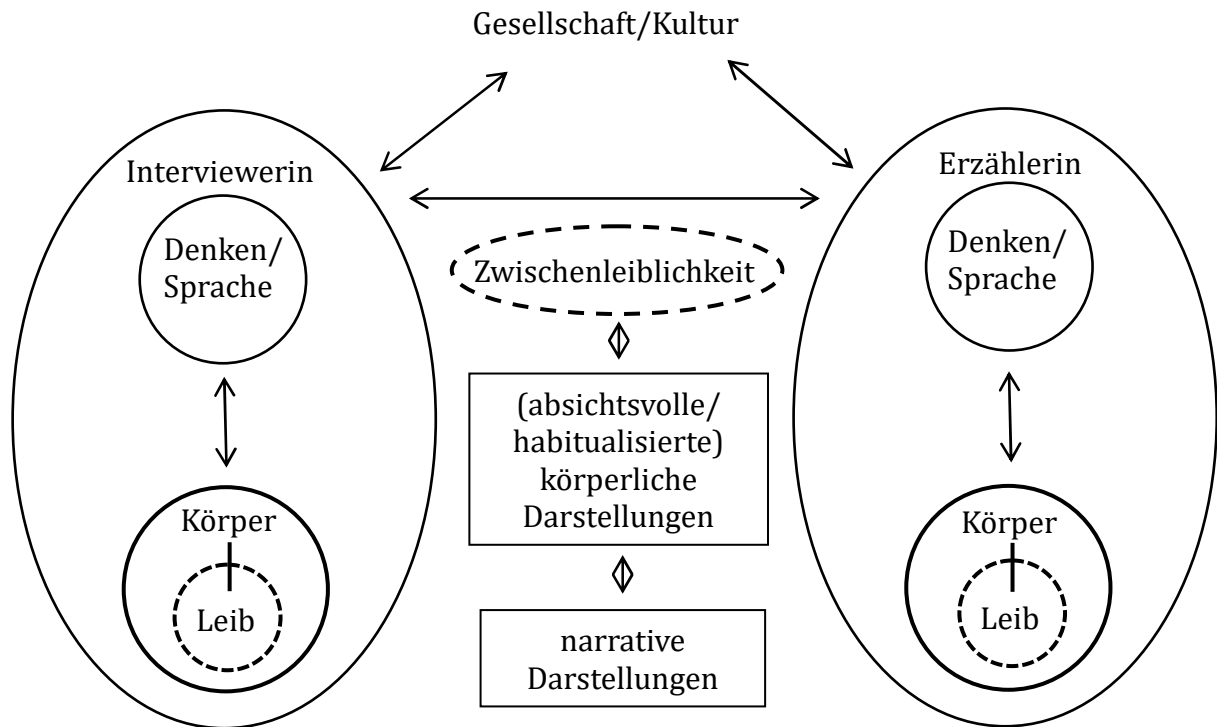


Abb. 2: Erweiterung des Schemas von Gugutzer (2002) für die Interviewsituation

Die Interviews vermitteln also zwischen dem gesichts chirurgischen Eingriff, der damit verbundenen identitätsstiftenden Frage „Wer bin ich, wer möchte ich sein und wie möchte ich gesehen werden?“, den sprachlichen Ausdrucksmitteln, die eine soziale Thematisierung des eigenen Gesichts möglich machen, und dem Körper selbst als Mittel der Selbstdarstellung. Die in den Interviews stattfindenden sprachlich-kommunikativen Selbstverortungen werden einhergehend mit modernen Identitätstheorien als sich vollziehende Identitätsarbeit in der Interaktion verstanden (Antaki & Widdicombe, 1998b; Holstein & Gubrium, 2000; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b; Sacher, 2012) und dementsprechend im Hinblick auf ihre identitätskonstitutive Funktion rekonstruiert. Dabei steht die Frage im Vordergrund, wie die Interviewten die (potentiell) kritischen Erfahrungen, die sie angesichts eines geplanten gesichts chirurgischen Eingriffs mit ihrem Gesicht machen, in „Gesichtsgeschichten“ sprachlich-kommunikativ bewältigen und wie sie das Sprechen über ihr Gesicht gegenüber der Interviewerin zur Identitätskonstruktion nutzen. Der Körper bzw. das Gesicht kann damit als Bestimmstück gesehen werden, an dem sich in der Situation des Interviews die prozessualen Identitätskonstruktionen aufhängen.

3. Plastische Chirurgie und das manipulierbare Gesicht

Mit dem Fokus auf das Erleben von Menschen mit plastisch-chirurgischen Eingriffen im Gesicht begibt sich diese Arbeit in eine kontroverse Debatte. Villa (2008b) fasst die Diskussion rund um das Thema „Plastische Chirurgie“ wie folgt zusammen:

„Das Phänomen der plastischen Chirurgie zwingt zur gesteigerten Reflexivität. Bereits die zur Thematisierung notwendigen Bezeichnungen sind alles andere als deskriptiv: Geht es um Schönheitschirurgie, um kosmetische Operationen oder um medizinische Therapie? Geht es überhaupt (noch?) um Medizin oder (bereits?) um Lebensstil und Optimierung? Sind die betroffenen Menschen PatientInnen oder KundInnen? Sind sie Opfer eines perversen ‚Schönheitskults‘, der nur noch dünne, fitte und heterosexuell sexuierte Körper gelten lässt oder sind diejenigen, die sich etwa Nase richten, Bauch straffen oder die Augenlider heben lassen doch selbstbewusste Personen, die ihren Körper selbst in die Hand nehmen und damit im besonderen Maße individuelle Autonomie praktizieren?“ (S. 87)

Verschiedene Aspekte dieser Ambivalenzen werden im Folgenden beleuchtet. Dazu wird zunächst gezeigt, in welchem Spannungsfeld sich die plastische Chirurgie durch ihre Verortung zwischen Medizin und Dienstleistung bewegt (3.1). Anschließend wird betrachtet, was die (vermeintliche) technische Verfügbarkeit über das Gesicht bedeuten kann – sowohl aus gesellschaftlicher als auch aus individueller Perspektive (3.2).

3.1 Das Spannungsfeld der plastischen Gesichtschirurgie

Eine Betrachtung der Internetseiten der verschiedenen Gesellschaften für Plastische Chirurgie zeigt, wie sehr innerhalb der Disziplin um ein Selbstverständnis gerungen wird (z.B. DGÄPC, 2015; DGPRÄC, 2009; Swiss Plastic Surgery, 2015b; dazu auch Giunta & Schmidt-Tintemann, 2013; Meili, 2008). Der kleinste gemeinsame Nenner scheint folgender zu sein:

„Die Plastische Chirurgie beschäftigt sich hauptsächlich mit dem sichtbaren Teil des Körpers. Ihr Ziel ist es, die Körperform und sichtbar gestörte Körperfunktionen wiederherzustellen oder zu verbessern.“ (DGPRÄC, 2009)

Plastisch-chirurgische Eingriffe am Gesicht zielen allerdings schon immer auf mehr als nur die medizinisch-funktionale Ebene. Sie waren durch ihren ästhetischen Anspruch und die prominente Position des Gesichts zu allen Zeiten auch mit kulturell-gesellschaftlichen und innerpsychischen Belangen verbunden (3.1.1). Entsprechend vielfältig sind seit jeher die Ziele plastisch-gesichtschirurgischer Eingriffe: So kann eine Normalisierung von abweichenden Merkmalen im Vordergrund stehen oder eine Optimierung angestrebt werden – wobei beide Ebenen in einem komplexen Verhältnis zueinander stehen (3.1.2). Eng mit der Frage nach den Zielen solcher Eingriffe verbunden ist die Frage nach der Indikation: Wann ist ein körperlicher Eingriff, der eine Optimierung und nicht die Linderung von Krankheiten im Sinn hat, überhaupt indiziert? Als Erfolgskriterium in outcome-orientierten Studien gilt häufig nicht (nur) das chirurgische Ergebnis, sondern das subjektive Erleben des Ergebnisses, das psychosoziale Funktionsniveau eines Patienten nach dem Eingriff und seine Lebenszufriedenheit (3.2.3).

3.1.1 Historische Entwicklung plastischer Gesichtschirurgie: Das „machbare“ Gesicht

Angesichts der Bedeutsamkeit des Körpers und insbesondere des Gesichts für die Identität und die soziale Interaktion ist es kaum verwunderlich, dass die Wurzeln der plastischen Gesichtschirurgie bis zu den Anfängen der Medizin zurückverfolgt werden können (Taschen, 2005, S. 10). Seit jeher ist sie mit der Idee verbunden, durch Manipulationen des Aussehens auch psychische und soziale Faktoren zu beeinflussen (Andretto Amodeo, 2007; Taschen, 2005), und damit über die körperliche Ebene hinaus auf die Identität der Behandelten einzuwirken (Borkenhagen, 2001a, 2001b; Davis, 1995; Gugutzer, 2004; Küchenhoff, 2007; Posch, 2009; Villa, 2008a).

In der europäischen Hemisphäre breitete sich die plastische Chirurgie wohl auch im Zusammenhang mit dem Erscheinen epidemischer Syphilis (Lues) Ende des 16. Jahrhunderts vermehrt aus (Gilman, 2005, S. 65; dazu kontrovers Gadebusch Bondio, 2005, S. 129). Der chirurgische Eingriff sollte nicht nur die Funktionstüchtigkeit der Nase wiederherstellen, sondern auch eine Entstigmatisierung und ästhetische Verbesserung erreichen (Gilman, 2005, S. 66)¹⁴.

Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts wurden einhergehend mit der Einführung von Anästhesie und Antisepsis vermehrt Operationen möglich, die aus medizinisch-funktionaler Sicht nicht dringend notwendig waren. Damit entstanden neue Indikationsbereiche für plastisch-chirurgische Eingriffe: Von der Korrektur von Entstellungen, die durch Infektionskrankheiten bedingt waren, über Eingriffe, die dazu dienten, die ethnische Herkunft zu verbergen („ethnische kosmetische Chirurgie“, siehe Davis, 2008, S. 43), bis hin zu Geschlechtsumwandlungen und Versuchen, das körperliche Altern aufzuhalten, wurde vieles möglich (Gilman, 2005, S. 83).

Als weltanschauliche Grundlage für die moderne Kultur der plastischen Chirurgie kann die Philosophie der Aufklärung im 19. Jahrhundert gesehen werden, die propagierte, „dass sich jeder Mensch in seinem Streben nach Glückseligkeit neu erschaffen könne“ (Gilman, 2005, S. 64). Daneben waren für die Durchführung und Weiterentwicklung der plastischen Chirurgie auch wirtschaftliche Faktoren entscheidend.

„Ästhetische, mehr noch kosmetische Chirurgie, sind nur in Überflussepochen, bzw. -ländern möglich, denn sie sind nun mal an einen Überfluß an *Wissen*, einen Überfluß an *technischen Möglichkeiten* und damit zwangsläufig auch an einen Überfluß an *wissenschaftlichen Reichtum* gebunden, denn sie sind teuer und bei nicht vitaler Indikation durchaus entbehrlich.“ (Rudolph, 1985, S. 56)

Aufgrund der hohen Zahl an Kriegsverletzungen in den beiden Weltkriegen erlebte die plastische Chirurgie eine rasante Entwicklung, die seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts mit neuen (auch minimal-invasiven) Ansätzen und Techniken „zu einem Durchbruch der plastischen Chirurgie auf breiter Fläche“ führte (Altintas & Altintas, 2011, S. 5).

¹⁴ Die Syphilis kann massive Veränderungen des Gesichts zur Folge haben und ist durch ihre Sichtbarkeit und Assoziierung mit sexueller Freizügigkeit eine in hohem Maße stigmatisierende Erkrankung (Lichtenstein, Neal und Brodsky, 2008).

In den vergangenen zwanzig Jahren wurden im Bereich der plastischen Chirurgie Entwicklungen sowohl durch den technischen Fortschritt als auch durch die wachsende soziale Akzeptanz verzeichnet. Insbesondere gesichtschirurgische Eingriffe haben in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen (Sarwer & Crerand, 2004). Aktuell rangieren Eingriffe im Gesicht unter den beliebtesten ästhetisch-chirurgischen Behandlungen, insbesondere Lidstraffung, Botulinumbehandlung, Faltenunterspritzung, Hals-Stirn-Facelift und Nasenkorrektur, sowie bei Männern die Ohrenkorrektur (DGÄPC, 2014b). Im Jahr 2005 fand die erste erfolgreiche Transplantation eines kompletten Gesichts statt (Furr et al., 2007), wodurch sich noch einmal neue Fragen zu Zielen, Indikation, Ethik und psychosozialen bzw. identitätsbezogenen Auswirkungen ergeben.

3.1.2 Plastische Gesichtschirurgie zwischen Normalisierung und Optimierung

In Bezug auf plastische Chirurgie wird im Allgemeinen zwischen (re-)konstruktiver und ästhetischer Chirurgie unterschieden – wobei die Unterscheidung graduell ist und eher Pole eines Kontinuums beschreibt. *Rekonstruktive bzw. konstruktive Eingriffe* zielen im Allgemeinen auf eine Beseitigung von durch Krankheit, Verletzung oder Unfall entstandenen Defekten bzw. eine Korrektur von angeborenen Form- und Funktionsanomalien (Lüttenberg, Ferrari & Ach, 2011, S. 2). Es geht um eine (Wieder-)Herstellung von „normalen“ Körperformen zur Rückgewinnung der physischen Integrität (Swiss Plastic Surgery, 2015a) bzw. zur Entstigmatisierung (Gadebusch Bondio, 2005, S. 130) – also um „Normalisierungsarbeit“ (Villa, 2008a, S. 10). Bei entstandenen Defekten erfolgt die ästhetische Orientierung dabei im Allgemeinen am Zustand vor der Veränderung – der Vergleichsmaßstab ist das eigene Aussehen zu einem früheren Zeitpunkt. Schwieriger ist es bei angeborenen Formanomalien – denn je nach historischem und kulturellem Kontext variiert, was als „normaler“ physischer Zustand gesehen wird (Gadebusch Bondio, 2005, S. 14, vgl. auch Küchenhoff, 2012, S. 12ff.; Penz, 2010, S. 17ff.; Posch, 2009, S. 164ff.; Villa, 2008a, S. 11ff.).

Das vordergründige Ziel *ästhetischer bzw. kosmetischer Eingriffe* ist die Verbesserung bzw. Optimierung der „normalen“ äußeren körperlichen Erscheinung eines Menschen. Dazu werden an *physisch gesunden* bzw. „intakten“ Menschen Eingriffe vorgenommen, um die Körperoberfläche zu verändern (Umbricht & Umbricht, 2010, S. 310). Bei solchen Maßnahmen ist es fraglich, ob sie als Heileingriff gesehen werden können, da sie medizinisch nicht notwendig sind, sondern als Dienstleistung auf Wunsch der – in diesem Fall – Klienten bzw. Kundinnen durchgeführt werden. Solche Eingriffe werden folglich von den Krankenkassen in der Regel nicht übernommen (Kettner, 2012, S. 14). So kann bei der ästhetischen Chirurgie von „wunscherfüllender“ Medizin im Gegensatz zur „kurativen“ rekonstruktiven Chirurgie gesprochen werden (ebd.).

Historisch wurde unterschieden zwischen der (rekonstruktiven) Aufgabe, verlorene Schönheit (bzw. Normalität) wiederherzustellen und der (ästhetischen) Aufgabe, „nicht natürliche“ Schönheit (bzw. Normalität) zu verleihen (Gadebusch Bondio, 2005, S. 176). Als Gegensatzpaare können entsprechend folgende Beschreibungen diskutiert werden:

„objektive versus subjektive Indikation, kurative versus ästhetische Intention, Wiederherstellung versus Gestaltung, Heilung versus Dienstleistung im umgangssprachlichen Sinn, somatische Erkrankung versus psychisches Problem.“ (Brukamp, 2011, S. 33f.)

In der Praxis ist die Trennlinie zwischen diesen Gegensatzpaaren häufig nicht scharf (Meili, 2008, S. 123; vgl. auch Davis, 2003, S. 1; Gadebusch Bondio, 2005, S. 133). Villa (2007) weist darauf hin, dass die Grenze zwischen der krankenkassenfinanzierten, medizinisch indizierten wiederherstellenden Chirurgie und einer „Schönheitsoperation“ weder naturhaft gegeben, noch durch den Körper an sich vorgezeichnet ist (S. 20).

Auch rekonstruktive Eingriffe haben eine ästhetische Verbesserung zum Ziel (Meili, 2008, S. 122). Häufig haben sie keine vitale Indikation, wären also aus funktionalen Gesichtspunkten entbehrlich.¹⁵ Ebenso zielen ästhetische, d.h. medizinisch nicht notwendige Eingriffe nicht unbedingt auf eine „Optimierung“ bzw. ein „Enhancement“¹⁶ (vgl. Borkenhagen & Brähler, 2012a; Brukamp, 2011; Lenk, 2002) von Körperformen, sondern es kann – wie bei der rekonstruktiven Chirurgie auch – ein mögliches Ziel sein, (vermeintlich) stigmatisierende Merkmale zu verändern und damit eine höhere soziale Akzeptanz zu erreichen (vgl. Davis, 2003, S. 16; Goering, 2001; Villa, 2008a, S. 10ff.) oder einen „psychischen Heilungsprozess“ zu bewirken (Meili, 2008, S. 122).

Von Patientenseite kann auch bei ästhetisch-chirurgischen Eingriffen die Überzeugung zugrunde liegen, die eigene Erscheinung sei eben gerade nicht „normal“. Ebenso kann von ärztlicher Seite ein ästhetischer Eingriff als „Normalisierung“ angesehen werden, beispielsweise bei der Begradigung einer gebogenen Nase. Ästhetische Chirurgie kann darauf zielen, ethnische Merkmale abzuschwächen oder zu beseitigen, um sich der „dominanten ‚ethnischen‘ Gruppe“ anzugleichen (Davis, 2008, S. 41).

Geht es um „Normalität“, stellt sich die Frage nach der Vergleichsgruppe und den Vergleichskriterien – es ist ein Unterschied, ob der Vergleich mit einer statistischen Norm oder vielmehr mit einer Idealnorm – also einem erwünschten Zustand der Vollkommenheit – stattfindet.

„An welcher Nase also orientiert sich die ‚Nasenkorrektur‘ beim Chirurgen? Ist es ‚normal‘, nicht alt aussehen zu wollen? Geht es z.B. in den gegenwärtigen Inszenierungen der plastischen Chirurgie im Fernsehen um eine faktische Normalität im Sinne von ‚das, was ist‘ – oder geht es um eine phantasmatische Normalität im Sinne von ‚das, was der Norm entsprechend sein sollte‘? Und: Normalität in welchem Sinne?“ (Villa, 2008b, S. 88)

Villa (2008) stellt am Beispiel der TV-Sendung „The Swan“ pointiert dar, dass es bei plastisch-chirurgischen Eingriffen häufig nicht so sehr um *Normalität* im Sinne der statistischen Norm geht, sondern um *Normen* im Sinne eines fantasierten Ideals (S. 97). Aufgrund dieser Komplexität wird bisweilen auch zwischen ästhetischer und „kosmetischer“ Chirurgie unterschieden, wobei der Begriff „kosmetische“ Chirurgie eben

¹⁵ „Wenn man auch solche Fälle kosmetischer Chirurgie in den Bereich jenseits medizinischer Notwendigkeit einordnet, soll damit nicht das Leiden bagatellisiert, sondern daran erinnert werden, dass dieses Leiden nicht durch eine Krankheit oder eine physiologische Störung verursacht wird: Welcher Art der Notwendigkeit diese Eingriffe auch haben mögen, eine medizinische Notwendigkeit ist es nicht.“ (Little, 2009, S. 162)

¹⁶ „Der Begriff des Enhancements wird [...] verwendet, um biomedizinische Interventionen zu charakterisieren, die über die Heilung von Krankheiten und die Erhaltung von Gesundheit hinausgehen.“ (Lenk 2002, S. 15)

solche Eingriffe bezeichnen soll, die eine Verbesserung bzw. Perfektionierung eines „unproblematischen“ Körpers zum Ziel haben, quasi eine „Qualitätsverbesserung am Menschen“ (Kettner, 2012, S. 13) darstellen sollen¹⁷. „Patienten mit dem Wunsch nach einer kosmetischen Korrektur [...] wollen aus dem Mittelmaß in die Gruppe der Bevorzugten aufsteigen.“ (Rudolph, 1985, S. 57)

Aufgrund des fließenden Übergangs zwischen rekonstruktiver und ästhetischer plastischer Chirurgie werden im Folgenden alle Eingriffe, die nicht vornehmlich unter funktionalen Gesichtspunkten durchgeführt werden, als „ästhetische Eingriffe“ bezeichnet.

3.1.3 Die Frage nach Indikation und Zielen: Psychotherapie mit dem Skalpell?

Stärker als in anderen Bereichen der Medizin steht also in der ästhetisch-plastischen (Gesichts-)Chirurgie die Indikation zur Disposition (Bordo, 1998; Bruckamp, 2011; Goering, 2001; Kettner, 2012). Dies wird dadurch verstärkt, dass (abgesehen von solchen Eingriffen, die rein funktional-wiederherstellender Art sind) keine klaren Urteils- und Erfolgskriterien für einen gelungenen Eingriff vorliegen (vgl. Kettner, 2012, S. 19; Prantl, 2011, S. 16f.). Im Sinne des Nicht-Schädigungs-Prinzips ärztlichen Handelns kann insbesondere bei rein kosmetischen Eingriffen sogar zweifelhaft sein, ob es nicht gar eine medizinische Kontraindikation gibt (denn „intakte“ Körper werden mit dem Eingriff „geschädigt“) (Ferrari, 2011).

In der Erweiterung von kurativer zu wunscherfüllender Medizin (medizinisch fundierte „Enhancement Praxis“) zeichnet sich, so Kettner (2012), ein „neuer Mensch der neuen Medizin“ (S. 17) ab:

„Der Nutzer medizinischer Leistungen als Klient und Konsument, der medizinisches Wissen und Können nicht mehr dazu braucht, um aus Leiden mit Krankheitswert sozusagen das normale Elend zu machen, sondern die Produktivität der Medizin dazu nutzt, um sich zu seiner Lebensführung genau diejenige körperliche Verfassung zu schaffen, die er oder sie sich wünscht.“ (ebd.)

Neben der „Indikation“ als *lege artis* begründeten Kriterien für Behandlungsbedürftigkeit wird ihm zufolge die Frage nach der „Kontraindikation“ leitend: Es zählt, dass ein Eingriff *lege artis* eben nicht schädlich ist und zudem verspricht, (wie auch immer geartet) Nutzen zu bringen (Kettner, 2012, S. 20).

Allerdings birgt jeder operative Eingriff medizinische Risiken, was bei Fehlen einer medizinischen Indikation schwer zu rechtfertigen ist und deshalb besonderen Legitimierungsstrategien bedarf (Davis, 1995, S. 120ff.). Meili (2008) zeigt vier Faktoren auf, die mit der Legitimierung solcher Eingriffe in Zusammenhang gebracht werden können (S. 123): Zunächst nennt sie die „Klassifizierung als ästhetische oder rekonstruktive Maßnahme“, wobei sie rekonstruktive Eingriffe als leichter legitimierbar ansieht. „Das Recht eines jeden, wieder so auszusehen, wie er *von Natur aus* aussehen würde, scheint breite Anerkennung zu genießen.“ Zweitens sei es die „Sichtbarkeit und Auffälligkeit der ‚Deformation‘“, die legitimierend wirke – eine „wirklich große Nase“

¹⁷ Dazu kritisch Giunta und Schmidt-Tintemann (2013): „Eine Hilfsbezeichnung wie ‚kosmetische Chirurgie‘ ist ein untauglicher Versuch, dem abzuhelfen. ‚Kosmetisch‘ suggeriert eine Beiläufigkeit und Reversibilität, die nicht zutrifft.“

rechtfertige einen Eingriff leichter als eine kleine Korrektur. Als Drittes nennt Meili die „Art des Eingriffs“, da manche Veränderungen für nachvollziehbar gehalten würden (wie Ohranlegungen), während andere (wie Brust- oder Lippenvergrößerungen) größerer Rechtfertigungsanstrengungen bedürften. Zudem diene viertens der „Leidensdruck“ einer Legitimation.

Nun muss bei der Bewertung körperlicher Merkmale zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung unterschieden werden. Was wir selbst beispielsweise als Makel oder gar Entstellung wahrnehmen, kann „von außen betrachtet“, d.h. in der Fremdwahrnehmung beispielsweise der beratenden Chirurgen, marginal erscheinen. Diese Differenz zwischen den Perspektiven bekommt in der klinisch-psychologischen Diagnostik besondere Relevanz, wenn es beispielsweise um die Frage geht, ob einem Leiden am eigenen Körper eine *Körperdysmorphie Störung*¹⁸ zugrunde liegt (siehe DSM IV, messbar mit Dysmorphic Concern Questionnaire, *DCQ*; Oosthuizen, Lambert & Castle, 1998; siehe auch Brukamp, 2011; Stangier, Hungerbühler, Meyer & Wolter, 2000).

Psychotherapeutisch betrachtet wird eine körperliche Abweichung dann relevant, wenn sich aus der Selbstwahrnehmung als „entstellt“ und/oder aus den (tatsächlichen oder phantasierten) sozialen Reaktionen auf die eigene Erscheinung ein dauerhafter Leidensdruck ergibt. Bei der Indikationsfrage bezüglich solcher Eingriffe mit ästhetischem (nicht vorwiegend funktionalem) Veränderungsziel wird tatsächlich im Allgemeinen nicht auf die medizinisch-körperliche Ebene verwiesen, sondern auf *psychische Faktoren* (vgl. auch Brukamp, 2011):

„Strengthening an individual's self-image is often the principal purpose and benefit of plastic surgery. This is true of both reconstructive and cosmetic surgery. (...) In the case of cosmetic surgery, the *only* indication for surgery is the likelihood that it will improve the *emotional* health of the patient. Any physical change should be aimed at that goal.“ (Edgerton, 2006, S. vii)

Auch Patienten der ästhetischen Chirurgie selbst geben in einer Patientenbefragung durch die DGÄPC mit großem Abstand die Verbesserung des Lebensgefühls als wichtigste Erwartung an (77,2 % der Frauen und 71,8 % der Männer), gefolgt von der „Erreichung eines Ideals“ (24,4 % der Frauen und 20,5 % der Männer). Am seltensten wurde interessanterweise der naheliegenste Aspekt „besseres Aussehen“ als Erwartung angegeben (0,9 % der Frauen und 0,5 % der Männer, DGÄPC, 2014b).

Von einigen Fachvertretern wird dementsprechend sogar die Frage gestellt, inwiefern solche Maßnahmen als „body image surgery“ (Sarwer, 2002; vgl. auch Cash, 2006) oder gar „psychotherapeutische Interventionen“ betrachtet werden können (z.B. Cook,

¹⁸ Die Diagnose Körperdysmorphie Störung bezeichnet die „übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten oder allenfalls minimal vorhandenen Defekt in der äußeren Erscheinung definiert.“ (Stangier, Hungerbühler, Meyer und Wolter, 2000, S. 876) Die Selbstwahrnehmung steht also im Kontrast zur Fremdwahrnehmung. Die Erkrankung geht mit Symptomen wie zwanghaften Gedanken über das eigene Äußere (mehr als eine Stunde täglich), Vergleichen mit anderen, Betrachten des eigenen Aussehens im Spiegel, Inanspruchnahme medizinischer Hilfe (beispielsweise kosmetischer Chirurgie) und Ähnlichem einher. Dabei stehen häufig der Kopf und insbesondere das Gesicht im Vordergrund. Häufig findet ein Rückzug aus dem öffentlichen Leben statt (Stangier et al., 2000).

Rosser & Salmon, 2006, s.a. Brukamp, 2011; Rohr, 2004): „A central motivation for patients to undergo cosmetic surgery is the hope of becoming more satisfied with their own appearance and improving their psychosocial functioning.“ (Soest, Kvalem, Roald & Skolleborg, 2009, S. 2)

Tatsächlich scheint in der medizinisch-psychologischen Forschung Einigkeit darüber zu herrschen, dass es psychische Faktoren sind, die eine Indikation für nicht vornehmlich funktional bedingte plastisch-chirurgische Eingriffe bieten. So heißt es in der Einleitung des Bandes „Psychological Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery“, herausgegeben von Sarwer, Pruzinsky, Cash, Goldwyn, Persing & Whitaker (2006):

„Plastic surgeons recognize, at least on some level, that the ultimate purpose of their work is to address the *psychological needs*¹⁹ of their patients – to reduce emotional distress and enhance quality of life.“ (S. ix)

Die Annahme dieses Zusammenhangs zwischen ästhetischen Verbesserungen und psychischem und sozialem Wohlbefinden ist nicht trivial, denn tatsächlich zielen die chirurgischen Interventionen ja zunächst auf „reine Äußerlichkeiten“. Ihre psychologische und im weiteren Sinne identitätskonstitutive Relevanz erklärt sich erst vor dem Hintergrund der historischen, sozialen und individuellen Bedeutung des Körpers.

3.2 Das „verfügbare“ Gesicht

Zum Thema „Körpermanipulationen“ gibt es eine breite Debatte, sowohl in den Populärmedien als auch in den Gesellschaftswissenschaften. Es werden viele unterschiedliche Aspekte diskutiert, teils polemisch, teils sehr differenziert. Das Spannungsfeld, in dem sich diese Debatte bewegt, kann unter dem Blickwinkel der Diskussion um Handlungsmacht und Handlungsfähigkeit (*Agency*) von Individuen betrachtet werden (vgl. auch Scherr, 2012). Es geht um die Frage,

„wer mit wem was in welcher Weise macht/machen kann, wessen Wirkung wem (dem Individuum, der Gesellschaft, anonymen Mächten etc.) zugerechnet werden kann und was in der Macht des Einzelnen steht (faktisch oder als Vorstellung).“ (Helfferich, 2012, S. 10)

Im Folgenden wird zunächst im Hinblick auf neuere Entwicklungen betrachtet, ob und inwieweit die Inanspruchnahme plastischer Gesichtschirurgie inzwischen tatsächlich als „Normalität“ gesehen werden kann (3.2.1). Die aktuellen gesellschaftswissenschaftlichen Diskussionen über plastische Chirurgie werden überblicksartig dargestellt (3.2.2) und um die psychologisch-psychiatrische (insbesondere psychoanalytische) Diskussion um plastische Chirurgie ergänzt (3.2.3). Schließlich wird die Frage aufgeworfen, inwieweit überhaupt davon ausgegangen werden kann, dass Menschen sich in einem gesellschaftlich-kulturellen und psychischen „Verblendungszusammenhang“ bewusst für oder gegen einen plastisch-gesichtschirurgischen Eingriff entscheiden können (3.2.4).

¹⁹ Hervorhebung durch LS

3.2.1 Die Frage nach der „Normalität“ plastischer Gesichtschirurgie

In der sozialwissenschaftlichen Literatur herrscht weitgehend (in der Regel kritisch vorgebrachte) Einigkeit darüber, dass der *Umgang mit dem Körper* sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend verändert hat (z.B. Alkemeyer, 2007; Ettl, 2006; Gugutzer, 2007; Hirsch, 2004, 2010; Posch, 2009; Rohr, 2004; Stirn, 2003; Villa, 2007, 2008a). Das ursprünglich subjektive, „leibhaftige“ des Körpers werde objektiviert, es herrsche (auch und insbesondere in den Medien) eine regelrechte „*Leibvergessenheit*“ und „*Körperbesessenheit*“ (Villa, 2007, S. 20).

„Die Menschen in den postmodernen Gesellschaften [...] rennen in Fitness- und Schönheitsstudios, trainieren wie verrückt auf Straßen, Feldwegen und Wiesen, piercen, branden und tätowieren sich an allen denk- und auch undenkbaeren Körperstellen, legen sich auf Sonnenbänke und unters Messer von Schönheitschirurgen, lassen sich Botox unter die Haut spritzen und Silikon einsetzen, halten Diät und schlucken Schlankheitspillen, suchen Experten für Ernährung und Typberatung auf, machen Urlaub in Wellness-Farmen oder Beauty-Camps und geben Unsummen für Kosmetika, Körperpflegemittel, Mode und einen sportlichen Lifestyle aus. Ob jung oder alt, Frau oder Mann, gebildet oder ungebildet, wohlhabend oder auch nicht, alle sozialen Gruppen sind bei den angeführten Körperpraktiken vertreten, wenngleich es natürlich Unterschiede in Art und Umfang gibt.“ (Gugutzer, 2007, S. 3)

Als augenfälligste und nachhaltigste Veränderungen werden die Zunahme und Verfügbarkeit von Körpertechnologien sowie die mediale Inszenierung von Körperlichkeit genannt (Ach & Pollmann, 2006, S. 9; Posch, 2009; Rohr, 2004; Villa, 2008a). Der Grad ist schmal zwischen dem, was wir als „normale“ Manipulationen des Körpers wahrnehmen – der Gebrauch von Makeup, Diät, sportliche Betätigung und Frisörbesuche – und was wir als „extremes“ Körperhandeln empfinden – wie bestimmte Formen von plastischer Chirurgie (Villa, 2008a, S. 11). Der Versuch, hier die Grenzen auszuloten, führt zur Unterscheidung zwischen „natürlichem Körper“ und „künstlichem Körper“ (Bittner & Inthorn, 2011, S. 174): Mit wie viel Veränderung, wie viel Manipulation kann der Körper (noch) als „Naturstück“ betrachtet werden, und ab wann ist er so weit verändert, dass er zum „Kulturstück“ wird? Hofmeister, Spangenberg, Borkenhagen und Brähler (2012) stellten in einer repräsentativen Befragung 2009 fest, dass über 80 % der 18-25jährigen Frauen sich Körperhaare entfernten (und immerhin über 30 % der Männer, Bart ausgenommen), speziell junge Frauen häufig gepierct waren (über 35 % der 14-24jährigen) und über ein Viertel aller 25-34jährigen Tätowierungen vorzuweisen hatten²⁰. Solche Körperpraktiken können also nicht (mehr) als gesellschaftliches Randphänomen bezeichnet werden, wie es beispielsweise Tätowierungen noch Anfang des 20. Jahrhunderts in den westlichen Kulturen waren.

Viele Autoren weisen darauf hin, dass der Körper zu allen Zeiten und in allen Gesellschaften markiert und manipuliert wurde (Gilman, 1999; Hirsch, 2010, S. 104ff.; Rohr, 2004; Stirn, 2003). Allerdings folgten traditionelle Körperpraktiken dabei bestimmten (kultischen oder rituellen) Regeln: Sie dienten als Symbolisierungen von

²⁰ Neuere Zahlen lagen zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Arbeit nicht vor, es kann jedoch eher von einer Steigerung ausgegangen werden.

religiösen und sozialen Akten kollektiver Sinnstiftung. Mit den neuen Techniken drängt sich die Frage auf, ob eine andere Qualität des Gestaltungsspielraumes erreicht ist, der die Grenzen von Kult oder Ritus verlässt (Borkenhagen & Brähler, 2012b, S. 7) und den Körper zu einem Ort optionaler Gestaltungsmöglichkeiten im Dienste der Selbstoptimierung macht (vgl. Krüger-Kirn, 2014, S. 189; Rohr, 2004, dazu kritisch Wagner, 2014).

Betrachtet man den Fortschritt der plastischen Gesichtschirurgie in den letzten Jahrzehnten, so wird tatsächlich ein qualitativer Sprung deutlich: Die medizinisch-technischen Möglichkeiten haben sich durch die Entwicklung computerassistierter (z.B. Schramm, Gellrich & Schmelzeisen, 2007; Strauß, 2009; Wilde & Schramm, 2013) und nicht-invasiver bzw. minimal-invasiver Verfahren erweitert und sind breiter verfügbar geworden. Genaue statistische Zahlen zum Thema plastische Chirurgie sind relativ unzuverlässig: Sie werden nicht von neutraler Seite erfasst, sondern von den verschiedenen (konkurrierenden) Fachverbänden (Villa, 2008a, S. 9). Dabei handelt es sich häufig um Patientenbefragungen oder um Befragungen der praktizierenden Chirurgen (z.B. durch die Fachverbände), wobei es keinen verbindlichen einheitlichen Standard gibt, nach dem die Ärzte die von ihnen durchgeführten Behandlungen dokumentieren (DGÄPC, 2014a). Zudem ist die Beteiligung an den Befragungen gering (ebd.) und es werden nur Eingriffe erfasst, die von Fachärzten für plastische Chirurgie in staatlichen Krankenhäusern durchgeführt werden bzw. die Mitglieder des jeweiligen Fachverbandes sind. Insbesondere die Anzahl an rein kosmetischen Eingriffen, die häufig in Privatkliniken und nicht immer von Fachärzten durchgeführt werden, weicht vermutlich stark von den Schätzungen ab.

Eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) 2011 ergab, dass von allen Eingriffen durch Fachärzte der plastischen Chirurgie 30 % der ästhetischen Chirurgie zuzuordnen waren (absolut: 138 500) – ohne Faltenunterspritzungen mit Botulinumtoxin, Hyaluronsäure und anderen Präparaten einzuberechnen, die noch einmal fast die gleiche Menge an Eingriffen ausmachten (DGPRÄC, 2013). In einer Patientenbefragung der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC) 2014 waren 14,7 % der Befragten männlich und die größte Gruppe der Befragten zwischen 18 und 30 Jahre alt, gefolgt von den 41-50jährigen (DGÄPC, 2014b). Ein großer Anteil der kosmetischen Eingriffe bezieht sich beiden Umfragen zufolge auf das Gesicht: Am häufigsten sind dabei Augenlidstraffungen, gefolgt von Botulinumbehandlungen und Faltenunterspritzungen, Nasenkorrekturen (DGPRÄC) bzw. Facelifts (DGÄPC) und Ohranlegungen. Die größte interdisziplinäre Fachgesellschaft in Deutschland, die Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland e. V. (GÄCD), verzeichnet in einer Pressemitteilung 2010 einen Anstieg der Schönheitsoperationen von 20 % zwischen 2008 und 2009 (GÄCD, 2010). Statistiken der amerikanischen Fachgesellschaft ASPS verzeichnen einen rasanten Anstieg an kosmetischen Behandlungen (104 % zwischen 2000 und 2013, d.h. in absoluten Zahlen von 7 401 495 auf 15 116 353) insbesondere im Bereich der minimal-invasiven Verfahren (144 % im gleichen Zeitraum, d.h. von 5 500 446 auf 13 447 933), jedoch einen Rückgang der kosmetisch-chirurgischen Eingriffe um 12 % im gleichen

Zeitraum (American Society of Plastic Surgeons, 2013). Zu rekonstruktiven Eingriffen liegen keine vergleichbaren Statistiken vor.

In der Literatur wird häufig darauf verwiesen, dass die zunehmenden Möglichkeiten schönheitschirurgischer Eingriffe und ihre mediale Inszenierung mit einer zunehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz und einer Normalisierung der Inanspruchnahme solcher Leistungen einhergehen (z.B. Eisend & Möller, 2007, S. 101f.; Posch, 2009), während gerade qualitativ ausgerichtete empirische Studien zeigen, wie sehr solche Eingriffe weiterhin – beispielsweise in Forschungsinterviews – legitimiert werden müssen (Meili, 2008, S. 138; vgl. Wagner, 2014).

3.2.2 Der manipulierbare Körper zwischen gesellschaftlicher Normierung und autonomer Selbstaneignung

In der sozialwissenschaftlichen Literatur zum Thema plastische Chirurgie verdichtet sich eine Kernfrage: Wie kann das Verhältnis sozialer und gesellschaftlicher Strukturen und Prozesse bzw. historischer Voraussetzungen (Makroebene) zur Fähigkeit von individuellen Akteuren, autonom, selbstbestimmt und kreativ im Sinne persönlicher Ansprüche, Ziele und Motive zu handeln (Mikroebene) angemessen konzeptualisiert werden (Alkemeyer, 2007; Scherr, 2012, S. 99; Villa, 2008a, S. 8)?

Insbesondere in der Diskussion um „Schönheitschirurgie“ wird immer wieder die Frage aufgeworfen, ob eine Unterwerfung unter gnadenlose Normen stattfindet, oder doch das kreative, selbstermächtigende Potential der „invasiven Selbstgestaltung als Ausdruck autonomer Entscheidung“ überwiegt (Herrmann, 2006, ebenso Maasen, 2008, S. 100; Villa, 2008a, S. 8).²¹ In vielen differenzierten Beiträgen wird grundsätzlich auf die *Gleichzeitigkeit* von individueller Autonomie und sozialer Determiniertheit des Individuums hingewiesen (z.B. Alkemeyer, 2007; Davis, 2003; Herrmann, 2006; Maasen, 2008; Scherr, 2012; Strick, 2008; Villa, 2008b, 2008c). Dennoch lassen sich Gewichtungen in den Argumentationslinien unterscheiden:

Die eher gesellschaftskritische Perspektive (z.B. Degele, 2004; Maasen, 2008; Villa, 2008b, 2008c) betont die Macht von zivilisierenden Kräften der Regulation, der sozialen Distinktion (in Bezug auf Bourdieu), der Disziplinierung und „Domestizierung“ (in Bezug auf Foucault) sowie der „Normalisierung“ bzw. „Normierung“ (Gilman, 1999; Villa, 2008a, S. 11, 2008b, S. 97) auf den Körper. Insbesondere im feministischen Diskurs der 1990er Jahre wurde die Bedeutung plastisch-chirurgischer Eingriffe (an Frauen) zur Reproduktion der gesellschaftlichen (männlich geprägten) Herrschaftsordnungen – beispielsweise durch Perpetuierung sexueller Minderwertigkeit (z.B. Bartky, 1990; Bordo, 1989; Wolf, 1991; vgl. Davis, 1995; Wagner, 2014) herausgestellt. Demnach verdanken sich solche Eingriffe „dem Diktat von moralisch fragwürdigen Normen äußerer Erscheinungen“ und sind damit „Ausdruck des zunehmenden Konformitätsdrucks und der Unterwerfung des Individuums unter vorgegebene

²¹ Der Aspekt der zunehmenden technischen Machbarkeit lässt sich sowohl für rekonstruktive als auch für kosmetische Eingriffe herausstellen. In den sozialwissenschaftlichen Beiträgen wird jedoch zumeist auf „schönheitschirurgische“ Eingriffe verwiesen, ohne sich genauer mit der Frage auseinanderzusetzen, welche Arten von Eingriffen gemeint sind und wo die Trennlinie zu „notwendigen“ Eingriffen verläuft.

Schönheitsstandards.“ (Herrmann, 2006, S. 72) Auch Villa (2008a) argumentiert, dass die Entscheidung für einen plastisch-chirurgischen Eingriff „mitnichten eine rein subjektive, individuelle ‚Privatangelegenheit‘ von souveränen, handlungsrationalen, freien und selbstbewußten Menschen ist“, sondern „Entscheidungen über den eigenen Körper als Entscheidungen über das Selbst hochgradig normativ“ und „getränkt von Sozialität“ seien (S. 8). Interessant ist, dass auch aus der gesellschaftstheoretischen Perspektive häufig die Identitätsbezogenheit solcher Eingriffe betont wird: Eingriffe am Körper werden – wie Villa (2008, s.o.) hervorhebt – als „Entscheidungen über das Selbst“ (nicht nur über den Körper) verstanden (vgl. auch Posch, 2009). In diesem Licht betrachtet, können plastisch chirurgische Eingriffe im Gesicht auch als eine Form von *face-work* oder gar Stigma-Management im Sinne Goffmans (*impression management*, Goffman, 1967/1994) verstanden werden: Ziel ist es, die Kontrolle über die eigenen Gesichtszüge wieder zu erlangen, sich des Stigmas zu entledigen und damit die Reaktionen der anderen zu beeinflussen. So kann die Inanspruchnahme plastischer Chirurgie als Versuch gesehen werden, einen (körperlichen) Mangel (bzw. ein Stigma), der das Selbstbild bedroht, nicht nur zu verstecken, sondern ein für alle Mal loszuwerden und damit im sozialen Geschehen *impression management* zu betreiben (vgl. Goffman, 1967/ dt. 1975, S. 18).

Aus stärker an der individuell-subjektiven Perspektive interessierten Forschungsrichtungen wird das kreative und selbstermächtigende Potential (z.B. Borkenhagen, 2001a, 2003; Davis, 1995; Davis, 1997a; Wagner, 2014) hervorgehoben, das durch die Zunahme der Möglichkeiten, den Körper im eigenen Sinne zu verändern, entstehe. Hier wird der Wunsch nach einer „Selbstaneignung des Körpers“ (Borkenhagen, 2001a, S. 310) als leitend gesehen – der Wunsch, sich den eigenen Körper „passend“ zu machen. Plastisch-chirurgische Eingriffe werden aus dieser Perspektive auch als „Identitätsgestaltung durch Selbstermächtigung [„self-empowering“] und Verkörperung [„embodiment“] verstanden [...] bei dem sich das Selbst über eine Bearbeitung und Veränderung des Körpers gestaltet“ (Borkenhagen, 2001a, S. 306; vgl. auch Davis, 1995). Davis (1995) stellt anhand von narrativen Interviews mit Frauen, die eine schönheitschirurgische Operation in Anspruch genommen haben, dar, dass der Eingriff als „biografischer ‚turning point‘“ (S. 75) konstruiert sei, an dem Fragen der Selbstbestimmung neu verhandelt würden. So werde von den Frauen ein „davor“ geschildert, in dem sie auf unerträgliche Weise unter einem bestimmten, relativ klar abgegrenzten Körperteil litten, den sie als „constraint“ (S. 83) oder gar „prison“ (S. 79) für ihre gesamte Existenz erlebten und in der Folge als *nicht zu sich gehörig* empfänden. Nach dem Eingriff sei häufig ein langer und schmerzvoller Anpassungsprozess notwendig, in dem die Frauen ihre Beziehung zu ihrem Körper und ebenso zu sich selbst neu verhandelten. Durch diesen Prozess würde sich ihnen nun, so Davis, die Freiheit eröffnen, eine biografische Rekonstruktion vorzunehmen und durch dieses Einnehmen einer Metaperspektive ihre Identität neu zu verhandeln. Dabei würden die Frauen sich selbst als „agents“²², d.h. Handelnde darstellen, die ihr Leben in die eigene Hand

²² Zur näheren Bestimmung des Begriffs der „Agency“ siehe Abschnitt 6.2.2.

nehmen. Diesen Prozess sieht Davis insbesondere als (narrative) Möglichkeit für die Frauen, von einem „objectified body“ – also einem „objekthaften Körper“ – zu einem „subject as embodied agent“ zu werden (S. 84) – zu einem verkörperten, handlungsfähigen (leiblichen) Subjekt (siehe dazu übereinstimmend Borkenhagen, 2001a, 2001b; Wagner, 2014). Das heißt, Davis vermutet einen Übergang vom Zustand, durch den Körper sozial definiert zu sein, hin zum Zustand, als handelnder Körper in der Welt zu sein.

„It is in the context of this disempowering tension of feminine embodiment – the objectification of women as „just bodies“ and the desire of the female subject to act upon the world – that cosmetic surgery must be located.“ (S. 84)

Das entscheidende sei dabei, so betont Davis wiederholt (1995; 2003; 2008), dass die Frauen sich eben nicht ausschließlich als Opfer eines Schönheitsdiktates darstellten, sondern durchaus differenziert ihre Möglichkeiten und Zwänge und ihre entsprechenden Entscheidungen darstellen.

Die „Gleichzeitigkeit und Ununterscheidbarkeit von Agency und Unterdrückung“ (Strick, 2008, S. 200) wird insbesondere von feministischen Kritikerinnen häufig als durchaus ambivalentes Spannungsfeld zwischen emanzipativen Bewegungen auf der einen Seite und Programmen der Selbstdisziplinierung auf der anderen Seite diskutiert (Davis, 2003; Villa, 2008c):

„Die kosmetische Chirurgie markiert innerhalb dieser Problematik einen kritischen Punkt, denn sie realisiert sowohl Disziplinierungs- wie Ermächtigungsprogramme am weiblichen Körper“ (Strick, 2008, S. 200).

Es ist kaum zu entscheiden, an welcher Stelle in diesem Feld „zwischen Ansprüchen autonomer Selbstkonstitution und soziokultureller Normierung“ (Herrmann, 2006, S. S. 78) die Grenze verläuft (s.a. Alkemeyer, 2007, S. 9).

3.2.3 Manipulationen am Körper als Ausdruck seelischer Konflikte

Einige Beachtung hat die plastische Chirurgie in der psychoanalytisch geprägten Diskussion gefunden, die eine Nähe zu den gesellschaftswissenschaftlichen Debatten aufweist. Sie nähert sich der Frage, warum bei gleichen gesellschaftlich-kulturellen Voraussetzungen manche Menschen plastisch-chirurgische Eingriffe in Anspruch nehmen und andere nicht.

Während die Sehnsucht nach (eigener) Schönheit als normales menschliches Bedürfnis gesehen wird, ist die qualvolle, obsessive Beschäftigung mit dem eigenen Aussehen ein klinisch bedeutsames Phänomen (Ettl, 2006, S. 38). Der Wunsch nach („extremen“) Manipulationen am Körper wird mit einer (unbewussten) Vermeidung der Auseinandersetzung mit dem eigenen psychischen Leid – den psychischen Konflikten – in Verbindung gebracht. Die daraus resultierende übermäßige Beschäftigung mit der vermeintlich leichter manipulierbare körperlichen Ebene wird als eine *Verschiebung* psychischer Konflikte auf den Körper verstanden (vgl. Hirsch, 2010, S. 130).

„Es geht darum, dass es keinen Mangel im Psychologischen, sondern in der Körperlichkeit gibt. Indem der eine Mangel anerkannt wird, wird jeder weitere zum Schweigen gebracht.“ (Küchenhoff, 2005, S. 166)

Es wird ein „beabsichtigtes Verschwinden des Leibes zugunsten des Körpers“ (Ettl, 2006, S. 13) angenommen: Im Schönheitskult werde alles Hässliche dem Leib zugeschrieben und entsprechend werde versucht, alle Leibspuren am – leichter kontrollierbaren – Körper zu tilgen (ebd., zur Unterscheidung von Leib und Körper siehe Abschnitt 2.1.2). Der Leib wird in dieser Lesart als der Teil an uns verstanden, der die Spuren des Lebens in unseren Körper einschreibt: Krankheiten, Alter, Schwangerschaften schlagen sich als „Repräsentanten des Trieblebens“ nieder (Ettl, 2006, S. 19). Der Wunsch nach Schönheit kann auch als (narzisstischer) Wunsch nach einer idealisierenden Objektivierung des Leibes für die Augen anderer (bzw. die internalisierten Anderen) gesehen werden, durch die der Leib zum „Körper-für-andere“ (Sartre, 1993, vgl. Küchenhoff, 2008, S. 103) wird. Dazu passend schreibt auch Villa (2008b) in Bezug auf die Fernsehsendung „The Swan“, es gehe um „das chirurgisch-technologische Löschen von Spuren individueller Biographien am je einzigartigen Körper“ (S. 93).

Küchenhoff (2005) beschreibt plastische Gesichtschirurgie als „Versuch, die Zwischenwelt mimisch-leiblicher Interaktion in den Griff zu bekommen“ (S. 163). Er nennt drei „Herausforderungen“ der zwischenmenschlichen „*face-to-face*“ Interaktion (S. 162ff.): Bezogenheit, Entzogenheit und Exponiertheit. Die Bezogenheit entsteht durch die Unkontrollierbarkeit der mimischen Interaktion von beiden Seiten. Die Gesichter verraten wechselseitig etwas (oder vertrauen etwas an), das der Bewusstseinskontrolle nicht unterliegt (vgl. Abschnitt 1.1.4). Gleichzeitig, und dies bezeichnet er als den Aspekt der Entzogenheit, kann man trotz aller Bezogenheit nie alles vom anderen wissen – er bleibt fremd, fern, überraschend (vgl. Abschnitt 1.1.2). Die Exponiertheit meint schließlich die Erkenntnis der Schutzlosigkeit des (eigenen und fremden) Antlitzes (vgl. Abschnitt 1.1.3). Die (übermäßige) Beschäftigung mit dem eigenen Gesicht versteht er als einen Versuch, diese Herausforderungen zu bewältigen. Kosmetische Chirurgie in Anspruch zu nehmen würde dann bedeuten, den Blick der anderen lenken zu wollen, damit er nicht mehr der Blick ist, dem man *ausgesetzt* ist, sondern ein *beherrschbarer* Blick. Damit würden sowohl Bezogenheit als auch Entzogenheit und Exponiertheit weniger ängstigend, weil (vermeintlich) besser kontrollierbar: Der Eindruck des eigenen Gesichts wird (vermeintlich) planbar gemacht. Dabei kann zum einen der Wunsch nach *Optimierung* – einem (noch) schöneren Gesicht – leitend sein, zum anderen der Wunsch nach *Normalisierung* – ein „entstelltes“ (oder als entstellt empfundenen) Gesicht „loszuwerden“ (vgl. Abschnitt 3.1.2). Die unterschiedlichen Ziele verhalten sich spiegelbildlich zu den psychoanalytischen Konzepten von Narzissmus und Dysmorphophobie (die Befürchtung, der Körper oder Teile von ihm seien missgestaltet, vgl. Ettl, 2006, S. 55ff.). Entsprechend wird im Zusammenhang mit plastischer Chirurgie häufig der Aspekt der *Scham* thematisiert, der für beide Konzepte als leitend gesehen wird (im Narzissmus als Schamabwehr, Ettl, 2006, S. 202; Küchenhoff & Strasser, 2013). Scham kann zum einen als Spannung zwischen Ich und Ich-Ideal konzeptualisiert werden (vgl. Ettl, 2006, S. 202ff.), zum anderen als sozialer Affekt, der entsteht, wenn das Bedürfnis nach intersubjektiver Resonanz und Anerkennung ausbleibt (vgl. Tiedemann, 2007). Wurmser (1998) geht

von Scham als einem Bipolaren Konzept mit einem Subjekt- und einem Objektpol aus – einem „Wofür“ und einem „Wovor“. Dabei hebt er die Rolle des Angeschaut-Werdens hervor: Beschämung wird als Folge einer bestimmten Art des Gesehen-Werdens verstanden (Tiedemann, 2007, S. 54). Scham wäre damit ein „ihrem Wesen nach [...] *soziales Gefühl*“ (Tisseron, 2000, S. 11). Unter Abschnitt 1.1.2 wurde die Bedeutung der wechselseitigen mimischen Bezogenheit zwischen Mutter und Kind für die Herausbildung eines sicheren, kohärenten Selbstbildes aufgezeigt. Ein Misslingen dieser frühen Form der Spiegelung durch die Mutter wird als Quelle für tiefe Schamgefühle gesehen:

„Wenn der frühe Blick der Mutter eine verletzende Ablehnung ausdrückt oder die mütterliche Unlust chronisch widerspiegelt, kann beim kleinen Kind durch die ständige Wiederholung dieser Erfahrung ein Gefühl entstehen, „verkehrt“ oder „unrichtig“ zu sein, ohne auch nur das Geringste daran ändern zu können. Das ist auch der Grund, weshalb Scham ein so sozialer, interaktiver Affekt ist: Schamgefühle entspringen aus der Interaktion mit anderen, meist als übermächtig erlebten Menschen.“ (Tiedemann, 2007, S. 56f.)

Demzufolge kann als ein Ziel plastischer Gesichtschirurgie gelten, *Schamgefühlen* zu entgehen, indem auf konkretistische Weise versucht wird, die eigenen Defizite bzw. das eigene „Unrichtige“ in den Griff zu bekommen, und somit die Blicke anderer zu kontrollieren. Der Motor für den Wunsch nach einem plastisch-chirurgischen Eingriff wäre damit die Scham-Angst (die Angst, vor den Augen Anderer bloßgestellt zu werden), sein Inhalt die Schamverleugnung (Küchenhoff, 2012, in einem Vortrag, zitiert nach Hinrichs, 2012). Entsprechend betont Küchenhoff (ebd.) die Beteiligung des Therapeuten an Gefühlen der Scham, wenn der Wunsch nach Veränderungen am Gesicht im therapeutischen Gespräch zur Sprache kommt: Der Therapeut ist dann gleichzeitig der andere, der ins Gesicht schaut und ins Gesicht geschaut bekommt und damit

„derjenige, der beschämt oder der Beschämende ist, weil er hinguckt, und gleichzeitig auch die Rolle hat, das zu benennen und damit an der besseren Akzeptanz des Schamgefühls oder eben dieser Makelerfahrung zu arbeiten.“ (Ebd, Absatz 11)

Im Hinblick auf das methodische Vorgehen ist diese Erkenntnis für die vorliegende Arbeit von großer Bedeutung. (vgl. dazu Kapitel 4.1).

3.2.4 Wollen S/sie das wirklich?: Von der Komplexität, die Patientinnenperspektive ernst zu nehmen

Mit den neuen Möglichkeiten der Plastischen Chirurgie geht der Glaube an eine Machbarkeit des Körpers einer. Gleichzeitig verstärkt sich in der modernen Medizin ganz allgemein der Trend, Patientinnen und Patienten als mündige Nutzer von medizinischen Angeboten zu verstehen. Patientenautonomie und -partizipation in der Medizin sind in den vergangenen Jahren – mit ganz unterschiedlichen Implikationen (vgl. Illhardt, 2008) – zu immer wichtigeren Prinzipien geworden (Ernst, Claus & Schwarz, 2005; Ferrari, 2011; Keller, 2008). Das Gesundheitssystem ist in allen möglichen Bereichen als Dienstleistungsgewerbe in den Vordergrund der Aufmerksamkeit gerückt (Ferrari, 2011; Kettner, 2012). Die Medien, allen voran das Internet, bieten eine fast unbegrenzte Informationsmöglichkeit über medizinische Behandlungsmöglichkeiten und -einrichtungen. Dadurch verstehen sich viele Menschen

zunehmend als „Kunden“ (Ferrari, 2011, S. 106), die auch medizinische Maßnahmen „einkaufen“ können, um eine „Selbstverbesserung“ oder „Selbstoptimierung“ zu erreichen (vgl. Borkenhagen & Brähler, 2012b). Dies hat zu ganz neuen ethisch-moralischen Fragestellungen geführt.

„Die interessanten Fragen gehen [...] einerseits darauf, ob Personen mit den und den Persönlichkeitseigenschaften in der und der Lage versuchen sollten, solche Wünsche in die Tat umzusetzen, und andererseits darauf, ob Personen mit den und den Berufsrollen innerhalb des Gesundheitssystems (z.B. Ärzte, Apotheker) ihnen dabei professionell assistieren sollten.“ (Kettner, 2012, S. 25)

Die Vorstellung einer uneingeschränkten Verfügbarkeit des Körpers mit all ihren Ambiguitäten und ethischen Implikationen kondensiert sich exemplarisch in diesem Bereich: *Darf* man alles machen, was man kann? Wie sehr darf man in die Natur eingreifen, wie sehr muss man es? Wie lange geht es darum, „unerträgliches Leiden“ (Davis, 2008, S. 58) zu mindern, ab wann führt dies zu einer Normierung? Wann müssen Menschen quasi vor sich selbst geschützt werden, weil psychopathologische Prozesse ihren Selbstverbesserungswünschen zugrunde liegen?

Kettner (2012) diskutiert Argumentationsformen, die das normative, moralisch-ethische Profil von Enhancement-Praktiken ausloten: Erstens die „Nutzen-Risiko-Abwägung“ im Sinne des Nichtschädigungsprinzips (beispielsweise in dem Vorwurf „in Wirklichkeit tust du dir damit nichts Gutes, du schädigst dich“, S. 27) und zweitens die „Selbstkohärenz“. Erstere Argumentationslinie disqualifiziert er als „kraftlosen“, weil „außermoralischen Klugheitsappell“. Als dem Konzept der Selbstkohärenz entsprechend versteht er die ich-syntone Wunscherfüllung, die „den Selbstentwurf und die Ideen eines subjektiv guten Lebens der betreffenden Person fördern, nicht stören“ sollte (S. 27). Er macht deutlich, dass die „Selbstkohärenz“ nicht allein von außen beurteilbar sei, sondern eine Bewertung der Kohärenz von Lebensentwürfen nur aus der Innen- und Außenperspektive zugleich möglich werde (S. 29).

In Anbetracht des angesprochenen Spannungsfeldes plastischer Chirurgie stellt sich also auch innerhalb der (zunächst normativ orientierten) ethisch-moralischen Debatte die Frage, wie *die betroffenen Menschen selbst* einen plastisch-gesichtschirurgischen Eingriff im Kontext ihrer Biografie und Selbstvergewisserung einordnen. Gadebusch Bondio (2005) betont, dass die Schmerz- und Risikofaktoren einer kosmetischen Operation nur im Hinblick auf jeden einzelnen Patienten mit seinem je individuellen Leiden und seinen Vorstellungen von Glück bzw. einem „normalen“ Leben abgewogen werden können (S. 180). Doch ist eine solche „unverstellte Innensicht“ überhaupt möglich? Können Menschen selbst beurteilen, was ihre Motive sind, und sie dann reflektieren und in Frage stellen?

In der Literatur wird vielmehr darauf hingewiesen, dass die gesellschaftlichen Normen, an denen wir uns orientieren, *internalisiert* seien – die Herrschaftsordnung also im Sinne einer „Gouvernementalität“ (nach Foucault) im Einverständnis mit den Beherrschten reproduziert und aufrechterhalten werde (Maasen, 2008, S. 102, siehe auch Degele, 2004; Villa, 2008c). Der Wunsch nach einer Veränderung des eigenen Körpers kann sicherlich nicht unabhängig von den gesellschaftlichen Zusammenhängen betrachtete

werden, in denen er verlautbar wird. Degele (2004) spitzt dies in ihren Thesen zum „Schönheitshandeln“ zu:

„Natürlich: Die meisten Menschen antworten auf die Frage nach dem „Für wen?“ des Sich-schön-Machens mit „für mich selbst“. Sie können dies sogar glauben (und tun das in vielen Fällen wohl auch). Dennoch genügt diese Antwort nicht. Denn Schönheitshandeln ist auf andere bezogen und nie auf den oder die Einzelne(n) allein.“ (ebd., S. 17)

Die in empirischen Studie wiederkehrend gefundene Beteuerung „I did it for me“ (vgl. z.B. Davis, 1995; Degele, 2004, 2008; dazu auch Herrmann, 2006, S. 71, Posch, 2009, S. 164f.) wird aus dieser Perspektive als subjektiver Irrglaube gesehen („Das stimmt nicht“, Degele, 2008, S. 70), der von den Betroffenen aufrecht erhalten wird, da die Vorstellung, sich „für andere“ zu verändern „Abhängigkeit, mangelndes Selbstbewußtsein und wenig Charakterfestigkeit“ signalisiere (Degele, 2004, S. 9).

Wagner (2014) kritisiert, dass eine solche Herangehensweise jedoch auch bedeute, den betroffenen und befragten Menschen eine eigene Urteilsfähigkeit abzusprechen:

„Die Rede von der autonomen Entscheidung zur Selbstverwirklichung der Schönheitschirurgiepatientinnen und -patienten wird im kritischen sozialwissenschaftlichen Diskurs als Pseudo-Autonomie angesehen – die getroffenen Entscheidungen der Patientinnen und Patienten stellen sich solchermaßen betrachtet als nicht tatsächlich bewusst gemachte Entscheidungen für die Technologie der oktroyierten und ideologisch behafteten Normalität des an Leistungssteigerung orientierten Mainstreams dar.“ (Wagner, 2014, S. 93f.)

Davis (2003), die schönheitschirurgische Eingriffe eher als Möglichkeit zur Rückgewinnung von Kontrolle und Selbstaneignung verteidigt (vgl. Ausführungen in Abschnitt 3.2.2), betont, dass die Tatsache, solche in Anspruch zu nehmen, von den Betroffenen durchaus hoch ambivalent gesehen werde und deshalb in Forschungsinterviews vielfältige narrative Rechtfertigungen und Begründungen erzeuge. Tatsächlich nimmt plastische Chirurgie nicht nur zu und erfährt zunehmend soziale Akzeptanz, sondern bedarf in weiten Teilen der Bevölkerung (zumindest in deutschsprachigen Ländern) noch immer der Legitimierung (Meili, 2008, S. 119ff.). Aus dieser Sicht betrachtet haben die Frauen die kritische Debatte um plastisch-chirurgische Eingriffe verinnerlicht und machen deshalb in den Interviews deutlich, warum ihr Fall dennoch eine alternativlose Ausnahme („unavoidable course of action“, Davis, 2003, S. 76) darstellt. Ähnlich findet Gimlin (2010) in Narrativen von Patientinnen (und Ärzten) der kosmetischen Chirurgie wiederkehrend sprachliche Konstruktionen eines „surgical other“. In den Erzählungen wird ein (fantasierter) Anderer (in Abgrenzung zum Selbst) entworfen, der sich (anders als man selbst) aus fragwürdigen Motiven zu einem Eingriff entscheidet. Dadurch wird der eigene Eingriff (bzw. die eigene Indikationsstellung) als gut durchdacht und angemessen gerechtfertigt.

„Von den Patienten/innen werden Schönheitsoperationen als Selbsttechnologien zur Körpermodifikation eingesetzt. Sie müssen sich vor der Operation mit ihren Wünschen auseinander setzen, müssen sich positionieren und den vorgenommenen Eingriff rechtfertigen. Die Beschäftigung mit sich selber und den am eigenen Körper wahrgenommenen Defiziten kann ein langwieriger Prozess sein, der viel Begründungsarbeit erfordert.“ (Meili, 2008, S. 124)

Eine solche verstehende Betrachtung der Positionierungen, Begründungsstrategien und biografischen Einordnungen des Eingriffs durch die Betroffenen selbst bewegt sich weg von der vieldiskutierten Frage, die noch bei Davis (1995; 2003) im Raum steht: Ist der chirurgische Eingriff *wirklich* ein Akt der Selbstbestimmung, oder nicht doch eine (unbewusste) Unterwerfung unter das hegemoniale System (z.B. Degele, 2004; Maasen, 2008; Negrin, 2002; Villa, 2008c)? Sie stellt in den Vordergrund, wie Menschen sich selbst in dem Spannungsfeld, in dem sie sich mit ihren Lebensentwürfen und -fantasien befinden, verorten. Jenseits der Frage, welche „tatsächlichen“ Zusammenhänge zur Inanspruchnahme von plastischer Chirurgie führen, liegt der Fokus des Erkenntnisinteresses damit auf dem subjektiven Erleben der Zusammenhänge im Fortgang der Ereignisse.

3.3 Implikationen für die vorliegende Arbeit: Die kommunikativen Selbstverortungen im Spannungsfeld „Gesichtschirurgie“

In der vorliegenden Arbeit steht die (sprachlich vermittelte) subjektive Erlebensdimension - die „Innensicht“ - von Menschen mit plastisch-chirurgischen Eingriffen im Gesicht im Mittelpunkt. Es wird davon ausgegangen, dass die komplexen Erzählungen, die durch die Methode des narrativen Interviews entstehen sollen, Begründungszusammenhänge rekonstruieren lassen, die über eine einfache Antwort wie „ich mache das für mich“ hinausgehen. Es geht vielmehr um die Frage, wie die Interviewten sich kommunikativ selbst verorten. Es kann davon ausgegangen werden, dass ihre subjektiven sprachlichen Selbstdarstellungen sich in dem gesamten oben aufgezeigten Spektrum bewegen. Jenseits von objektiven Merkmalen – wie beispielsweise der Frage, ob der Eingriff durch einen Unfall bedingt ist oder ein angeborenes Merkmal verändert werden soll – können in unterschiedlichen Situationen ganz unterschiedliche Aspekte in den Vordergrund gestellt werden. So kann der Eingriff eher als kosmetisch oder eher als rekonstruktiv, die ärztliche Leistung eher als Dienstleistung oder als medizinisch indiziert dargestellt werden. Die angestrebte Gesichtsveränderung kann subjektiv als Optimierung des Vorhandenen oder als Normalisierung einer wahrgenommenen Abweichung konstruiert werden. Der gesichtschirurgische Eingriff und die damit verbundene Veränderung des Gesichts kann sowohl als kreative Selbstermächtigung wie auch als (mehr oder weniger gezwungene) soziale Normierung dargestellt werden, als gestaltend oder heilend, als bewusste freie Entscheidung oder unausweichlicher Lauf der Dinge. Wie die jeweilige (sprachliche) Selbstverortung stattfindet, ist wiederum entscheidend für die jeweilige Konstruktion des Selbst sowie die Präsentation des Selbst in der therapeutischen/medizinischen Kommunikation.

Jenseits der Frage, ob der herrschende Diskurs das Individuum in seinen Handlungen determiniert oder das Individuum selbstbestimmt handeln kann, wird betrachtet, wie Menschen in der sozialen Situation eines Interviews ihre eigenen Handlungsoptionen und -einschränkungen darstellen und inwieweit sie dabei sich selbst vor der Interviewerin als handlungsmächtig (oder eben nicht) darstellen. Dadurch soll die Möglichkeit entstehen, die Erzählungen und Begründungszusammenhänge der

Befragten zunächst jenseits des gesellschaftskritischen oder psychologisierenden Blickes ernst zu nehmen. Ob die Zusammenhänge *wirklich* so sind, wie sie von den Befragten dargestellt werden, kann und soll damit nicht beantwortet werden.

B. Methodik und Forschungsvorgehen

Menschen, die einem gesichtschirurgischen Eingriff entgegensehen, befinden sich – wie im Theorieteil gezeigt wurde – zwangsläufig im Spannungsfeld zwischen subjektiven Beweggründen, innerpsychischen Voraussetzungen, gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und medizinischer Machbarkeit. Diese Arbeit wählt einen *verstehenden* Zugang zu ihren Erlebenswelten, ihren subjektiven Motiven, Begründungszusammenhängen und Vorstellungen, wie sie von ihnen selbst, „von innen heraus“ bedeutsam gemacht werden (Flick, 2002, S. 48f.). Damit steht sie in der Tradition der qualitativen Forschungsmethodik, deren grundlegender Anspruch es ist, alltagsbezogene bzw. lebensweltliche Phänomene, Probleme und Prozesse *aus der Sicht der handelnden Menschen* zu verstehen und zu beschreiben (ebd.; Breuer, 2010, S. 37). Die theoretisch begründete Wahl des empirischen Weges der Datenerhebung sowie die Auswertungsmethode sind gleichzeitig *Teil* des Forschungsgegenstandes und sollen diesem und dem Erkenntnisinteresse der Studie entsprechen. Aus diesem Grund wird zunächst der methodologische und methodische Ausgangspunkt der Arbeit dargelegt (Kapitel 4). Anschließend wird das konkrete methodische Vorgehen bei der Datenerhebung (Kapitel 5) und der Auswertung (Kapitel 6) beschrieben, wie es sich im Verlauf des Forschungsprozesses ergeben und verändert hat.

4. Methodologischer und methodischer Ausgangspunkt

Im Folgenden wird zunächst von methodologischer Seite der „versprachlichte Körper“ als Erkenntnisinteresse und Forschungsgegenstand mit seinen Möglichkeiten und Problemen etabliert (4.1). Dann werden die spezifischen Forschungsfragen dieser Arbeit expliziert (4.2), da diese die Wahl der Methoden bestimmen. Schließlich wird das konkrete Forschungsvorgehen überblicksartig vorgestellt (4.3).

4.1 Der „versprachlichte Körper“ als Forschungsgegenstand

Die Wahrnehmung von und/oder der Wunsch nach Veränderungen des Gesichts sind Anlass für den Besuch einer gesichtschirurgischen Sprechstunde. Der Körper bzw. die Unzufriedenheit mit diesem bietet somit den ersten Zugang für die vorliegenden Forschungsinterviews. Zunächst wird deshalb explizit deutlich gemacht, inwiefern vom Körper in der vorliegenden Arbeit die Rede ist und wo sich die Arbeit im Forschungsfeld verortet (4.1.1). Da in den Interviews Menschen zu ihren subjektiven Erfahrungen im Hinblick auf ihr eigenes Gesicht befragt werden, wird anschließend das „Sprechen über sich selbst“ unter methodologischen Gesichtspunkten betrachtet (4.1.2). Schließlich werden allgemeine Schwierigkeiten erörtert, die sich beim Sprechen über den Körper ergeben (4.2.3).

4.1.1 Der Körper als Forschungsfeld

In kulturwissenschaftlichen Debatten ist seit den 80er Jahren vom Körper vermehrt die Rede (Assmann, 2006, S. 91; Gugutzer, 2004, S. 7) – er ist „schon längst kein Stiefkind der sozialwissenschaftlichen Forschung mehr“, wie Degele (2004, S. 90ff.) überblicksartig darstellt. Das Wort hat vielmehr, so merkt Assmann (2006) an, „eine

inflationäre Konjunktur; oft wird es benutzt wie eine magische Formel, die mehr beschwört als sie ausspricht. Die Aufmerksamkeit konzentriert sich auf den Körper als das Universale und zugleich so Spezifische, als das in Diskursen Vergessene, Verdrängte, ja als das Andere der Diskurse.“ (S. 89)

In der Beschäftigung mit Theorien über den menschlichen Körper zeichnen sich zwei einander entgegengesetzte Auffassungen ab (Jäger, 2004, S. 44, auch Davis, 1997b; Frank, 1991; Gugutzer, 2004; Turner, 2008), die auch für die vorliegende Arbeit bedeutsam sind: Der Körper kann einerseits, wie traditionell eher in der naturwissenschaftlichen (auch der medizinischen) Forschung üblich, als rein materielle, anatomische Gegebenheit verstanden werden. Dem diametral entgegengesetzt ist die stärker in den Gesellschaftswissenschaften verankerte (in Anschluss an Foucault) radikal konstruktivistische Vorstellung, der Körper sei allein „Effekt diskursiver Praktiken“, durch Institutionen und Machtstrukturen reguliert (Jäger, 2004, S. 44, vgl. auch Gugutzer, 2004). Es zeigt sich in diesen Extremen eine grundsätzliche Polarität von Theorien über den Körper: Die Sicht des Körpers als Natur oder als Kultur (Assmann, 2006, S. 106; Turner, 2008, S. 173). Viele der neueren sowohl naturwissenschaftlichen als auch gesellschaftswissenschaftlichen Theorien über den Körper sind auf dem Kontinuum zwischen beiden Positionen verortet. Neurobiologie und Genetik betonen immer stärker die Verschränkung zwischen biologisch vorgegebenen Prozessen und dem Einfluss von entwicklungsbedingten und sozialen Bedingungen, in denen diese Prozesse stattfinden (vgl. Konzepte der genetischen und neuronalen Plastizität, zur Übersicht z.B. Bauer, 2012; Deneke, 2001). Auch in der Körpersoziologie finden sich verschiedene Versuche, in der Beschreibung des Körpers als sozialem, politischem und ökonomischem (also kulturellem) Phänomen auch seine Beschaffenheit als biologischer Organismus anzuerkennen (vgl. z.B. Gugutzer, 2004; Jäger, 2004; Turner, 2008). In der Psychologie sind traditionell die Psychosomatik und jünger die Rehabilitationspsychologie Gebiete, die sich mit dem Zusammenhang zwischen körperlichen Vorgängen und psychosozialen Prozessen in Gesundheit und Krankheit beschäftigen. In neueren (häufig systemtheoretisch fundierten) Theorien wird dabei auf die grundsätzliche Frage nach Ursache und Wirkung und damit auch auf die Frage, ob biologische oder psychosoziale Prozesse bei einem Krankheitsgeschehen primär sind, zugunsten von pragmatischer Empirie meist verzichtet. Psychoanalytische Theorien betonen, dass der (triebhafter) biologische Körper jeweils auf individuelle Weise psychisch-symbolisch repräsentiert ist und diese Repräsentanz in Abgrenzung von der Umwelt immer wieder neu hergestellt werden muss (Küchenhoff, 2012, S. 42). Hier rückt also die Geschichte des Körpers mit seiner je individuellen, entwicklungsgeschichtlich gewachsenen *Bedeutung* – die sich als psychische Repräsentanz niederschlägt – noch stärker in den Vordergrund.

Auch die vorliegende Arbeit wendet sich mit ihrem Forschungsinteresse beiden Ebenen des Körpers (Kultur und Natur) zu: Es geht um die subjektive Sichtweise von Menschen, die sich in einen medizinischen Körperdiskurs (im Sinne Foucault, 1970/1991) begeben, um eine medizinische Lösung für ein gegebenes körperliches (materiell-anatomisches) Problem zu finden, das jedoch kaum unabhängig von gesellschaftlichen und psychischen

(kulturellen) Prozessen beschreibbar ist. Dabei kann auch hier die Frage nach Ursache und Wirkung vernachlässigt werden. Ob „tatsächlich“ ein körperliches Problem vorliegt, wie dieses beschaffen ist und wer „in Wirklichkeit“ die diskursive Definitionshoheit über Normalität und Abweichung hat, ist nicht Gegenstand dieser Arbeit. Die erhobenen „Gesichtsgeschichten“ sollen vielmehr über die sprachliche Ebene ein Bindeglied zwischen Körper und Erleben schaffen.

4.1.2 *Das Sprechen über sich selbst*

Werden sprachliche Prozesse und insbesondere das Sprechen über die Erfahrungen mit dem eigenen Gesicht und seinen Veränderungen dieser Arbeit zugrunde gelegt, stellt sich die Frage, *worüber genau* wir damit Auskunft erhalten können. Dazu sollen an dieser Stelle drei grundsätzliche Punkte angeführt werden.

Eine erste basale Feststellung ist, dass die Sprache dem Zuhörer keinen Zugang zu einer wie auch immer gearteten „objektiven Wirklichkeit“ schafft. Sprachliche Ausdrücke können stets nur Zeichen (und damit „Objektivationen“) des Gemeinten sein (Berger & Luckmann, 1971, S. 38). Sprachliches Handeln ist immer perspektivisch: Es geschieht vom individuellen Standort der Sprecherinnen aus (Sacher, 2012, S. 10). Entsprechend ist der Zuhörer ebenso an der Geschichte beteiligt wie die Erzählerin. Er muss sich aus dem *Gesagten* – dem Strom von Zeichen – eine (ungefähre) Bedeutung erschließen, die er für das *Gemeinte* hält. Dies ist möglich, da ihm verschiedene „alltagspraktische Methoden“ zur Verfügung stehen, um mit der „grundsätzlichen Subjektivität der Äußerungen“ der Sprecherin umzugehen (Sacher, 2012, S. 10). So wird durch (meist routinisierte) Gesprächspraktiken von den Interaktanten der Gesprächsverlauf organisiert und eine „Gesprächswirklichkeit“ konstruiert, die im besten Fall für alle Teilnehmer sinnhaft ist (Deppermann, 2008, S. 9).

Die zweite Feststellung ist, dass eine sprachliche Schilderung von Ereignissen niemals Aufschluss darüber geben kann, „was wirklich geschehen ist“. In der Erzählung von Erlebtem wird eine Welt entworfen, die der persönlichen Sicht des Erzählers entspricht. Erzählte Erfahrungen sind Interpretationen und Evaluationen dessen, was der Sprecher für das Geschehene *hält*. Sie entstehen vor dem Hintergrund von Erwartungen, Erfahrungen und Bedürfnissen und unterliegen der Konstruktivität des Erinnerns (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 29) und haben damit eine wesentliche Distanz zum ursprünglichen Geschehen und sind in der Situation des Erzählens vom Erleben im „Hier und Jetzt“ geprägt (vgl. die „Doppelte Zeitperspektive des Erzählens“ nach Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 24ff., zur transzendierenden Kraft der Sprache auch Berger & Luckmann, 1971, S. 39ff.). Ereignisse werden im Moment des Erzählens temporal und logisch aufgeordnet, verdichtet und in eine kohärente Form gebracht, um uns und anderen mitzuteilen, wie wir etwas erlebt haben, wie es dazu gekommen ist und warum wir so sind und so handeln (Bruner, 1990; Gergen & Gergen, 1983; Ochs & Capps, 2001, S. 2). Durch sprachliche Darstellungen können in bestimmten Situationen bestimmte Aspekte unserer Selbst hervorgehoben, andere abgeschwächt werden (Georgakopoulou, 2002).

Das bedeutet für die vorliegende Arbeit drittens, dass im Verlauf des Sprechens über sich selbst zu einem zuhörenden Gegenüber etwas stets Neues entsteht, das im Sinne

seiner aktuellen *Bedeutung und Funktion in der jeweils konkreten Interaktion* betrachtet werden muss (Deppermann, 2008; Have, 2006; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b). Vom konstruktivistischen Standpunkt aus gesehen verlieren Fragen nach der „Validität biografischen Erinnerns oder der Authentizität des Erzählens als Wiedergabe vergangener Erfahrungsaufschichtungen“ (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 10) ebenso an Bedeutung wie beispielsweise die Frage, ob die Bewertung eines chirurgischen Ergebnisses aus Sicht des Patienten „korrekt“, „falsch“ oder gar „psychopathologisch“ (etwa im Rahmen einer körperdysmorphen Störung) ist. Der Fokus auf die subjektive Perspektive der Patientinnen in den Interviews stellt vielmehr die Prozesshaftigkeit, Situiertheit und Selbstbezüglichkeit des Erzählens in den Vordergrund: Das Sprechen über sich selbst und die Erfahrungen mit dem eigenen Gesicht und seinen Veränderungen wird in seiner jeweiligen Bedeutung und Funktion für Prozesse der Selbstvergewisserung, des Selbstwerterhalts und der Bewältigung in der konkreten Interaktionssituation betrachtet. Wir stellen uns als Menschen mit bestimmten Eigenschaften für uns selbst und für andere *dar* und stellen damit Identität gleichzeitig *her*, indem wir uns „in actu“ vor der Hörerin präsentieren (Bamberg, 1999b; Benwell & Stokoe, 2006; Holstein & Gubrium, 2000; Kraus, 1996; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b; Ochs & Capps, 2001).

4.1.3 *Zur Schwierigkeit, über den Körper zu sprechen*

In der Literatur zur Forschung über den Körper wird häufig darauf hingewiesen, dass Menschen sich allgemein schwer tun, angemessene Worte zu finden, wenn sie „zum Umgang mit ihrem Körper, zum Erleben ihres Körpers und zu Haltungen dem Körper gegenüber befragt werden“ (Gugutzer, 2004, S. 12 vgl. auch Abraham, 2002; Thüne, 2013; Uexküll, 2010). Der Gesprächsgegenstand „Gesicht“ bietet damit einige kommunikative und methodische Herausforderungen, die bei der Wahl und konkreten Ausgestaltung der Erhebungsmethode und bei der Auswertung der Daten berücksichtigt werden müssen.

Als zentrales Problem, das bei der Forschung über den Körper auftritt, wird immer wieder dessen „Sprachlosigkeit“ genannt (vgl. Abraham, 2002, S. 15ff.; Gugutzer, 2004, S. 10ff.; Thüne, 2013, S. 145). Diese besteht laut Gugutzer (2004) in dreifacher Hinsicht (S. 10ff.): In der Notwendigkeit, körperliche Phänomene in Sprache zu übersetzen; in unserer mangelnden Distanz zum eigenen Körper, und in dem beschränkten und wenig differenzierten Wortschatz, der uns zur Beschreibung von Körperlichkeit zur Verfügung steht.

Der erste Punkt bezieht sich auf das methodische Dilemma, dass die Daten, die zur wissenschaftlichen Interpretation herangezogen werden, immer Texte sind, also „verbalisierte Körper“ (Gugutzer, 2004, S. 13). „Der Körper kann [...] nur zum Gegenstand unserer Betrachtung und ‚kommunikabel‘ werden, wenn wir ihn in seinen Erscheinungen in Sprache übersetzen“ (Abraham, 2002, S. 17).

Diese Übersetzungen weisen ganz eigene Begrenzungen auf, denn der versprachlichte Körper ist eben nicht der Körper selbst (Küchenhoff, 2012, S. 17, siehe auch Assmann, 2006, S. 90; Uexküll, 2010).

„In der frühen Entwicklung werden körperliche Erfahrungen gemacht, lange bevor sich die Fähigkeit zu sprachlichem Ausdruck bildet. Mit der Einführung in die Sprache werden diese vorsprachlichen Körpererfahrungen überformt. Die Diskrepanz zwischen Artikulierbarem und nicht sprachlich fassbarem Körperempfinden bleibt ein Leben lang erhalten. Nie gelingt es, Körpererleben ganz in Sprache zu überführen.“ (Küchenhoff & Agarwalla, 2012, S. 7)

Diese Diskrepanz zwischen „Text und Wirklichkeit“ (Flick, 2002, S. 53) stellt ein methodisches Problem dar, das nie ganz gelöst werden kann (Gugutzer, 2004, S. 14). Einhergehend mit dem konstruktivistischen Grundgedanken qualitativer Forschung wird auch in dieser Arbeit kein Anspruch auf die Erhebung von „Wirklichkeit“ gestellt. Die Forschungsmethode soll explizit das *Sprechen über* den Körper (und nicht den Körper selbst) und die daraus resultierenden identitätskonstitutiven Prozesse als *mimetische Darstellungen*²³ des Verständnisses der Welt untersuchen (dazu Flick, 2002, S. 58–66), wodurch die Tatsache, dass es sich bei versprachlichten Körpern immer schon um „interpretierte“ Körper (Gugutzer, 2004, S. 14) handelt, in das erkenntnistheoretische Herangehen einbezogen ist.

Der zweite Punkt betrifft die Tatsache, dass uns im Alltagsleben in der Regel die reflexive Distanz zu unserem Körper fehlt, die wir bräuchten, um über ihn sprechen zu können (Abraham, 2002). Im Allgemeinen bewegt sich die Erfahrung des eigenen Körpers

„überwiegend auf jener Ebene des Halbbewussten, die den Phänomenen des Selbstverständlichen, Alltäglichen, immer Vorhandenen – jedenfalls solange sie fraglos funktionieren – eigen ist. In diesem Sinn ist der Körper ein Alltagsphänomen.“ (Helfferich, 2005b, S. 9)

Für die meisten Menschen sind Situationen, in denen sie explizit über ihr Gesicht sprechen – wie überhaupt das Sprechen über den eigenen Körper – eher selten. Dementsprechend nehmen wir ihn „nur dann bewusst wahr, wenn er uns spürbar als *Widerstand* entgegen tritt“ – wie bei Krankheits- oder Schmerzerfahrungen – „oder wenn wir ihn *absichtsvoll* thematisieren“ – wie in körperlichen Ästhetisierungs- und Stilisierungspraktiken (Gugutzer, 2004, S. 12). In der vorliegenden Arbeit wird davon ausgegangen, dass die Voraussicht auf eine gesichtschirurgische Operation eine solche Bewusstmachung des Gesichts ist – unabhängig davon, ob sie aus ästhetischen Vorstellungen heraus angestrebt wird oder medizinisch notwendig ist. Sie macht eine gewisse Distanzierung zum eigenen Körper erforderlich, schon allein um einen Eingriff plan- und besprechbar zu machen. Deshalb wurde auch diese spezifische Situation für das Forschungsprojekt ausgewählt.

Zum dritten Punkt hebt Gugutzer hervor, dass es in der westlichen Kultur aufgrund des rationalistischen Menschen- und Weltbildes an Möglichkeiten fehle, differenziert über Körperlichkeit zu sprechen. Aus dem „Prozess der Zivilisation“ (Elias, 1977) sei eine zunehmende soziale Tabuisierung des Körpers resultiert, die sich insbesondere auch in einer *sprachlichen* Tabuisierung äußere (Gugutzer, 2004, S. 11).

²³ „Mimesis hat die Transformation von (ursprünglich – etwa bei Aristoteles: natürlichen) Welten in symbolische Welten zum Gegenstand.“ (Flick, 2002, S. 58)

Für die vorliegende Arbeit wurde eine Möglichkeit gesucht, einen sprachlichen Zugang zu dem Thema „Ich und mein Gesicht“ zu finden. Es zeigte sich jedoch sowohl bei der Datenerhebung als auch bei der Auswertung der Daten, dass das Sprechen über das Gesicht vor einem Gegenüber, das in dieses Gesicht schaut, von besonderer Schwierigkeit ist. Es kann vermutet werden, dass die Interviewsituation von Scham und Peinlichkeit begleitet wird (vgl. Abschnitt 3.2.3): Ein selbstempfunder Makel muss dem prüfenden Blick der Interviewerin preisgegeben werden, während er gleichzeitig zu allem Überfluss Gesprächsthema ist. Eine Möglichkeit des Umgangs mit dieser Problematik sehen wir darin, sie sowohl theoretisch als auch bei der Auswahl und Anpassung der spezifischen Methode und der Auswertung der Daten einzubeziehen und zu reflektieren. Damit wird auch der Zusammenfassung von Gülich (2005) gefolgt: Auch das (scheinbar) „Unsagbare hinterlässt Spuren im Äußerungsprozess, das Unsagbare wird doch beschrieben“ (S. 223).

4.2 Eigene Forschungsfragestellungen

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit war zunächst ganz allgemein die *Frage nach Zusammenhängen zwischen dem Gesicht mit seinen Veränderungen und der Identität seines jeweiligen „Trägers“, wie diese in Interviews durch sprachliche Prozesse dargestellt und hergestellt wird*. Dies wird anhand von Interviews mit Patientinnen und Patienten aus der Gesichtschirurgie exploriert, da davon ausgegangen wird, dass das Gesicht mit seinen Veränderungen in der speziellen Situation dieser Menschen besonders in den Fokus geraten ist. Eine erste Annäherung an den Forschungsgegenstand wurde anhand der folgenden, relativ ereignis- und erlebensnahen Fragen vorgenommen:

Präoperativ:

- o Welche Ereignisse und Abläufe haben in den Augen der Interviewten dazu geführt, dass nun eine gesichtschirurgische Operation bevorsteht?
- o Wie wird in den Interviews das Verhältnis zum eigenen Gesicht dargestellt?
- o Welche Veränderungen (körperlich und darüber hinaus) wollen die Interviewten durch den chirurgischen Eingriff erreichen?

Postoperativ:

- o Was und an welchen Stellen/in welchen Bereichen hat sich laut den Schilderungen der Interviewten durch den Eingriff etwas verändert und inwiefern zeigt sich dies?
- o Wie zufrieden sind die Interviewten nach eigenen Angaben mit dem Eingriff? Welche Gründe führen sie dafür an?

Vergleichend:

- o Wie werden das Gesicht und seine Veränderungen in den Interviews thematisiert?
- o Welche Veränderungen der Thematisierungen ergeben sich im Vergleich vor und nach dem chirurgischen Eingriff?

Gleichzeitig stellt die Arbeit mit ihrem Forschungsinteresse auch die Frage nach der Sagbarkeit – also nach den Möglichkeiten und Grenzen unseres sprachlichen Ausdrucksvermögens in Bezug auf unser Gesicht. Bei der Beschäftigung mit der

Thematik des sich verändernden und veränderbaren Gesichts traten zunehmend auch Fragen nach sozialen, intrapsychischen und moralischen Rechtfertigungsstrategien, Konstruktionen von Handlungsmächtigkeit und Ohnmacht im Entscheidungsprozess und den medizinischen Abläufen, sowie nach Verhandlungen von Themen wie Stigmatisierung und Normalität in den Vordergrund.

Anhand der theoretischen Vorarbeit und im Wechselspiel mit der Datenauswertung kristallisierten sich folgende spezifischere Forschungsfragen heraus:

- o Wie stellen Menschen mit gesichtschirurgischen Eingriffen mit dem Sprechen über ihr Gesicht und seine (erfolgten, erwünschten, imaginierten oder drohenden) Veränderungen narrative Identität her?
 - o Wie sehen die sprachlichen Prozesse der Identitätsarbeit aus, die aus einer Bedrohung der Identität resultieren und in einen Operationswunsch münden?
 - o Inwiefern ist der Wunsch nach einer medizinischen Veränderung oder Wiederherstellung des Gesichts auch als Wunsch nach kommunikativer „Heilung“ einer gefährdeten Identität verstehbar?
 - o Inwiefern ist der Wunsch nach einer gesichtschirurgischen Operation auch als ein Wunsch nach dem Erlangen von Normalität und/oder bestimmten (moralischen) Werten für die eigene Identität zu verstehen? Welche sprachlichen Prozesse finden hier Anwendung?
- o Wie wirken sich plastische Operationen in Abhängigkeit von den unterschiedlichen Beweggründen zwischen den Interviewten auch verschieden auf deren sprachlich-kommunikative Identitätskonstruktionen aus?
 - o Unterscheiden sich die Interviews im Hinblick auf die sprachlichen Identitätskonstruktionen, beispielsweise durch einen unterschiedlichen Gebrauch von Agency und Positionierungen (s.u.)?
- o Wie wird eine stattgefundenen Gesichtsoperation mit ihren persönlichen und sozialen Konsequenzen hinterher sprachlich in den Identitätskonstruktionen verarbeitet?
 - o Unterscheiden sich die Interviews vor und nach der Operation im Hinblick auf die sprachlichen Identitätskonstruktionen, beispielsweise durch eine unterschiedliche Verwendung von Agency und Positionierungen (s.u.)?
 - o Wie wird der Übergang vom Zustand vor der Operation zum Zustand nach der Operation relevant gemacht? Müssen Anpassungsleistungen stattfinden und wenn ja, welche?

Die Forschungsfragen sind zu Beginn der Studie bewusst offen gehalten, um als Resultat der Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial verändert und spezifiziert zu werden (vgl. Flick, 1995, S. 63ff.). Sie sollen der Methodologie entsprechend ausschließlich einen ersten Zugang zu den Interviews geben und können bei der Datenanalyse einen Anhaltspunkt geben, der jedoch nicht den Blick für Neues und Offenes verstellen darf. Entsprechend misst diese Arbeit sich nicht daran, ob alle eingangs gestellten Fragen beantwortet werden konnten. Ihr Ziel ist es vielmehr, einen Zugang zu dem

untersuchten Feld zu eröffnen, der unerwartete Entdeckungen möglich macht und ein Interesse für den Gegenstand weckt.

4.3 Forschungsvorgehen

An dieser Stelle wird zunächst überblicksartig das Forschungsvorgehen dieser Arbeit vorgestellt. Die ausführliche Darstellung und Begründung der einzelnen Schritte folgen unter Kapitel 5 und 6. Durchführungsort der Studie war das Department für Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie des Universitätsspitals Basel. Die Studie war als Verlaufsstudie angelegt und verfuhr methodisch mit einer prä- und postoperativen Datenerhebung. Dadurch sollte es möglich werden, den Einfluss der durchgeführten Operation auf die sprachlichen Identitätskonstruktionen der Interviewten zu rekonstruieren. Die Erhebung erfolgte mittels erzählgenerierender Leitfadeninterviews mit Menschen, die sich – aus funktionalen Gründen bzw. zur plastischen Wiederherstellung oder aus einem kosmetischen Anliegen heraus (siehe Abschnitt 3.1.2) – in der gesichtschirurgischen Sprechstunde des Departments für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie des Universitätsspitals Basel vorstellten.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie wurden in der plastisch-chirurgischen Sprechstunde gewonnen. Es wurden zunächst alle Patientinnen und Patienten avisiert, die sich zwischen August 2009 und Mai 2010 in der Sprechstunde vorstellten und bis Juni 2010 operiert werden sollten. Der Erhebungszeitraum wurde zur Vervollständigung des samples für gezielte Interviews bis Januar 2012 ausgeweitet.

Eine erste Aufklärung über die Studie fand durch die behandelnden Ärzte und anhand des schriftlichen Informationsmaterials (Anhang A) statt. Bei grundsätzlicher Bereitschaft zur Teilnahme erfolgte anschließend eine vertiefte Aufklärung durch die Interviewerin sowie eine Terminvereinbarung.

Die Durchführung der Interviews fand in neutralen Räumen außerhalb des Klinikkontextes oder in einem Fall bei einer Interviewten zuhause statt. Dadurch sollte es den Interviewten möglich werden, gemeinsam mit der Interviewerin eine möglichst selbstreflexive und entspannte Haltung einzunehmen. Zudem sollte deutlich sein, dass in den Interviews keine medizinische Anamnese stattfindet. Bei Bereitschaft fand ein zweites Interview ca. drei Monate nach dem Eingriff statt. Falls es im Erhebungszeitraum nicht zu einem Eingriff kam, wurde nach einigen Monaten dennoch ein zweites Interview geführt.

Die Interviews wurden mit einem digitalen Voicerecorder aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Auswertung erfolgte sprachbasiert im Zusammenspiel von theoriebildenden Methoden und methodischen Werkzeugen der Erzählanalyse sowie der Konversations- bzw. Gesprächsanalyse.

5. Datenerhebung

Im Folgenden wird ein Überblick über die methodischen Entscheidungen und das konkrete Vorgehen bei der Datenerhebung gegeben. Zunächst werden Besonderheiten bei der Gewinnung der Interviewteilnehmerinnen erläutert und es werden einige im

Prozess der Interviewerhebung auftretende Probleme angesprochen (5.1). Anschließend wird ein Überblick über die vorliegenden Interviews gegeben (5.2) und das konkrete Vorgehen bei der Erstellung des Leitfadens beschrieben (5.3).

5.1 Fallauswahl

Im Forschungsprozess stellte sich für die Datenerhebung zunächst die Frage nach der Fallauswahl (Flick, 2002, S. 97). Um einen ersten Überblick über die Art und Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten zu bekommen, die sich im Hinblick auf einen Eingriff im Bereich des Gesichts in der plastisch-chirurgischen Sprechstunde des Universitätsspitals Basel vorstellen, sowie um die organisatorischen Abläufe im Spital kennen zu lernen, die ich für die Gewinnung der Interviewtenehmerinnen und -tenehmer nutzen wollte, begleitete ich über einige Wochen beobachtend die ärztlichen Konsultationen. Dabei zeigten sich organisatorische und inhaltliche Gegebenheiten, die bei der Datenerhebung Beachtung finden mussten. So wurde deutlich, dass im Vorhinein häufig nicht zu erkennen war, wer mit einem gesichts chirurgischen Anliegen in die Sprechstunde kommt. Die Auswahl musste demnach ad hoc entsprechend der Indikation stattfinden, die sich während der Konsultation herausstellte. Die Abläufe während der Sprechstunde, bei der mehrere Ärzte gleichzeitig behandeln, waren dabei entsprechend dem Klinikalltag nicht immer so klar strukturiert, dass ein vollständiger Überblick über die Patientinnen und Patienten mit ihren unterschiedlichen Anliegen möglich gewesen wäre. Zudem zeigte sich, dass die geplanten Eingriffe sowohl in Art als auch in Ausmaß der Veränderung eine große Spannbreite aufweisen. Bei der weitaus größten Gruppe war ein eher „kleiner“ – das heißt wenig sichtbarer – rekonstruktiver Eingriff (beispielsweise nach Entfernung eines Basalioms) geplant. Häufig war im Vorfeld nicht absehbar, ob die Patientinnen und Patienten einen Eingriff tatsächlich in Anspruch nehmen würden. Die Gewinnung der Interviewten musste sich entsprechend an diesen Gegebenheiten orientieren, was letztendlich maßgeblich die Zusammensetzung der Stichprobe bestimmte. Der Ablauf der Erhebung sowie dabei aufkommende Probleme werden deshalb im Folgenden genauer beschrieben.

5.1.1 Gewinnung der Interviewten

Die Suche nach Interviewpartnern fand in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden der Plastischen, Rekonstruktiven, Ästhetischen und Handchirurgie zwischen August 2009 und Januar 2012 statt. Ich war während der Sprechstunde in den Räumlichkeiten der Chirurgie anwesend, um an die Studie zu erinnern und nach Möglichkeiten die Infragekommenden direkt ansprechen zu können. Diese wurden zunächst während der Sprechstunde von den behandelnden Ärzten auf die Studie aufmerksam gemacht und um eine Teilnahme gebeten, und dann an mich weitergeleitet. Ich klärte dann genauer über die Studie auf und vereinbarte, wenn möglich, direkt einen Interviewtermin. Dieser konnte häufig direkt im Anschluss an die Konsultation stattfinden, so dass kein weiterer Aufwand für die Teilnehmenden entstand.

Es wurde zunächst angestrebt, über einen Zeitraum von zwei Monaten eine möglichst vollständige Erhebung aller gesichts chirurgischer Patientinnen und Patienten zu erreichen, die sich in der Sprechstunde vorstellten. Anschließend sollte die Stichprobe

schrittweise theoriegeleitet nach dem Maßstab höchst möglicher Heterogenität ergänzt werden (vgl. Flick, 2002, S. 102ff.; Glaser & Strauss, 1998, S. 53ff.). Dabei sollten zunächst anhand der medizinischen Indikation zwei unterschiedliche Gruppen erhoben werden. Die erste Gruppe sollte Personen umfassen, die aufgrund eines rein kosmetischen Veränderungswunsches die gesichtschirurgische Sprechstunde aufsuchten. Dies würde bedeuten, dass ein angeborenes Merkmal oder eine „natürliche“ – das heißt beispielsweise dem Alterungsprozess oder dem allgemeinen Wachstum geschuldete – Veränderung des Gesichts den eigenen Vorstellungen entsprechend korrigiert werden soll. Im Regelfall stellen solche Operationen einen medizinisch nicht notwendigen Eingriff dar und werden selbst bezahlt. Die zweite Gruppe sollte Patientinnen und Patienten umfassen, deren Gesicht eine irreguläre Veränderung erfahren hatte, beispielsweise durch einen Tumor oder ein Unfalltrauma. Dabei handelt es sich um meist plötzliche, unerwartete Veränderungen, die rückgängig gemacht werden sollen, wobei ein möglichst unversehrter Zustand wiedererlangt werden soll. Das ästhetische Anliegen steht dabei in der Regel neben einem funktionalen oder medizinisch notwendigen wiederherstellenden Eingriff und ergänzt diesen. In aller Regel übernimmt hier die Krankenversicherung die Kosten für einen Eingriff.

Über diese Unterscheidung hinaus sollte eine ergänzende Auswahl nach Art und Schwere der wahrnehmbaren ästhetischen Abweichung, nach Art der angestrebten Operation, Alter und Geschlecht stattfinden. Von der Datenerhebung ausgeschlossen wurden Patienten, die an lebensgefährlichen Tumoren oder akuten Unfallschäden leiden, da in beiden Fällen davon ausgegangen werden kann, dass das ästhetische Anliegen nicht primär in den Vordergrund tritt und durch das Interview auf eine Weise relevant gemacht würde, die der subjektiven Relevanz der Interviewten nicht entspräche. Ausschlusskriterien waren zudem ein Alter unter 20 oder über 75 Jahren und mangelnde Sprachsicherheit.

5.1.2 Besonderheiten bei der Datenerhebung

Bei der Durchführung der Studie wurde schnell deutlich, dass sowohl deren Setting als auch deren Thematik einige Probleme aufwerfen würden. Zunächst sind die schon oben kurz angesprochenen organisatorische Probleme struktureller Art zu nennen: Die straffen Abläufe in der Sprechstunde sowie die wechselnde ärztliche Besetzung führten dazu, dass nicht alle potentiell passenden Personen erreicht werden konnten, also eine Vollerhebung über einen abgegrenzten Zeitraum nicht möglich war. Da die Fragestellung der Studie sowie die Art ihrer Durchführung relativ weit abseits von der alltäglichen Arbeit in der Chirurgie lagen, gab es immer wieder Schwierigkeiten bei der Vermittlung der relevanten studienbezogenen Informationen. Die wie üblich teilweise langen Wartezeiten in der Sprechstunde führten zudem dazu, dass potentielle Teilnehmerinnen der Studie nach der Konsultation nicht mehr zu einem weiteren Gespräch bereit waren. Zudem zeigte sich, dass es eine differentielle Bereitschaft bestimmter Gruppen von Menschen zur Teilnahme sowie bestimmte Schwerpunkte der Behandlung innerhalb der Klinik gab, wodurch durch Auswahl der Interviewten von vornherein eingeschränkt war. Auf erhebliche Probleme bei der Rekrutierung von „Schönheitschirurgiepatientinnen“ weist auch Wagner (2014) hin. Sie resümiert:

„Aufgrund der schwierigen Kontaktaufnahme zu den Interviewpartnerinnen kann nicht bestätigt werden, dass es sich bei der Schönheitschirurgie bereits um ein etabliertes Alltagsthema handelt, wie es die massenmediale Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Schönheitschirurgie suggeriert. Selbst nach dem Eingriff bleibt die Schönheitsoperation auch für die Patientinnen noch ein sensibles Thema.“ (S. 97).

Es können einige Probleme vermutet werden, für die es jedoch keine endgültige Evidenz gibt: Die schweizerisch-deutsche Sprachbarriere schien insbesondere zu Anfang eine Barriere zur endgültigen Teilnahme zu sein. Dies besserte sich mit meiner zunehmenden Vertrautheit mit dem Sprachrhythmus und der Sprachgeschwindigkeit des Schweizerdeutschen. Auch die angesetzte Dauer des Erstinterviews auf eine Stunde sowie die Tatsache, dass das Interview von einer weiblichen Psychologin durchgeführt wurde, könnte einige Kandidaten von einer Teilnahme abgehalten haben (so erklärten sich deutlich weniger Männer als Frauen zu einem Interview bereit). Ein gewichtiger Grund schien dabei die Thematik der Interviews selbst zu sein.

Darüber hinaus zeigte sich im Verlauf der Erhebung, dass die theoretisch leicht unterscheidbaren Gruppen „kosmetischer Veränderungswunsch“ und „rekonstruktiver Eingriff“ in der Praxis nicht so klar voneinander trennbar sind wie erwartet (siehe Abschnitt 3.1.2). So werden beispielsweise funktionale Operationen (wie eine Begradigung der Nasenscheidenwand bei Atemschwierigkeiten) häufig mit kosmetischen Korrekturen verbunden (in diesem Fall beispielsweise die Begradigung des Nasenrückens). Gleichzeitig können kosmetische Eingriffe bei Misslingen Folgeoperationen mit sich bringen, die dann eher als wiederherstellende Operationen gesehen werden müssen – obwohl ursprünglich ein kosmetisches Anliegen im Vordergrund stand. Zudem bleibt die Frage offen, in welche Gruppe die (späte) Korrektur von angeborenen körperlichen Abweichungen einzuordnen ist. Patientinnen und Patienten mit unfallbedingten Veränderungen kamen zudem kaum in die Sprechstunde, da sie eher über die Notfallstation aufgenommen werden.

Einhergehend mit diesen Beobachtungen im Studienverlauf wurde nach der Durchführung der ersten Interviews angestrebt, dennoch ein möglichst weites Spektrum an Personen mit unterschiedlichen Anliegen zu interviewen, wie dies beim *maximum variation sampling* als Methode des „*purposeful sampling*“ (Coyne, 1997; Patton, 1990; Sandelowski, 1995) vorgesehen ist: Die Interviewten sollten eine möglichst heterogene Stichprobe bilden und sich bezüglich ausgewählter Merkmale wie Geschlecht, Alter, Beruf, aber auch angestrebtem chirurgischem Eingriff unterscheiden. Gleichzeitig musste die Stichprobengröße aus Zeitgründen eingeschränkt werden. Die Erhebung der Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer konnte demnach weniger theoriegeleitet stattfinden als gewünscht, sondern musste vielmehr die klinische Wirklichkeit sowie die praktischen Gegebenheiten nutzen. So fehlen in der Stichprobe schließlich männliche Teilnehmer (es erklärten sich deutlich weniger angesprochene Männer zur Teilnahme bereit), bestimmte Eingriffe sind überrepräsentiert (aufgrund der Behandlungsschwerpunkte im Spital), andere kommen nicht vor.

5.2 Die Interviewten

Dieser Arbeit liegt trotz der oben genannten einschränkenden Faktoren ein relativ heterogenes Sample zugrunde: Die Interviewten unterschieden sich sowohl hinsichtlich ihres Anliegens, als auch hinsichtlich der von chirurgischer Seite gestellten Indikation. Bei manchen war der Eingriff vorrangig wiederherstellend und/oder funktional bedingt, bei anderen eher kosmetisch motiviert. Bei einigen war ein Eingriff ärztlich verordnet, andere entschlossen sich aus eigenem Antrieb für eine Konsultation. Manche der Interviewten hatten schon vorhergehende gesichtschirurgische Eingriffe, bei einigen standen diese in direktem Zusammenhang mit der aktuellen Indikation (z.B. die Nachkorrektur eines vorangegangenen kosmetischen Eingriffs). Bei anderen handelte es sich bei dem Eingriff um ein isoliertes Ereignis. Die in der Sprechstunde geplanten OPs bezogen sich auf verschiedene Bereiche des Gesichts und hatten unterschiedliches Ausmaß – sowohl bezüglich der physiognomischen Veränderung, als auch hinsichtlich des technischen Ausmaßes des chirurgischen Eingriffs. Die chirurgischen Maßnahmen, die nach dem ersten Interview stattfanden, waren entsprechend vielfältig. Zudem fand bei einigen Interviewten bis zum Abschluss der Datenerhebung kein Eingriff statt, wobei die Gründe dafür variierten. Wichtig ist außerdem, dass einige der Interviewten im hochdeutschen Sprachraum heimisch sind, viele jedoch auch im schweizerdeutschen. Die entscheidende Gemeinsamkeit, die alle Interviewten verbindet, ist die Tatsache, dass sie die gesichtschirurgische Sprechstunde des Unispitals Basel aufsuchten und bereit waren, sich interviewen zu lassen. Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über den gesamten vorliegenden Interviewkorpus gegeben. Anschließend werden der Ausschluss bzw. das Fehlen bestimmter Interviews in der Auswertung begründet. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der in die Auswertung eingegangenen Interviews werden im Ergebnisteil gesondert vorgestellt.

5.2.1 *Der Interviewkorpus*

Insgesamt wurden zwanzig Menschen interviewt, die aus unterschiedlichen Gründen die gesichtschirurgische Sprechstunde am Universitätsspital Basel konsultierten. In die Auswertung gingen die Interviews von fünfzehn Teilnehmerinnen und Teilnehmern ein, zwölf von ihnen konnten ein zweites Mal (postoperativ) interviewt werden.

Die Namen sind frei erfunden. Je nachdem, ob im Interview per „Du“ und Vornamen gesprochen wurde oder per „Sie“ und Nachnamen, wurden entsprechend Vor- oder Nachnamen zur Anonymisierung verwendet.

Tabelle 1:
Übersicht über den Interviewkorpus

	Frauen				Männer				Ges.
	Nr.	Diagnose	prä	post	Nr.	Diagnose	prä	post	
Vorrangig kosmetisch	01	Rhinoplastik	*	-	16	Herr Kunert: Face-Neck-Lift	x	-	
	05	Frau Favelli: Face-Neck-Lift	x	x					
	06	Lena: Rhinoplastik nach KGS	x	x	20	Herr Keller: Rhinophym	x	x	
	08	Frau Kaymaz: Rhinoplastik	x	-					
	09	Frau Widmer: Korrektur eines Ohraufbaus	x	x					
	15	Frau Schneider: Muttermal-Entfernung	x	-					
	19	Frau Tran: Rhinoplastik/Blepharoplastik	x	x					
	ges.		6	4			2	1	7/3
Vorrangig rekon- struktiv	02	Frau Bauer: Basaliom	x	x	03	Herr Weber: Krebs	x	x	
	07	Basaliom	*	-					
	10	Basaliom	*	*		Unterlippe			
	11	Frau Meyer: Basaliom	x	x	12	Herr Huber: Basaliom	x	x	
	18	Blepharoplastik	*	-					
					04	Facialisparese	*		
	ges.		2	2			2	2	9/6
kosmetisch und funktional	13	Yvonne: Rhinoplastik/Respiration	x	x					
	17	Sandra: Rhinoplastik/Respiration	x	x					
	14	Frau Müller: Rhinoplastik nach KGS/ Respiration	x	-					
	ges.		3	2					4/3
gesamt			15	9			5	3	20/12

Anm.: ~~durchgestrichen~~ sind die ausgeschlossenen Interviewten. Eine kurze Beschreibung der einzelnen Interviewten findet sich im Anhang B.

5.2.2 Von der Auswertung ausgeschlossene Interviews

Fünf der zwanzig Interviewten wurden nicht in die Auswertung mit einbezogen. Hierfür gab es methodische, praktische und klinische Gründe, die im Folgenden kurz ausgeführt sind.

Bei dem präoperativen Interview mit Interviewpartnerin 01 handelt es sich um ein Probeinterview. Mit diesem Interview sollten insbesondere der Leitfaden und die Interviewstrategie überprüft werden. Es zeigte sich, dass die Thematik einer angepassten Fragetechnik verlangte, da die ursprüngliche Version aus unterschiedlichen Gründen (wie in Abschnitt 5.3.1 ausgeführt) wenig erzählgenerierend wirkte. Das

Interview wurde aus der Auswertung ausgeschlossen, da die Interviewstrategie dieser ersten Erfahrung entsprechend in den folgenden Interviews stark verändert wurde. Ein postoperatives Interview konnte nicht geführt werden.

Das präoperative Interview mit Interviewpartner 04 wurde nach kurzer Zeit einverständlich abgebrochen, da der Patient aufgrund seiner Facialisparese nur unter größten motorischen Schwierigkeiten in der Lage war, zu sprechen. Ein postoperatives Interview wurde in Absprache mit dem Interviewten nicht geführt.

Das präoperative Interview mit Interviewpartnerin 07 wurde ausgeschlossen, da die Interviewte keine Muttersprachlerin ist und im Interview massive sprachbedingte Verständnis- und Ausdrucksschwierigkeiten hatte. Aus naheliegenden Gründen wurde ein postoperatives Interview nicht geführt.

Die Interviews mit Interviewpartnerin 10 (prä und post) wurden ausgeschlossen, da sowohl prä- als auch postoperativ deutlich wurde, dass die Interviewte unter massiven psychosomatischen Beschwerden leidet. Der Patientin wurde eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen und das Interview aus inhaltlichen Gründen aus der Auswertung ausgeschlossen.

Beim präoperativen Interview mit Interviewpartnerin 18 war deren Ehemann anwesend und beantwortete die meisten Fragen anstelle der Patientin. Aus methodischen Gründen wurde das Interview ausgeschlossen. Ein postoperatives Interview wurde nicht geführt.

5.2.3 Fehlende postoperative Interviews

Bei Interviewpartnerin 14 (Frau Müller) fand bis zum Ende der Datenerhebung keine Operation statt, da die Kostenträger nicht bereit waren, eine erneute Korrektur der vorangegangenen Eingriffe zu zahlen. Sie war über diese Entwicklung so enttäuscht, dass sie nicht an einem postoperativen Interview teilnehmen wollte. Auch bei Interviewpartnerin 08 (Frau Kaymaz) fand bis zum Ende der Datenerhebung keine Operation statt. Für ein weiteres Interview, das dennoch geplant war, war sie nicht mehr erreichbar. Interviewpartnerin 15 (Frau Schneider) war nach dem stattgefundenen Eingriff nicht mehr erreichbar. Interviewpartner 16 (Herr Kunert) lehnte ein weiteres Interview ab.

5.3 Erhebungsmethode

In der vorliegenden Arbeit sind die sprachlichen Identitätskonstruktionen und das subjektive Veränderungserleben von Menschen mit plastisch-chirurgischen Eingriffen im Gesicht von Interesse. Insbesondere im Hinblick auf die Überlegungen zu den methodischen Schwierigkeiten, die sich durch den Forschungsgegenstand ergeben, forderte die Wahl der Erhebungsmethode einige Überlegung und musste im Prozess der Datenerhebung – wie dies den Gütekriterien qualitativer Forschung entspricht (vgl. Flick, 2002, S. 16ff., 2010, S. 395ff.) – immer wieder angepasst werden.

5.3.1 Das Leitfadeninterview

Bei der Wahl der Interviewform ist zu beachten, dass sie ihrem Gegenstand angemessen ist, also die angemessenen Daten für den spezifischen Forschungsgegenstand liefert,

denn „die Auswahl einer spezifischen Interviewtechnik strukturiert selbstverständlich die möglichen Ergebnisse vor.“ (Friebertshäuser, 1997, S. 375) Da in der geplanten Arbeit das Verhältnis der Befragten zu ihrem Gesicht von Interesse ist, sollte das Interview dieses Thema relevant machen und zugleich eingrenzen. Entsprechend der eben geschilderten Schwierigkeit, überhaupt über das Gesicht zu sprechen, kam dem Interview zudem die Aufgabe zu, sowohl das abstrakte Thema „Mein Verhältnis zu meinem Gesicht“ erzählbar zu machen als auch einen Rahmen zu schaffen, in dem die Gefahr eines „Gesichtsverlusts“ (vgl. Abschnitt 1.1.4) für die Interviewten möglichst gering ist.

„Es muss [...] überlegt und systematisch ausgearbeitet werden, wie die zu befragenden Personen(gruppen) dazu gebracht werden können, gern, ausführlich und möglichst differenziert über das je interessierende Körperthema zu sprechen.“ (Gugutzer, 2004, S. 12f.)

Um also etwas darüber zu erfahren, „wie es sich mit einem bestimmten Gesicht und seinen Veränderungen lebt“, wurde angestrebt, möglichst freie, durch die Befragten selbst gesteuerte sprachliche Darstellungen zu generieren. Dabei stand der Anspruch im Vordergrund, nicht nur vorgegebene Kategorien abzufragen, sondern den Interviewten die Möglichkeit zu bieten, eigene Relevanzsetzungen vorzunehmen und ihre Antworten selbst zu strukturieren. Gleichzeitig wurde im Verlauf der Datenerhebung immer deutlicher, dass die oben beschriebenen Schwierigkeiten, überhaupt über das Gesicht zu sprechen, eine aktive, explorative und mitgestaltende Haltung der Interviewerin notwendig machten. Der ursprüngliche Plan, ein möglichst offenes Vorgehen (nach Art eines „narrativen Interviews“, Küsters., 2009; Schütze, 1983) zu wählen, wurde dahingehend verändert, das Vorgehen stärker im Sinne des problemzentrierten Interviews (PZI) nach Witzel (2000) zu gestalten (zur Anpassung des Interviewstils an die spezielle Interviewsituation siehe Mey & Mruck, 2010, S. 432). Es handelt sich dabei um ein stärker theoriegeleitetes Verfahren, das versucht, „den vermeintlichen Gegensatz zwischen Theoriegeleitetheit und Offenheit dadurch aufzuheben [...], dass der Anwender seinen Erkenntnisgewinn als induktiv-deduktives Wechselspiel organisiert.“ (Witzel, 2000)

Das Interview wird als kommunikative Situation aufgefasst, in der den Fragen der Interviewerin explizit eine strukturierende und mitgestaltende Funktion zukommt (Mey & Mruck, 2010). Das PZI nutzt „erzählungsgenerierende Kommunikationsstrategien“ und „verständnisgenerierende Strategien“ (Witzel, 2000, Abs. 10). Erstere bestehen unter anderem aus einer vorformulierten, offenen Eingangsfrage, die das Thema absteckt und zur Erzählung auffordert. Im weiteren Verlauf dienen „allgemeine Sondierungen“ dazu, „mit entsprechenden Nachfragen den roten Faden weiterzuspinnen und zu detaillieren“ (ebd. Abs. 14). „Ad-hoc-Fragen“ sollen zunächst ausgeklammerte Themenbereiche einbeziehen, sie ergeben sich aus der Fragensammlung des Leitfadens (ebd. Abs. 15). Als „verständnisgenerierende Kommunikationsstrategien“ nennt Witzel „spezifische Sondierungen“ (ebd. Abs. 16), die als Zurückspiegelungen, Verständnisfragen und Konfrontationen den Gesprächsverlauf in Gang halten, Selbstreflexionen anregen und Detaillierungen fördern sollen. Dabei soll beachtet

werden, dass den Interviewten die Gestaltungshoheit über das Interview überlassen bleibt und keine Rechtfertigungen provoziert werden (ebd.).

5.3.2 Die (Weiter-)Entwicklung des Leitfadens

Bei der Leitfadenerstellung wurde versucht, die durch das Thema bedingten Besonderheiten der Interviewsituation zu beachten. Es wurde das bei Helfferich (2005a) beschriebene Prinzip befolgt: „So offen und flexibel wie möglich, so strukturiert wie aufgrund des Forschungsinteresses notwendig“ (S. 161). Für Prä- und Postinterview wurden unterschiedliche Leitfäden erstellt. Dabei wurde für das Präinterview zunächst zwischen den beiden Gruppen „Menschen mit kosmetischem Operationswunsch“ und „Menschen mit rekonstruktivem Eingriff“ unterschieden, mit der Idee, dass jeweils unterschiedlich dringliche Themen im Vordergrund stehen (siehe Anhänge D1 und D2). Für das Postinterview, das etwa drei Monate nach dem Eingriff stattfinden sollte, wurde nur ein Leitfaden erstellt (siehe Anhang E). Im Verlauf der Interviews wurden die Leitfäden erfahrungsbasiert anhand der sich herauskristallisierenden Themenschwerpunkte, die durch die Interviewten gesetzt wurden, überarbeitet und angepasst. Es zeigte sich tatsächlich, dass die Leitfäden aufgrund der schwierigen Thematik sehr flexibel gehandhabt werden und die Relevanzsetzungen der Interviewten sensibel aufgegriffen werden mussten. Die Fragen wurden sonst schnell als zu intim oder intrusiv erlebt und die Interviewsituation drohte zu einer „Befragungssituation“ zu werden. So dienten die Leitfäden eher als Heuristiken oder „Checklisten“ für Themenbereiche, die in den Interviews angesprochen werden sollten.

Es zeigte sich zudem, wie unter Abschnitt 3.1.2 beschrieben, dass zwischen den beiden Gruppen nicht immer klar zu unterscheiden war. Nach und nach kristallisierte sich eine gemeinsame Anfangsfrage für die präoperativen Interviews heraus („erzählungsgenerierend“ nach Witzel, 2000):

„Vielleicht können Sie mal erzählen, wie es dazu gekommen ist, dass Sie sich hier im Spital vorgestellt haben. Sie können gerne alles erzählen, was damit zusammenhängt. Mich interessiert nicht nur, welche körperlichen Ursachen dazu geführt haben, sondern besonders Ihre ganze Lebenssituation, in der das alles stattgefunden hat.“ (siehe Anhang C)

Im Verlauf des Interviews wurden insbesondere „Aufrechterhaltungsfragen“ und „Steuerungsfragen“ (Helfferich, 2005a, S. 91ff.) gestellt (ebenso Anhang C). Da dennoch bei den Interviewten unterschiedliche Themen im Vordergrund standen, wurde ein Leitfaden mit Themenschwerpunkt „kosmetischer Eingriff“ (Anhang D1) und ein Leitfaden mit Themenschwerpunkt „rekonstruktiver Eingriff“ (Anhang D2) konstruiert, in denen viele Fragen sich gleichen, die Reihenfolge jedoch verändert wurde.

Die Interviews nach dem Eingriff begannen mit der Frage: „Vielleicht können Sie erst einmal erzählen, wie es Ihnen seit unserem letzten Interview in Bezug auf den Eingriff ergangen ist.“ (siehe Anhang E)

Wenn möglich, fanden die Interviews direkt in Anschluss an den Besuch der Sprechstunde in neutralen Räumen der gegenüberliegenden psychiatrischen Tagesklinik der UPK Basel statt. Der Raumwechsel sollte die Veränderung des Fokus weg von der rein medizinischen Sprechstunde hin zum Interesse an der „ganzen Person“ mit ihrer je

individuellen Geschichte verdeutlichen. Es wurde darauf geachtet, dadurch keinen „psychiatrischen“ Hintergrund des Interviews anzudeuten, sondern explizit auf die günstigere Raumsituation zu verweisen. Einige Interviews fanden aus Zeitgründen oder bei stationärer Unterbringung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Räumlichkeiten des Spitals statt. Auch das weitergehende Angebot, das Interview bei den Teilnehmerinnen zuhause durchzuführen, wurde in Anspruch genommen.

6. Auswertung der Interviewdaten

Die Auswertungsmethode soll die Besonderheiten der einzelnen Interviews erfassbar und verstehbar machen und gleichzeitig einen fallübergreifenden Vergleich der heterogenen Daten ermöglichen.

6.1 Auswertungsmethode

Die Fülle des Datenmaterials im Zusammenspiel mit der zugrundeliegenden Forschungsfrage machte für die Auswertung eine Vorgehensweise notwendig, die den Schwerpunkt weniger auf die Aufarbeitung einzelner Fallstrukturen als vielmehr auf einen fallübergreifenden Vergleich zwischen den Interviews legt. Aufgrund der Komplexität und Heterogenität der Daten wurde für die Analyse der Interviews nach deren Aufarbeitung (6.1.1) ein zweischrittiges Vorgehen gewählt. Zunächst wurde eine „deskriptive Analyse“ durchgeführt, die zeigte, welche übergreifenden Themen und Problemstellungen in den Interviews überhaupt behandelt werden (6.2.1). Sie diente auch dazu, die Daten vergleichbar zu machen. Im zweiten Schritt wurde eine „identitätsbezogene Analyse“ durchgeführt, bei der durch „semantisch-pragmatische Mikroanalysen“ Prozesse der repräsentativen *Selbstdarstellung* und der interaktiven und performativen *Selbsterstellung* rekonstruiert wurden (6.2.2).

6.1.1 Aufarbeitung der Interviews

Die Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet, damit die gesprochenen Worte mit ihrem prosodischen Gehalt verfügbar sind (Flick, 2002, S. 253; Lucius-Hoene, 2010, S. 586). Alle prä- und postoperativen Interviews wurden zunächst vollständig transkribiert und anonymisiert, was vor Ausschluss der ungeeigneten Interviews (siehe Abschnitt 5.2.2) zu zweiunddreißig Transkripten führte, von denen nach erster Sichtung sechsundzwanzig ausgewertet wurden (siehe Abschnitt 5.2.1). Jedem Interviewten wurde (in der zeitlichen Reihenfolge der Erstinterviews) eine Zahl zugeordnet (1-20), die präoperativen Interviews erhielten den Zusatz „prä“, die postoperativen den Zusatz „post“. Bei der Transkription wurde das Programm „f4“ verwendet, das bei entsprechender Einstellung jedem Absatz im Dokument eine präzise Zeitangabe hinzufügt. Um einzelne Textstellen zu kennzeichnen, wurden jeweils die Zeitangaben aus f4 genutzt. Die Transkripte wurden je nach Verwendungszweck in unterschiedlichem Maße feintranskribiert. Für die erste Sichtung lagen sie als einfache Abschriften vor. Für die deskriptiven Analysen dienten Minimaltranskripte nach GAT 2 (Selting et al., 2009), für die identitätsbezogenen Analysen erweiterte Basistranskripte (für die Transkriptionsregeln siehe Anhang F).

Weil die spezifischen sprachlichen Realisierungen der Interviewten von Belang sind, stützte sich die Analyse der Interviews von Beginn an zusätzlich zu den Transkripten auch auf die Tondateien. Um die Vielzahl von Interpretationsmöglichkeiten der sprachlichen Äußerungen nicht zu übersehen, möglichst viele Lesarten zu generieren und im Prozess der Auswertung eine Annäherung an die plausibelsten Interpretationen zu finden, wurden die Daten regelmäßig in Interpretationsgruppen des Promotionskollegs „Empirische Linguistik“ an der Hermann Paul School of Linguistics Basel – Freiburg und der am Institut für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg etablierten Textinterpretationsgruppe unter der Leitung von Prof. Dr. Gabriele Lucius-Hoene, sowie mehrfach in Konferenzen, Workshops, Datensitzungen und Round Table Diskussionen vorgestellt und besprochen.

6.1.2 Erster Auswertungsschritt: Deskriptive Analysen

Um einen ersten Zugang zum Datenmaterial zu bekommen, wurde für jedes Interview ein ausführliches Inventar der thematisch-inhaltlichen Stränge angelegt (Deppermann, 2008; Lucius-Hoene, 2010; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b). Darin wurden auch auffällige Merkmale der strukturell-rhetorischen Gestaltung und der interaktiv-performanten Darstellung der einzelnen Interviews im Hinblick auf eine Auswahl an Textstellen für eine anschließende mikrostrukturelle Feinanalyse (siehe nächster Abschnitt) vermerkt. Aufgrund der flexiblen Leitfadengestaltung wurden zudem die jeweiligen Interviewfragen in das Inventar aufgenommen.

Im Prozess der Inventarisierung zeigte sich schnell, dass die Interviews in allen Belangen (sowohl von der Art der Themen als auch ihrer Reihenfolge und Ausdifferenzierung) sehr heterogen waren, da die Interviewten (wie unter Kapitel 5.2 beschrieben) mit ganz verschiedenen Anliegen in die Sprechstunde kamen und deutlich unterschiedliche Verläufe erlebten. Deshalb wurde zunächst nach Konzeptualisierungen gesucht, anhand derer die Erfahrungen vergleichbar gemacht werden konnten.

Dazu wurden den Daten Abschnitte für Abschnitte Schlüsselwörter oder -sätze (Codes) zugeordnet, die in ihnen abgebildete allgemeinere Themenbereiche beschreiben sollten. Es wurden also die gesamten Interviews systematisch erfasst und thematisch codiert, nicht nur einzelne Abschnitte selektiert. Das Vorgehen war insbesondere an den methodischen Ansätzen von Charmaz (2006) und Ziebland und McPherson (2006) orientiert, deren Idee es ist, die Grounded Theory nach Glaser und Strauss (1967) weiterzuführen. Allerdings ging es in der vorliegenden Arbeit nicht um die Erstellung einer „Grounded Theory“, sondern die Codes wurden dazu genutzt, die Daten zu sortieren und zu strukturieren und vergleichbar zu machen (Charmaz, 2006, S. 46). Die Codierung der Daten bietet den Vorteil, dass über die Interviews hinweg alle Textstellen zu einem bestimmten Thema oder einer bestimmten Erfahrung gleichzeitig zugänglich gemacht werden können, womit die gesamte in den Interviews vorhandene Bandbreite an unterschiedlichen Perspektiven in die Beschreibung eingehen kann (Ziebland & McPherson, 2006, S. 408f.).

Der Auswertungsprozess zeigte, dass die zunächst textnahen Codes bald zu deutlich abstrakteren Codes zusammengefasst werden mussten, um eine Vergleichbarkeit zwischen den Interviews herzustellen. So wurden in einem ersten „deskriptiven“

Ergebnisteil (Kapitel 7) ausgehend von den stark zusammengefassten, sehr abstrakten Codes *Anlässe*, *Ergebniswünsche* und *Ergebniserleben* einzelne „Thementexte“ (Ziebland & McPherson, 2006) erstellt. Innerhalb der „Thementexte“ wurden, wiederum basierend auf den zuvor erstellten Codes, jeweils drei unterschiedliche „Ebenen“ beschrieben: Körperliche Ebene, soziale Ebene und selbstbezügliche Ebene (sowie für den Code „Anlässe“ die technische Ebene). Diese Ebenen wurden tatsächlich bottom up durch die Kodierung gefunden – interessanterweise bilden sie gleichzeitig gängige psychologische Theorien von bio-psycho-sozialen Zusammenhängen ab. Die einzelnen Ebenen wurden beispielhaft mit Textstellen als Basistranskripten belegt.

6.1.3 Zweiter Auswertungsschritt: Identitätsbezogene Analysen

Parallel zur Erstellung der Codes wurden nach und nach Abschnitte für eine „Mikroanalyse“ ausgewählt: Textstellen, die sich bei der Kodierung als wiederkehrende Motive zeigten oder sich auf andere Weise (z.B. im Zusammenspiel mit theoretischen Überlegungen) als leitend erwiesen, wurden einer vertieften sprachlichen Feinanalyse unterzogen. Dabei wurde der von Lucius-Hoene und Deppermann (2004b) etablierten Methode zur Rekonstruktion narrativer Identität gefolgt. Das Vorgehen basiert auf erzähltheoretischen und hermeneutischen Grundlagen und nutzt Grundgedanken der *discursive psychology* (z.B. Edwards & Potter, 1992; Jørgensen & Phillips, 2002; Parker, 2003; Potter, 2012), der *grounded theory* (Glaser & Strauss, 1967, 1998; Strauss & Corbin, 2005), der Konversations- und Gesprächsanalyse (z.B. Have, 2006; zur Unterscheidung siehe Deppermann, 2008, S. 10) und der Positionierungsanalyse (z.B. Bamberg, 1997; Davies & Harré, 1990; Harré & van Langenhove, 1999; van Langenhove & Harré, 1999; Wortham, 2000).

Die semantisch-pragmatische Mikroanalyse diente dazu, entsprechend der Fragestellung der vorliegenden Arbeit, über die inhaltlichen Zusammenhänge hinaus die in den Interviews stattfindenden Prozesse der Identitätskonstruktion zu analysieren: Die repräsentative *Selbstdarstellung* auf inhaltlicher Ebene und die interaktive und performative *Selbsterstellung* (vgl. Bamberg, 1997, 1999a, 2012; Lucius-Hoene, 2008, 2010; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004a, 2004b; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004, S. 41).

Lucius-Hoene und Deppermann (2004b) beschreiben drei Ebenen, auf denen sprachlichbasierte identitätskonstitutive Prozesse rekonstruiert werden können: die thematische Auswahl, die strukturell-rhetorischen Gestaltung und die interaktiv-performante Darstellung (vgl. auch Kohler Riessmann, 2005; Lucius-Hoene, 2010, S. 588ff.).

1. *Thematische Auswahl*: Es kann analysiert werden, auf welche Weise die Interviewten das Erlebte für die Interviewerin in eine erzählbare Form bringen: Was machen die Erzähler thematisch relevant? Wie strukturieren und bearbeiten sie Ereignisse und Erlebnisse nach den kommunikativen Regeln der Sprache? Welche Elemente werden aus dem Strom der vergangenen Ereignisse auf welche Weise segmentiert, selektiert und linearisiert (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 21)? Wie wird das Erlebte zu einer sinnhaften Geschichte umgewandelt, die den Ereignissen temporale und kausale Zusammenhänge zuweist und sie in einer konkreten raumzeitlichen

Situation verortet? Welche (konkreten oder abstrakten) Handlungsträger werden eingeführt, die den Plot vorantreiben (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 22f.)?

2. *Strukturelle und rhetorische Gestaltung*: Auf dieser Ebene wird über die Ereignisdarbietung hinaus die Art und Weise betrachtet, *wie* erzählt wird. Wie wird das Erlebte beim Erzählen anhand bestimmter (linguistisch analysierbarer) Konstruktionsprinzipien in Sprache gefasst? Wird beispielsweise eine bestimmte Textsorte – wie Argumentation, Beschreibung oder Erzählung – gewählt? Aus welcher Perspektive werden die Ereignisse dargestellt? Wie macht der Interviewte damit seine Haltung zum Geschehen deutlich, wie kommentiert und evaluiert er es?
3. *Interaktiv-performante Darstellung*: Das Erzählen von Selbsterlebten beinhaltet nicht nur die Darstellung des Geschehens, sondern ebenso die interaktive Herstellung sozialer Realität *zum Zeitpunkt des Erzählens*. Wie wird die Hörerin kognitiv und emotional in das Geschehen eingebunden, wie wird sie als Bewertungs- und Ratifizierungsinstanz eingebunden? Wie wird das Erzählte auf die Hörerin hin orientiert und in der Interaktion, beispielsweise anhand der Hörerreaktionen, prozesshaft angepasst? Auf welche Weise erfüllt das Erzählen Bedürfnisse des Sprechers, beispielsweise nach Strukturierung der Ereignisse, Klärung des Erlebten, Selbstdarstellung und Entlastung (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 43)? Das Erzählen von Selbsterlebtem ist durch die jeweilige konkrete Situation bestimmt, unterliegt bestimmten kommunikativen Zielen und wird interaktiv prozesshaft zwischen Sprecherin und Hörerin in jedem Moment durch kommunikative Mittel mehr oder weniger bewusst ausgehandelt. So kann insbesondere für das episodische Erzählen sein Charakter und seine Funktion als dramatische Inszenierung im Sinne eines Re-stagings herausgearbeitet werden.

Dem Sprechen über den Körper und noch spezieller über das Gesicht kommt in den Interviews eine besondere Rolle zu: Das Interview bietet den Befragten die Möglichkeit, sich selbst zu präsentieren. Gleichzeitig werden diese sprachlichen Selbstpräsentationen im Prozess des Interviews durch die gegenseitigen Blicke in das jeweils andere Gesicht gestützt oder gestört. Das Gesicht des Erzählers kann von der Zuhörerin als kohärent mit der sprachlichen Darstellung erlebt werden, es kann jedoch ebenso auf verwirrende Weise als „gegenläufig“ erscheinen. So kann beispielsweise eine Erzählung von sozialer Benachteiligung, die mit einer Entstellung im Gesicht begründet wird, von der Interviewerin (die ja in das zur Begründung herangezogene Gesicht blickt) als plausibel bewertet werden oder als unplausibel. Die Erzählerinnen wissen während des Erzählens von der Sichtbarkeit ihres Gesichts. Gleichzeitig schauen sie in das Gesicht der Interviewerin und können hier einerseits Vergleiche und eigene Bewertungen anstellen und andererseits den mimischen Ausdruck und den Blick auf ihr eigenes Gesicht deuten. Es ist davon auszugehen, dass diese Prozesse der wechselseitigen Blicke ins jeweils andere Gesicht im interaktiven Geschehen des Interviews auf allen drei Ebenen der sprachlichen Selbstdarstellungen Einfluss haben können.

Lucius-Hoene und Deppermann (2004b) schlagen folgende Frage als nützliche Hilfe für die Analyse jedes Segmentes vor (S. 177ff.): *Was wird dargestellt? Wie wird es dargestellt? Wozu wird das jetzt so dargestellt?* Insbesondere die letzte Frage führt dabei

von Strukturen und Inhalten der sprachlichen Darstellungen zu ihren (häufig latenten) kommunikativen und interaktiven Funktionen: zu den „Botschaften und Überzeugungen, auf die hin die Erzählung angelegt ist, und die Selbstdarstellungen und Beziehungskonzeptionen, die im Lauf des Interviews vermittelt werden.“ (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 182)

Dazu können unterschiedliche Heuristiken genutzt werden. Um zu rekonstruieren, welche spezifische Leistung einzelnen Textsegmenten innerhalb der Darstellung zukommt, werden sie probenhalber ersetzt, weggelassen oder verändert (*Variations- und Auslassverfahren*). Ihr Kontext wird innertextuell, aber auch bezogen auf äußere Umstände (wie sozialstrukturelle, gesellschaftliche oder historische Gegebenheiten), die von den Interviewten nicht expliziert wurden, analysiert (*Kontextanalyse*). Auf der interaktiven Ebene des Interviews wird zum einen betrachtet, welche Erwartungen für den Fortgang der Erzählung und die Reaktionen der Hörerin durch eine Äußerung geschaffen werden (*Analyse der Folgeerwartungen*), zum anderen werden die tatsächlichen interaktiven Konsequenzen im Verlaufe des Interviews analysiert (*Analyse der interaktiven Konsequenzen*).

6.2 Spezielle Auswertungskonzepte: Agency und Positionierung

Im Folgenden werden mit den Konzepten Positionierungsanalyse (6.2.1) und Agencyanalyse (6.2.2) zwei auf diesen Heuristiken aufbauende Auswertungsstrategien vorgestellt, die eine Metaperspektive auf die sprachliche Konstruktion von Identität erlauben und die sich bei der Auswertung der Interviews dieser Arbeit als besonders wichtig erwiesen haben.

6.2.1 Positionierungsanalysen

Bei der Auswertung der vorliegenden Interviews zeigte sich, dass das Konzept der Positionierung eine fruchtbare Möglichkeit der Annäherung an die Daten bietet. In Abschnitt 2.2.1 wurde es schon als soziologisches Konzept eingeführt und unter Abschnitt 2.2.3 auf seine Weiterentwicklung für die Analyse sprachlicher Daten hingewiesen. Hier soll seine Nutzbarmachung als methodisches Herangehen an die Interviews dargelegt werden (vgl. Deppermann, 2013).

Positionierungen bezeichnen aus dieser Perspektive zunächst ganz allgemein Sprechhandlungen, mit denen sich Interaktanten soziale Positionen und Identitäten zuweisen (siehe Bamberg, 1997, 1999b, 2012; Bamberg & Georgakopoulou, 2008; Deppermann, 2013; Lucius-Hoene & Deppermann, 2004a, 2004b; Wortham, 2000, 2001). Die genaue sprachliche Analyse dieser Prozesse macht zentrale Bereiche der narrativen Identitätsarbeit empirisch zugänglich, denn die Perspektive der Positionierung hebt auf die klassische Identitätsfrage ab: „Wer bin ich, und wie möchte ich von anderen gesehen werden“ (vgl. Kapitel 2).

In jeder Interaktion nimmt jeder Sprecher für sich selbst eine bestimmte Position im sozialen Raum in Anspruch und zeigt dem Interaktionspartner damit, wie er gesehen werden möchte (Selbstpositionierung). Gleichzeitig weist er dadurch immer auch dem anderen eine soziale Position zu und zeigt damit, wie er diesen sieht (Fremdpositionierung). Beide Formen der Positionierung sind miteinander verbunden:

„Indem ich mich selbst beschreibend oder handelnd positioniere, weise ich mir, ebenso aber auch dem Anderen in Relation zu meiner eigenen Position, die ich ihm gegenüber beanspruche, eine Identität zu.“ Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 196

Jede interaktive sprachliche Handlung ist als ein Akt der Positionierung verstehbar, bei der jeder der Sprecher (immer und unvermeidlich) sich selbst und sein Gegenüber als Person mit bestimmten Eigenschaften und Motiven darstellt. Ursprünglich wurde der Begriff der Positionierung am dialogischen Handeln entwickelt (siehe Harré & van Langenhove, 1999; Hollway, 1998) und von Bamberg für die Analyse von „storytelling“ aufgegriffen (1997, S. 336). Lucius-Hoene und Deppermann (2004a; 2004b) erweitern diesen Ansatz für die überwiegend monologische aber gleichzeitig interaktive Situation des narrativen Interviews.

Bei der Analyse von biografischen Schilderungen im Interview können zwei Zeitebenen unterschieden werden (2004b, S. 25): Die aktuelle Situation des Interviews im Hier-und-Jetzt (Erzählzeit) und die erzählte Gesichte in der Vergangenheit (erzählte Zeit) (vgl. auch Bamberg, 1997, S. 337). Die erzählende Person dupliziert sich so im Moment des Erzählens. Lucius-Hoene und Deppermann (2004b) verdeutlichen dieses komplexe Geschehen anhand der folgenden Grafik (Abb. 3):

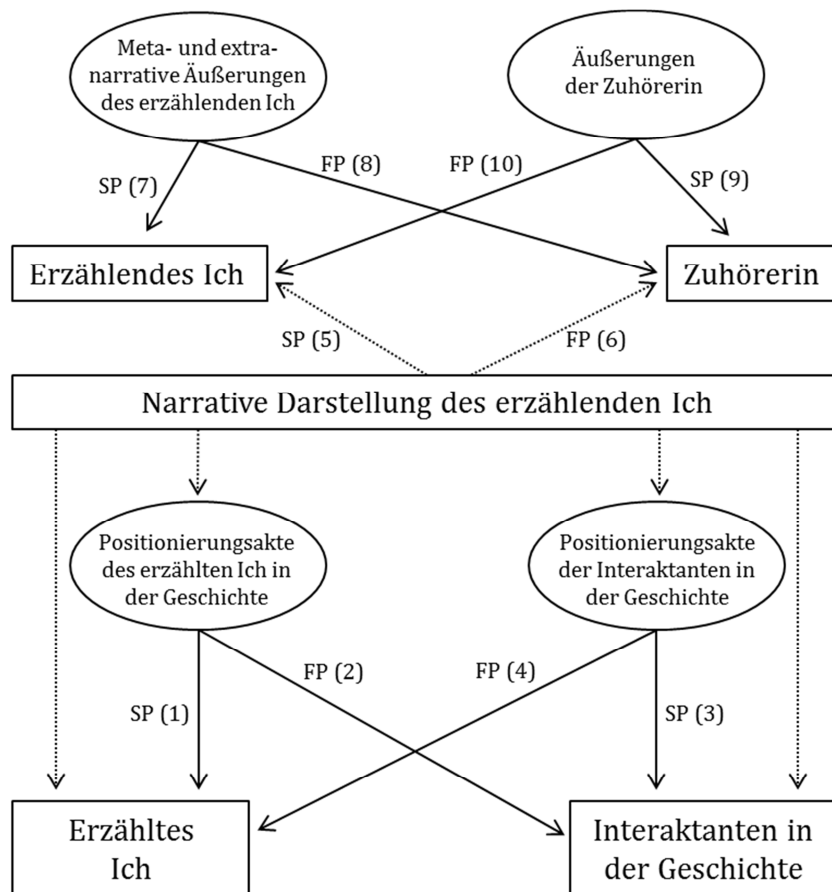


Abb. 3: Positionierungsschema V nach Lucius-Hoene & Deppermann (2004b)

Im Folgenden werden die verschiedenen Ebenen der Positionierung kurz erläutert:

1. Positionierungshandlungen in der *erzählten Zeit* (in der Geschichte):

Zunächst kann bei der Analyse der Positionierungen die Ebene der erzählten Geschichte („narrative Darstellung des erzählenden Ich“), also der Plot bzw. die „storyline“ betrachtet werden. Der Ich-Erzähler kann sein *erzähltes Ich* Selbstpositionierungen (SP, 1) und Fremdpositionierungen (FP, 2) vornehmen lassen. Meist geschieht das, indem er seine eigenen Äußerungen und die anderer Personen vom damaligen Zeitpunkt wiedergibt. Dadurch lässt der Ich-Erzähler gleichzeitig die anderen Personen, die in der Geschichte auftauchen (*Interaktanten in der Geschichte*), sowohl Selbstpositionierungen (3) als auch Fremdpositionierungen (4) vornehmen.

2. Positionierungshandlungen in der *Erzählzeit* (im Hier-und-Jetzt der Interviewsituation):

Die erzählte Geschichte ist immer eine Konstruktion, die das *erzählende Ich*, also der Sprecher, in der Hier-und-Jetzt-Zeit des Interviews vornimmt. Sie bildet, wie unter Abschnitt 4.1.2 erläutert, das Geschehene nicht ab, sondern unterliegt Prozessen der „Segmentierung, Selektion, Linearisierung und Bedeutungszuweisung“ (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 44) durch den Erzähler als souveränem Autor (auch wenn dies natürlich sowohl dem Erzähler als auch dem Zuhörer selten bewusst wird).

Indem der Erzähler seine Geschichte konstruiert und damit Positionierungen seiner selbst und der Anderen vornimmt, positioniert er gleichzeitig (implizit) sich selbst vor der Zuhörerin in der Erzählzeit (5), also in der konkreten Situation des Interviews. Er stellt sich und Andere als bestimmte Personen mit bestimmten Eigenschaften und Handlungsspielräumen dar, und damit stellt er in der Interviewsituation gleichzeitig Identität her. Durch diese Selbstpositionierungen trifft das erzählende Ich in der Erzählzeit gleichzeitig Fremdpositionierungen der Interviewerin (6), indem es sie beispielsweise als würdige Zuhörerin positioniert.

Zwischen erzählendem Ich und der Zuhörerin, also der Interviewerin, finden auch direkte (Fremd- und Selbst-)Positionierungen statt (7–10), denn natürlich kommunizieren beide in der Interviewsituation explizit und dialogisch miteinander. So finden beispielsweise Positionierungen durch die Interviewerin schon allein durch die Art der Fragen statt, die sie im Interviewkontext stellt (9 und 10).

All diese unterschiedlichen Ebenen können als fortlaufende Identitätsarbeit in der aktuellen Interaktionssituation gesehen werden. Durch ihre genaue Analyse lassen sich diese lokalen Aushandlungen von Identität nachzeichnen. So kann beispielsweise rekonstruiert werden, wo der Erzähler Begründungsnotwendigkeiten sieht, welche Interessen er verfolgt, welche Konflikte und Bewältigungsaufgaben er bearbeitet. Häufig wird dabei deutlich, dass auf den unterschiedlichen Ebenen ganz verschiedene Aspekte von Identität relevant gemacht werden.

„Was sich hierdurch abbilden lässt, ist [...] die Heterogenität und situative Flexibilität von Selbsterfahrungen und -präsentationen, also ein Spiegelbild der vielfältigen Möglichkeiten, zu sich und dem Selbsterlebten in sozialen Interaktionen Stellung beziehen zu können.“ (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004a, S. 181)

Eine andere Perspektive auf die jeweils aktuelle, performative Identitätsarbeit in der Interviewsituation bietet das Konzept der *Agency*.

6.2.2 *Agencyanalysen*

Wie auch der Begriff der Positionierung ist „*Agency*“ ursprünglich ein soziologisches Konzept, das jedoch in vielen Disziplinen und Fachdiskursen Verwendung findet und entsprechend heterogen gebraucht und verstanden wird (vgl. Emirbayer & Mische, 1998; Helfferich, 2012, S. 9ff.).

„*Agency*‘ ist ein Grundbestandteil aller Konzepte, die erforschen oder erklären, wer oder was über welche Art von Handlungsfähigkeit verfügt oder diese zugeschrieben bekommt bzw. als welchen und wessen Einwirkungen geschuldet etwas zu erklären ist.“ (Helfferich, 2012, S. 10)

Aus gesellschaftstheoretischer Perspektive geht es um die (deduktive) Herleitung und Definition von Handlungsmächtigkeit im Spannungsfeld von Machtstrukturen, Autonomie und Heteronomie. Dabei kann jeweils die eine oder andere Seite stärker in den Vordergrund gestellt werden: Die gesellschaftlichen Machtstrukturen als bestimmende und begrenzende Faktoren von Handlungsfähigkeit des Individuums oder dessen Möglichkeiten zur Selbstbestimmung (vgl. dazu ausführlich Abschnitt 3.2.2).

Gleichzeitig kann der (deduktiven, theoretisch definierten) gesellschaftstheoretischen *Außensicht* auch die (induktive, empirisch fundierte) subjektive *Innensicht*

entgegengestellt werden: „Subjektive Vorstellungen müssen sich bekanntermaßen nicht mit theoretisch hergeleiteten faktischen Gegebenheiten oder theoretisch behaupteten subjektiven Vorstellungen decken.“ (Helfferich, 2012, S. 10)

So kann beispielsweise von der einen Seite festgestellt werden, dass die technischen Möglichkeiten plastisch-chirurgischer Eingriffe im Kontext eines männlich geprägten Herrschaftsdiskurses und der postmodernen Vorstellung, man sei für sein Äußeres selbst verantwortlich, zu einem *Zwang* zur Schönheit führen und gleichzeitig eine neue Chance zur Selbstermächtigung über den Körper und zur Selbstaneignung des Körpers bieten (vgl. Abschnitt 3.2.2). Gleichzeitig könnte von der anderen Seite empirisch gezeigt werden, wie Frauen, die Schönheitsoperationen in Anspruch nehmen, sich in diesem Spannungsfeld verorten und ob sie sich als selbstbestimmte Handlungsträgerinnen im Sinne von Dienstleistungsempfängerinnen wahrnehmen oder den Eingriff als letzte Möglichkeit zur „Selbstrettung“ darstellen.

Aus der Perspektive der *Innensicht* geht es also um die Frage nach subjektiven Vorstellungen und Erleben von persönlicher Handlungsmächtigkeit, deren Darstellungen (induktiv) rekonstruiert werden (Lucius-Hoene, 2012, S. 40f.). Dennoch hängen die individuellen Wahrnehmungen von Handlungsmächtigkeit natürlich auf komplexe Weise mit psychischen, entwicklungsgeschichtlichen, sozialen, gesellschaftlichen und kulturellen Gegebenheiten zusammen.

„[Agency] does not represent ‘free choice’, although individuals generally have some degree of freedom in their actions in the sense of, in most cases, being able to act otherwise. Individual agency is always situated in relations of power, which provide the conditions of enablement and constraint under which all social action takes place.“ (Davis, 2003, S. 12)

Lucius-Hoene (2012) bzw. Lucius-Hoene und Deppermann (2004b) beschreiben eine systematische Herangehensweise an die subjektiven, sprachlich-interaktiven Konstruktionen von Agency aus der Perspektive des Individuums durch sprachwissenschaftliche (rekonstruktive) Analysemethoden. Lucius-Hoene (2012) unterscheidet drei mögliche Ebenen der Rekonstruktion von Agency, die für die vorliegenden Interviews genutzt wurden (S. 42ff.):

1. „*Lokaler sprachlicher Kontext*“: Die erste Ebene bezieht sich auf die „satzsemantische Konstruktion der Erzählsätze“. Mithilfe linguistischer Beschreibungskategorien, die von der sprachlichen Oberfläche des Gesagten ausgehen, kann auf der Mikroebene analysiert werden, wie die Handlung bzw. das Geschehen in einer sprachlichen Darstellung organisiert ist. Welche Prädikate werden gewählt? Welche semantischen Rollen als sprachliche Strategien der Handlungszuschreibungen in der Erzählung werden zugeteilt? Um was für Träger von Wirkmacht handelt es sich bei den agentivierten Positionen? Lucius-Hoene schlägt unter anderem folgende Suchheuristiken für die Analyse auf der ersten Ebene vor:

- Wie vollzieht sich das Geschehen? Handelt es sich um eine Handlung oder einen Vorgang?
- Wer oder was handelt bzw. durch wen/was kommt das Geschehen voran? Um welche Art von Wirkmächten handelt es sich?

- Liegt eine Handlung eines als handlungsfähig konzipierten Wirkzentrums oder ein Geschehen als anonymes Ereignis ohne erkennbare handlungsmächtige Instanz als Verursachung vor (Intentionalität und Verantwortlichkeit)? Wird der treibenden Instanz des Geschehens oder der Handlung damit implizit oder explizit Absicht unterstellt? Halten wir die treibende Instanz für fähig und in der Lage, die Konsequenzen ihres Handelns zu kennen?
2. „*Interaktiver Kontext*“: Auf der zweiten Ebene geht es um die Interaktion mit der Interviewerin in der interaktiven Situation der Erzählzeit (also der Hier-und-Jetzt-Situation des Interviews). (Wie) bringt die Interviewte gegenüber der Interviewerin performativ Handlungsmächtigkeit zum Ausdruck? Welche kommunikativen Rollen werden übernommen bzw. zugewiesen? Welcher Anspruch auf epistemische Autorität wird – beispielsweise durch den Ausdruck von Faktizität oder Unsicherheit – erhoben? Welche emotionale und kognitive Einflussnahme wird auf die Interviewerin ausgeübt? Auf dieser zweiten Ebene schlägt Lucius-Hoene unter anderem folgende Suchheuristiken vor:
- Wie geht die Erzählerin mit der Gesprächsrollenzuteilung um? Initiiert sie Aushandlungsprozesse hinsichtlich der Gesprächsrollen? Verändert sie die Gesprächsrollen im Lauf des Interviews?
 - Wie sicher ist sich die erzählende Person ihrer Agentivitätskonstruktionen? Wie sicher ist sie sich hinsichtlich ihrer Wissensbasis, ihrer Bewertungskompetenz und ihrer Deutungsmacht bezüglich ihrer Geschichtenversion?
 - Wie ist die Hörerorientierung des Erzählers? Fordert er aktiv oder implizit Reaktionen der Zuhörerin ein?
 - Bestehen Diskrepanzen zwischen der Agentivität der erzählten Person in der Geschichte und ihrer Agentivität in der Erzählsituation gegenüber dem Zuhörer?
3. „*Lebensgeschichtlicher und kultureller Kontext*“: Die dritte Ebene beschreibt die „komplexen psychologischen Implikationen und Wirkungen des Erzählten und des Erzählens“ (S. 43), beispielsweise für die Bewältigung des Erlebten und die Identitätsarbeit des Erzählers. Welche Art von Geschichte wird erzählt, welche Evaluationen und moralischen Implikationen werden deutlich? Lucius-Hoene weist darauf hin, dass aus einer psychologischen und narratologischen Perspektive der Akt des Erzählens selbst eine Möglichkeit der Ermächtigung darstellt, da die Erzählerin durch die Art der Darstellung in hohem Maße über die Version der Geschehnisse verfügt.

Die Art und Weise, wie Agency konstruiert wird, macht die Sicht der sprechenden Person auf das Erzählte deutlich.

„Sie lässt erkennen, wen oder was eine Erzählerin als handelndes Zentrum bestimmt, wie sie sich selbst dazu stellt, welche sonstigen Figuren oder Instanzen des Geschehens sie in welcher Form daran beteiligt sieht. (...) Über ihre eigene Beteiligung hinaus bietet sie [die Erzählerin] eine komplexe sprachliche Version ihrer Deutung des Geschehens, wie es überhaupt zustande kommt, wer oder was in ihrer Geschichte handelt, sich verhält oder erleidet und wie es dementsprechend zu Ereignis und Veränderung kommt.“ (2012, S. 44)

Die Analyse der Daten dieser Arbeit nutzt im Ergebnisteil die ersten beiden Ebenen, die dritte Ebene wird insbesondere in der Diskussion angesprochen.

Agency und Positionierung haben einen großen Überschneidungsbereich. Durch (Selbst- und Fremd-)Positionierungen können Agencykonstruktionen stattfinden, und selbstbezogene Agencykonstruktionen sind gleichzeitig immer auch Positionierungen (allerdings ist das Konzept der Positionierung deutlich weiter gefasst). Der Mehrwert einer differenzierten Methodik, die sich auf *beide* Konzepte stützt soll an folgendem Beispiel deutlich werden:

„ich habe immer das gefühl, die glotzen mir auf die nase“ (Yvonne)

Fremdpositionierung: Yvonne positioniert ihre Interaktionspartner („die“) als potentiell intrusive, unverschämte Personen, die „glotzen“. Durch die Verallgemeinerung „immer“ wird auch die Interviewerin als eine mögliche „Mittäterin“ positioniert.

Selbstpositionierung: Sich selbst positioniert Yvonne an dieser Stelle als eine Person, die in wiederkehrenden Situationen sensibel wahrnimmt, dass andere sie anschauen. Durch die Formulierung, sie habe „das Gefühl“, macht sie gleichzeitig deutlich, dass dem möglicherweise ein Selbstwertproblem zugrunde liegt. In der Interviewsituation zeigt sie sich damit als verletzlich.

Agency: Yvonne zeigt sich einerseits als den (unverschämten) Blicken von anderen ausgeliefert, sie ist potentielles „Opfer“ von „Gaffern“. Gleichzeitig ermächtigt sie sich in der Interviewsituation, indem sie deren Unverschämtheit und Intrusivität herausstreicht und damit gleichzeitig die Interviewerin verunsichert.

Die Implikationen der Tatsache, dass Yvonne die Interaktion nicht als real darstellt, sondern als ihre eigene (möglicherweise unzutreffende) Wahrnehmung, werden im Diskussteil erörtert.

6.2.3 Die Verläufe: Die Gegenüberstellung prä/post

Wie unter 4.3 beschrieben, wurde versucht, mit jedem der Interviewten zwei Interviews zu führen: Im besten Fall eines vor und eines nach dem gesichtschirurgischen Eingriff. Die postoperativen Interviews wurden mit der gleichen zweischrittigen Methodik ausgewertet wie die präoperativen Interviews. Das Vorgehen bei der Gegenüberstellung der prä- und postoperativen Interviews wurde im Verlauf der Analyse konkret am Interviewmaterial und der Fragestellung orientiert und entsprach zudem im Großen und Ganzen der Auswertung der Einzelinterviews, weshalb hier nur die grundsätzlichen Aspekte der Analyse erwähnt werden.

Beide Interviews eines Teilnehmers wurden insbesondere im Hinblick auf die Gestaltung von Positionierungsakten und Agencykonstruktionen miteinander verglichen (*intraindividueller Vergleich*): Gibt es Unterschiede in den (Selbst-)Darstellungen vor und nach dem Eingriff? Verändern sich die Zuschreibungen von Handlungsmächtigkeit, sowohl auf der Ebene der Erzählung als auch in der konkreten Interviewsituation? Auf dieser Basis wurden ein zeitliches Verlaufsprofil und Fallstrukturen erstellt.

Anschließend wurden die Ergebnisse zwischen den Interviewten anhand unterschiedlicher Merkmale verglichen (*interindividueller Vergleich*). Dabei war die Frage leitend, ob aus dem Vergleich der einzelnen Fallstrukturen durch Kontrastierung

eine Typenbildung vorgenommen werden konnte (vgl. Kuckartz, 2010): Ergaben sich Gemeinsamkeiten, typische Muster und bestimmte Themenbehandlungen (Kelle & Kluge, 1999, S. 85)? Um dies zu überprüfen, wurden die Erkenntnisse aus den Einzelfallanalysen in allgemeinere und abstraktere Zusammenhänge übertragen. Gegenübergestellt wurden sowohl sprachlich-kommunikative Verfahren als auch die thematische Ausgestaltung der Interviews und die unterschiedlichen Positionierungsaktivitäten und Agencykonstruktionen. Dies ermöglichte es, dem Einzelfall für die Diskussion illustrativen Charakter zu verleihen.

C. Ergebnisteil

Der Ergebnisteil gliedert sich in zwei Teile: Der erste Teil (Kapitel 7) umfasst die deskriptive Aufarbeitung der Interviews, um sie überhaupt vergleichbar zu machen. Im zweiten Teil (Kapitel 8) werden die Interviews im Hinblick auf die in ihnen stattfindenden Identitätskonstruktionen betrachtet. Durch den höheren „Auflösungsgrad“ der Analysen finden sich im zweiten Teil präzisere Transkripte, die mehr Informationen über die genauen (laut-)sprachlichen Realisierungen des Gesagten enthalten. Wie schon unter Abschnitt 5.2.1 erwähnt, sind alle Namen frei erfunden. Ob für die Anonymisierung ein Vor- oder Nachname gewählt wurde, ist durch die unterschiedliche Ansprache im Interview begründet.

7. Deskriptive Analysen: Das veränderliche Gesicht

Der (unter Kapitel 5.2 beschriebenen) großen Varianz zwischen den Interviewten entspricht die Tatsache, dass die Interviews sich sehr heterogen gestalten. Sie unterscheiden sich sowohl in ihrem Ablauf als auch darin, wie die Interviewfragen jeweils aufgegriffen und die Antworten thematisch ausgestaltet wurden. Der Leitfaden konnte zwar als inhaltliche Orientierung dienen, musste jedoch (wie unter Kapitel 5.3 beschrieben) offen gehandhabt und eng an der individuellen Interviewgestaltung und den Themen der einzelnen Erzählerinnen orientiert werden. Somit kamen in den Interviews zwar ähnliche Themenbereiche zur Sprache, jedoch in variierender Intensität, Ausgestaltung und Reihenfolge.

Bei der Auswertung stellte sich heraus, dass eine *top-down* vorgenommene Unterscheidung in Interviewte mit rekonstruktivem Eingriff und solche mit kosmetischem Eingriff als Vergleichskriterium nicht zielführend ist. Wie in Abschnitt 5.1.2 beschrieben, zeigt sich weniger eine Dichotomie als ein Kontinuum von kosmetisch bis rekonstruktiv, denn jeder rekonstruktive Eingriff hat auch eine ästhetische Komponente. Dennoch ist natürlich entscheidend, vor welchem Hintergrund ein Eingriff vorgenommen wird. In diesem ersten Teil der Ergebnisdarstellung wird zunächst ein deskriptiver Überblick über drei thematische Blöcke gegeben: Die unterschiedlichen *Anlässe*, die von den Interviewten für ihre Inanspruchnahme des gesichtschirurgischen Eingriffs relevant gemacht werden (7.1), die mit dem Eingriff verbundenen *Ergebniswünsche, -hoffnungen und -fantasien* (7.2) und schließlich das *Ergebniserleben* nach dem stattgefundenen Eingriff (7.3). Für jeden Themenbereich wird die Spannbreite dargestellt, in der einzelne Aspekte von den Interviewten aufgegriffen und ausgestaltet werden, und anhand von Textstellen exemplarisch belegt. Dieses Vorgehen löst die Unterscheidung in von außen bestimmte Gruppen von kosmetischen und rekonstruktiven Eingriffen auf, zugunsten von komplexeren Zuschreibungen, die die Interviewten selbst vornehmen. Es wurden drei Ebenen herausgearbeitet, die bezogen auf die thematischen Blöcke jeweils relevant gemacht wurden: Körperliche, soziale und selbstbezügliche Ebene. Die „körperliche Ebene“ bezieht sich auf alle Aussagen, in denen die Interviewten die äußere „Gestalt“ ihres Gesichts zum Thema machen. Die „soziale Ebene“ umfasst Aussagen über direkte Erfahrungen mit anderen Menschen, die die

Interviewten in Zusammenhang mit ihrem Gesicht treffen. Die „selbstbezügliche Ebene“ schließlich beschreibt solche Stellen im Interview, in denen die Interviewten ihr eigenes Erleben bezogen auf das Gesicht beschreiben. Auf dieser Ebene finden sich auch solche Passagen, in denen die Interviewten sich Blicke und Reaktionen anderer *vorstellen*, d.h. in denen imaginierte bzw. fantasierte Andere auftauchen. Bei der Beschreibung der Anlässe, die die Interviewten relevant machen, wurde eine weitere Ebene bedeutsam, die in den anderen Kategorien nicht relevant wurde: Auf der „technischen Ebene“, sind solche Aussagen zusammengefasst, die zum einen die *technische Machbarkeit* und zum anderen die *medizinische Funktionalität* als Anlässe in den Vordergrund stellen. Tabelle 2 bietet eine Übersicht über die Unterteilung der unterschiedlichen Themenbereiche bezüglich der Ebenen.

Tabelle 2:
Übersicht über die in den Interviews gefundenen Themenbereiche

	Anlässe	Ergebniswünsche	Ergebniserleben
Körperlich	Veränderungen des Gesichts durch: • maligne Prozesse • Unfälle • „natürliche“ Prozesse • vorhergehende misslungene Eingriffe	Wünsche in Bezug auf die Gestalt des Gesichts: • Makel „loswerden“ • („normalen“) Zustand wiederherstellen • Status quo erhalten • „Verschönerung“ / Optimierung erreichen	Zufriedenheit durch: • Natürlichkeit • „Passung“ • Kontrollerleben • Herabsetzen der Bedeutung Unzufriedenheit durch: • mangelnde Kontrolle • mangelnde „Perfektion“ • „Anpassungsstörung“
Sozial	Erfahrungen mit anderen: • Meinung von Ärzten • Benennung des „Problems“ durch andere • negative soziale Reaktionen • Empfehlungen anderer	Wunsch, soziale Erfahrungen zu verändern: • eigenes soziales Verhalten verändern • negativen sozialen Reaktionen entgehen • positive soziale Reaktionen erhalten	Erfahrungen mit anderen: • Veränderung des eigenen sozialen Verhaltens • positive soziale Reaktionen • (zunächst) negative Reaktionen • meist: keine Reaktionen
Selbstbezüglich	Selbsterleben: • Gewähr werden eines „Problems“ • psychische Belastung • Gefühl, angestarrt zu werden • Scham • Gefühl, nicht mehr wahrgenommen zu werden • Anlässe im „Außen“	Wunsch, Selbsterleben zu verändern: • Blick in den Spiegel normalisieren • Selbstbewusstsein steigern • affektives Selbsterleben verbessern - o sich normal fühlen - o Scham loswerden - o sich optimal fühlen	Selbsterleben: • keine Scham mehr • sich (wieder) wohler fühlen • sich (wieder) selbst gefallen • stolz sein • sich selbstbewusst fühlen • sich selbstsicher fühlen • sich als Person verändert haben • man selbst geblieben sein
Technisch	• technische Machbarkeit • medizinische Funktionalität		

Die komplexen (stärker impliziten) identitäts- und sinnstiftenden Konstruktionen, die darüber hinaus in den Interviews geleistet werden, sind Gegenstand des zweiten Teils der Ergebnisdarstellung (Kapitel 8).

7.1 Anlässe für den gesichtschirurgischen Eingriff

Die präoperativen Interviews beginnen mit der Bitte an die Interviewten zu erzählen, wie es dazu kam, dass sie die gesichtschirurgische Sprechstunde aufgesucht haben (vgl. Anhang C). Dieser Rahmen bestimmt somit nicht, wie weit in die Vergangenheit erzählt oder bei welchem Ereignis begonnen werden soll. Die Interviewten müssen selbst Ereignisse, Prozesse oder Zeiträume in der Vergangenheit wählen, die sie erzählerisch als Anlässe dafür geltend machen, dass nun eine gesichtschirurgische Operation geplant wird oder zumindest im Raum steht. Bei der Analyse wurden alle Textstellen als „Anlass“ kodiert, die von den Interviewten erzählerisch für den Fortgang der Ereignisse hin zu einem möglichen Eingriff verantwortlich gemacht werden. Der Begriff Anlass soll also nicht irreführend auf ein singuläres auslösendes Ereignis verweisen. Im Gegenteil stellen die Interviewten meist eine ganze Reihe von Faktoren als Anlässe dar. Dabei sind insbesondere die ersten Minuten des Interviews von Bedeutung, in denen die Interviewten spontan auf die Eingangsfrage antworten. In der Auswertung wurden Sequenzen aus dem späteren Verlauf der Interviews dann hinzu gezogen, wenn sie von den Interviewten ausdrücklich als solche genannt wurden.

7.1.1 Körperliche Ebene: Veränderungen im Gesicht

Ein naheliegender Anlass für die Beschäftigung mit einem gesichtschirurgischen Eingriff, der in den Interviews vorkommt, liegt in ungewollten Veränderungen von Merkmalen des Gesichts. Dieser Aspekt ist in seiner Körpergebundenheit eng mit der chirurgischen Indikationsstellung und/oder Zielsetzung verbunden: Wie in Kapitel 5.2 beschrieben, unterscheiden sich die Interviewten von vornherein in den manifesten („objektiven“) körperlichen Voraussetzungen, mit denen sie das Spital aufsuchen. Im folgenden Abschnitt soll jedoch im Vordergrund stehen, welche Aspekte der Veränderungen die Interviewten selbst als Anlässe für einen chirurgischen Eingriff relevant machen und auf welche Weise sie das tun: ob die Veränderungen beispielsweise als plötzlich oder als kontinuierlich dargestellt sind, worauf sie zurückgeführt werden und wie sehr der ästhetische Aspekt in den Vordergrund gestellt wird. In der Auswertung zeigte sich, dass die Veränderungen in allen Fällen als unkontrollierbar und unerwünscht dargestellt werden. Für den Fortgang der Ereignisse in den Darstellungen bieten sie insofern einen Anlass, als sie operativ rückgängig bzw. unsichtbar gemacht werden sollen. Wichtig ist jedoch anzumerken, dass nicht alle Interviewten Veränderungen im Gesicht als Anlässe relevant machen, und dass sie diese, wenn sie es tun, unterschiedlich stark in den Vordergrund stellen.

Entdeckung einer malignen Veränderung im Gesicht

→ Herr Huber, Herr Weber, Frau Bauer, Frau Meyer

Einige der Interviewten beginnen ihre Erzählung an dem Zeitpunkt, an dem sie eine ungewöhnliche Veränderung in ihrem Gesicht bemerkten – wie eine „hautveränderung“ (Herr Weber), eine Art „warze“ (Frau Meyer) oder einen hartnäckigen „pickel“ (Frau Bauer). Die Entdeckung selbst wird von den Interviewten dabei wenig spektakulär geschildert, sondern eher als eine für den Fortgang der Ereignisse notwendige Information erwähnt. In den Darstellungen führt die Veränderung im Gesicht zu ärztlichen Untersuchungen, bei denen sich zeigt, dass sie nicht harmlos ist. Im Spital soll sie nun entfernt und der Eingriff anschließend ästhetisch korrigiert werden.

Textstelle 7-1: Herr Weber prä {0:36-1:28}

01 We: hatte eine hutveränderig an der lippe (-) |
02 I: hmm |
03 We: und (.) bin ich zum arzt (-) husarzt | der hät mir an der(-) °hh
04 dermatologe geschickt | und der der dermatologe hät mich dann
05 dahin geschickt | und da (-) | also nach der gewebeprob (-) |
06 I: hmm |
07 We: hat sich rausgestellt dass krebszellen drin sind |
08 I: hmm |
09 We: ja und hh° het mer_s mal useg_schnitten de erschte teil | jetzt
10 kommt de zweite |
((8 Sek. Auslassung))
11 I: und (-) wie haben sie das bemerkt |
12 We: e hutveränderig |
13 I: ja |
14 We: das isch (.) das isch a wunde gsi |
15 I: aha (-) |
16 We: gut sichtbar |
17 I: aha (---) |
18 We: ja und das isch nit weg |
19 I: hmm (---) |
20 We: da bin ich da gelandet (-) über die umwege |

Die Entdeckung der Veränderung und die dadurch bedingte ärztliche Untersuchung können als direkter Anlass für die aktuelle Planung eines Eingriffs beschrieben sein (Frau Meyer). In anderen Darstellungen folgt auf die Entdeckung zunächst ein Weg durch verschiedene medizinische Institutionen, der mitunter von Schwierigkeiten gekennzeichnet ist (Frau Bauer, Herr Huber). Der jetzt geplante Eingriff steht in diesen Erzählungen in einer Reihe von mehreren Eingriffen, die teilweise misslungen sind und zu noch größeren Veränderungen im Gesicht führten, wodurch sie wiederum weitere Eingriffe bedingen.

Veränderung durch einen zurückliegenden Unfall

→ Sandra, Yvonne

Andere Interviewte beginnen mit der Erwähnung eines zurückliegenden Unfalls, der eine unerwünschte Veränderung im Gesicht sowie funktionale Beeinträchtigungen nach sich führte. Die ästhetische Veränderung, so schildern sie, habe sich nach dem Unfall wachstumsbedingt ausgeprägt, bis sie nun immer stärker als störend empfunden werde (Sandra, Yvonne).

Textstelle 7-2: Sandra prä {0:28-1:04}

01 S: also zuerst mal (.) | was (.) was überhaupt passiert ist | mit
02 etwa dreizehn jahren fiel mir ein basketball auf die nase (-) |
03 I: [hm] |
04 S: [°hhh] und ich ging dann zum arzt | u:nd (-) daher kam (.) der
05 höcker |
06 I: [hmm] |
07 S: [da] oben | und die nase wurde schräg | und ich bekam keine luft
08 (--) | also schlecht luft (-) | °h und aber dann nahm ich das
09 nicht so ernst | und die nase war immer noch einigermaßen schön |
10 klein und kindlich (.) | °hh und dann ja mit dem alter (.) mm
11 wächst ja die nase | und (-) das ganze wurde viel grösser | und
12 der höcker (-) hat mich immer mehr gestört |

Die Beschäftigung mit einer gesichtschirurgischen Veränderung geht diesen Darstellungen zufolge letztendlich auf den Unfall zurück, da er die jetzige Situation begründet. Er führt in den Erzählungen jedoch nicht direkt zu der Option eines gesichtschirurgischen Eingriffs. Entscheidend sind die auf den Unfall folgenden prozesshaften Veränderungen, die zur Folge haben, dass der unfallbedingte Schaden immer stärker stört. Der funktionale Aspekt der Operation – die Verbesserung der Atmung – wird im Interviewverlauf unterschiedlich stark betont (siehe Abschnitt 7.1.4).

Natürliche Veränderungsprozesse

→ Lena, Herr Kunert, Frau Favelli

Einige der Interviewten machen einen längerfristigen Veränderungsprozess im Gesicht relevant, der auf kein bestimmtes Ereignis und keinen bestimmten Zeitpunkt zurückgeht. In ihrer Darstellung hat sich das Gesicht – oder haben sich bestimmte Merkmale im Gesicht – selbständig durch natürliche Prozesse wie Wachstum oder Alterung verändert.

Textstelle 7-3: Lena prä {0:28-0:43}

01 L: also jo es isch ebe so | dass ich mit dere lippespalte rächts
02 gebore worde bi (.) |
03 I: hmm |
04 L: und denn durch d_johre | durchs älter wärde | het sich das halt

```
05      so bizli ufezoge (.) | °h und au d_naseform isch scho relativ (.)
06      ussergewöhnlich | eifach d spitze vor all_m |
```

Der Veränderungsprozess wird von den Interviewten mehr oder weniger stark problematisiert. Während Lena die Brisanz der stattgefundenen Veränderung eher herabsetzt, dramatisiert Herr Kunert sie in seiner Darstellung sprachlich:

Textstelle 7-4: Herr Kunert prä {0:57-1:14}

```
01 K: aus dem grund bin ich genau hier her gekommen | um (--) da jetzt
02 (.) das (--) mähm problem mit der zunehmenden alterung | und (.)
03 ähm (.) die haut sackt ab | das gesicht verlässt einen einfach
04 nach unten (--) | °hhh zu (.) beheben wenn des möglich ist |
```

Diese natürliche Veränderung im Gesicht wird jeweils als ungewollt dargestellt und bietet Anlass für einen Operationswunsch. Im Gegensatz dazu wird in einem anderen Interview der Veränderungsprozess prospektiv geschildert.

Textstelle 7-5: Frau Favelli prä {0:27-0:36}

01 F: weil ich sowieso ein bisschen die (.) mundwinkel runter habe |
02 ein bisschen traurig | und das wird ja immer (.) mehr runter
03 kommen | jetzt im äl (.) im (.) im [alter] |
04 I: [hmm] |

Als Anstoß für die Beschäftigung mit einem gesichtschirurgischen Eingriff kann hier die *Antizipation* einer kommenden Veränderung gesehen werden – und dieser soll durch den Eingriff vorgegriffen werden.

Veränderungen durch vorhergehenden misslungenen Eingriff

→ Frau Widmer, Frau Kaymaz, Frau Müller

In manchen Interviews werden Veränderungen des Gesichts durch vorhergehende missglückte kosmetische Operationen als Auslöser vorgebracht. Die aktuelle Beschäftigung mit einem Eingriff ist in diesen Interviews als Folge des unbefriedigenden bzw. fatalen Ergebnisses dargestellt. Die Schilderungen der missglückten Eingriffe sind unterschiedlich dramatisch, die beschriebenen Folgen reichen von mangelhaften kosmetischen Resultaten („ich hab schon mal meine nase ästhetisch operiert | und es ist nicht so rausgekommen wie ich es wollte“, Frau Kaymaz, prä, 00:14) bis hin zu gravierenden (auch funktionalen) Komplikationen (Frau Müller) und gar einer kompletten Ohramputation (Frau Widmer).

Textstelle 7-6: Frau Widmer prä {0:33-1:28}

01 Wi: also ich hatte zuerst anlegeplastik (--) | also (.) ich hatte (.)
02 | ein ohr war mehr abgestanden als der andere |
((10 Sek. Auslassung))

03 Wi: das habe ich gemacht in ((osteuropäisches land)) |
 04 I: hmm |
 05 und äh (-) das ist ganz (---) | ganz schlimm gegangen (--) |
 06 I: [hm] |
 07 [und] dadurch habe ich den ganzen ohr verloren (--) | weil der
 08 knorpel hat sich infiziert (--) | u:nd ja (.) | so war die
 09 geschichte |
 10 I: ok |
 11 Wi: und jetzt seit zwe:i jahre: (.) nn (-) bin ich in (.) unispital
 12 I: hmm |
 13 Wi: in wiederherstellende chirurgie | und die versuchen (.) das alles
 14 aufzubauen |
 15 I: hmm |
 16 Wi: ich habe schon iks iks iks operationen hinter mir |

Auch die psychischen Folgen im Rahmen der Anpassung an die postoperative Situation werden unterschiedlich dargestellt (vergleiche dazu ausführlicher Abschnitt 7.3.3). Insbesondere Frau Widmer und Frau Müller schildern einen Leidensweg durch verschiedene medizinische Institutionen, der immer schlechtere Resultate brachte und schließlich in die gesichtschirurgische Sprechstunde geführt habe.

Textstelle 7-7: Frau Müller prä {1:03-3:46}

01 M: ja: als ich dann (.) äh sechzehn war (.) | ä:h (.) | hat man (.)
 02 das erste mal ((kosmetisch,LS)) (.) äh (.) operiert (.) | versuchte
 03 man die (.) na:se (.) ä gr (.) | nasenflügel und die nase gera:de
 04 (.) zu stellen (.) | °hh ä:h ist (aber) leider (.) missglückt |
 05 man hat dann fremdmaterial einges ein operiert | °hh u:nd ä das
 06 hat der körperabgestoßen (-) | da:raus folgten (.) wiederum
 07 schnitte (.) | oberhalb im nasenrücken (-) | so was zur folge
 08 hatte | dass ich (-)noch mehr (.) narben (.) hatte | die mich
 09 dann wie noch mehr störten (-) |
 ((54 Sek. Auslassung))
 10 M: als ich dann (.) ä:hm (.) zwanzig war (.) | suchte ich natürlich
 11 wieder (.) | einen anderen schönheitschirurgen auf (.) | äh in
 12 der hoffnung (.) | er könnte mir helfen und alles (.) besser
 13 machen (.) | leider wurde es halt immer wieder (.) | auch durch
 14 die vielen operationen | weil es auch immer (.) schwieriger wird
 15 | und komplizierter wird | °hhh dieses äh knorpel (.) gewebe (.)
 16 zu operieren (--) | war ähm brachte es nicht diesen erfolg den
 17 ich mir (.) | erhofft erträumt erwünscht hätte (-) | und (.) ähm
 18 (.) ja und pff wie soll ich sagen (.) | °hhh äh (---) | dann mit
 19 (.) mir hatte hab eigentlich schon fünf sechs operationen hinter
 20 mir (.) | am (.) nur am nasen im nasenbereich (.) | und (.) ähm

21 (---) jetzt (.) vor zwei jahren (.) ä:hm | eben war ich (.) wurde
 22 ich dann wieder operiert und (-) | n_da wurde es eben so wie
 23 jetzt (.) | so wie es jetzt ist sehr schlimm (-) | °hh ja: der
 24 operationsverlauf ist nicht ganz so geglückt (-) | wie man es
 25 sich erhofft hatte | °hh (.) ah und jetzt bin ich halt hier |

Der nun geplante Eingriff wird von den Interviewten als Folge der vorherigen Operationen dargestellt, durch die die schon entstandenen Schäden im Gesicht rückgängig gemacht oder zumindest korrigiert werden sollen.

7.1.2 Soziale Ebene: Erfahrungen mit Anderen

In den Darstellungen tauchen immer wieder auch andere Personen auf, die mehr oder weniger direkt dafür verantwortlich gemacht werden, dass nun ein Eingriff geplant ist. Die Anderen werden als reale Personen eingeführt, die durch Worte und/oder Taten zum Fortgang der Ereignisse unmittelbar beitragen. Ihnen werden sehr unterschiedliche Funktionen zugeschrieben: Sie können als Ärzte zitiert werden, die einen Eingriff vorgeschlagen, unterstützt oder angeordnet haben. Sie werden von einigen Interviewten mit ihren Aussagen als Verifizierung dafür heran gezogen, dass ein Eingriff notwendig erscheint. Zudem sind sie als positive Beispiele für gelungene Eingriffe dargestellt. In keinem Interview werden die Anderen als direkte Adressaten der Veränderung benannt – die Veränderung wird *nicht* als etwas dargestellt, das *für* einen anderen vorgenommen wird (um einer bestimmten Person besser zu gefallen, um jemanden zufrieden zu stellen o.Ä.).

Die Meinung der Ärzte

→ Frau Bauer, Herr Huber, Herr Weber, Frau Meyer, Frau Favelli, Frau Kaymaz, Frau Tran, Sandra

In den Interviews bieten Ärzte auf verschiedene Weise Anlass für die Beschäftigung mit einem gesichtschirurgischen Eingriff. Diejenigen Interviewten, die eine *maligne Veränderung im Gesicht* (siehe Abschnitt 7.1.1) als auslösenden Faktor beschreiben, stellen den Eingriff einheitlich als ärztlich verordnet dar. In ihren Schilderungen ist das Urteil der Ärzte ein entscheidender Anlass für den geplanten Eingriff. Der medizinische Aspekt wird in diesen Interviews betont, das eigene Urteil über Sinn und Unsinn des Eingriffs sowie über die Notwendigkeit einer kosmetischen Rekonstruktion hingegen weniger oder gar nicht relevant gemacht.

Textstelle 7-8: Frau Bauer prä {2:01-2:27}

01 B: und dann hat die (.) ä:h (-) die: (.) chirurgin gesagt | ja jetzt
 02 könnte man da diese salbe anstreichen |
 03 I: [hmm] |
 04 B: [die da]nn das (.) wachstum der (-) zellen hindert (.) | und dann
 05 hat der ((Arzt,LS)) halt gesagt | ja überall am körper aber nicht an
 06 der nase | weil das sieht so: scheußlich aus dan[n] (-) |
 07 I: [hmm] |

08 B: und das kann man einfach niemandem zumut[en] |
 09 I: [hmm] |
 10 B: und dann (-) hat sie selber gesagt | also jetzt wäre (.) besser
 11 eine plastische chirurgie und |
 12 I: hmm |
 13 B: hat er mich dort angemeldet |

Auch in Interviews, in denen eher das eigene Erleben als Anlass für den Veränderungswunsch dargestellt ist, wird die Meinung der Ärzte zitiert (Frau Favelli, Frau Kaymaz, Sandra, Frau Tran). Sie dient dabei als Beleg für die Veränderungswürdigkeit des Merkmals.

Textstelle 7-9: Frau Tran prä {2:49-2:56}

01 T: das hani au wölle verändere la (.) | wil (.) ebe (.) de herr
 02 ((name)) hät_s sälber gseh | es isch wük en falsche schnitt dinne
 03 (.) |
 04 I: hmm |
 05 T: da müesst me eifach no verbessere |

Die Meinung der Ärzte wird als Anstoß für einen Eingriff dargestellt, indem sie die schon vorhandene eigene Vorstellung der Interviewten noch einmal konsolidiert. Das ärztliche Urteil wird in diesen Darstellungen zum Auslöser, indem es den *Wunsch* nach gesichtschirurgischer Veränderung zur *Möglichkeit* macht.

Textstelle 7-10: Frau Favelli prä {0:23-0:40}

01 F: ich war dann beim doktor ((name)) (.) | hab gefragt was er meint
 02 | sagt er er kann bestimmt etwas machen (.) dass ich (.) | °hh
 03 weil ich sowieso ein bisschen die (-) mundwinkel runter habe (.)
 04 | ein bisschen traurig | und das wird ja immer (-) mehr runter
 05 kommen | jetzt im äl (.) im (.) im [alt]er (-) |
 06 I: [hmm]
 07 F: °hh und da hat er mir gesagt | ja das sei kein problem | das kann
 08 man machen

Versprachlichung/Manifestierung des „Problems“ durch andere

→ Frau Schneider, Yvonne, Sandra, Frau Kaymaz

Ein weiteres Thema, das in den Interviews immer wieder zur Sprache kommt, ist die Benennung des entsprechenden Merkmals durch Andere. So führt beispielsweise Frau Schneider auf die Eingangsfrage als einen „grund“, warum sie ein Muttermal an der Nase „entfernen lassen möchte“ an:

Textstelle 7-11: Frau Schneider prä {0:40-1:02}

01 S: und_ähm: (.) was so (.) vielleicht eben:: (-) auch (.) dinge sin:

02 | wenn man (.) drauf angesprochen wird | ah du hast da was | oder
 03 ähm (-) kinder vor allem (.) | die einen drauf ansprechen und
 04 sagen | du hast da was | oder | was hast du da: | warum hast du
 05 das (.) | was ist das (.) | und äh (.) | eben auch fremde
 06 personen die mir eben das häufig (auch mal) sagen (.) | was
 07 hast_n du da | oder (.) | mach mal da weg | oder so

Was Frau Schneider hier als Anlass darstellt, ist nicht das Muttermal selbst, sondern die Tatsache, darauf „angesprochen“ zu werden. Auch Yvonne beschreibt eine Situation als „ausschlaggebenden punkt“, in der sie auf ihre Nase angesprochen wird.

Textstelle 7-12: Yvonne prä {14:36-15:56}

01 Y: ich war irgendwie an so_m (.) an so_m musical (-) | ä:äh an so_m
 02 musical (.) | so_m so_m music open air (.) | so rock (.) äh (.)
 03 open air (-) | °hh du und da kam dann_n wildfremder typ zu mir
 04 her und so: (.) | und der hat mich dann irgendwie aa:h (.)
 05 quatscht (.) | bla bla bla und hin und her (.) | und setzt sich
 06 so zu mir a:hne (.) | und sagt zu mir | hey guck mal auf die
 07 seite (--) | und ich so | warum (-) | ja ich möcht mal deinen
 08 riesen zinken angucken (.) | aber du hast ja wenigstens schöne
 09 augen | des macht_s wett (--) | ja des war so die letzschde
 10 situation (.) | un do war für mich der u:ssschlag gebendi punkt |
 11 wo_n ich g_sait hab | so und jetzt (.) | jetzt reichs (---) |
 12 klar (.) | der hätt recht (.) | der hätt ja au recht (-) | des
 13 sieht ja au furchtbar us | ich find_s ja au hässlich (-) | ja (.)
 14 | aber da muss ma_s mir doch nit noch sa:ge (-) | ich weiß es jo

In Yvones Schilderung bestätigt die Benennung der Nase als „riesen zinken“ durch den „wildfremden typen“ ihre eigene Meinung: „des sieht ja au furchtbar us“. Die Manifestierung des ungeliebten Merkmals durch die Tatsache, dass ein anderer sie darauf anspricht, wird von Yvonne quasi als Tropfen geschildert, der das Fass zum Überlaufen bringt. Eine ähnliche Darstellung gibt es auch bei Sandra:

Textstelle 7-13: Sandra prä {3:27-3:50}

01 S: und dann hat noch der (.) doktor ((name)) hat noch gesagt | °hh
 02 jaa woll_n sie da oben noch den höcker weg | und dann dacht ich |
 03 uuh sie nennen_s selbst höcker (-) | ich hab eine höckernase
 04 ((lacht)) | dann dacht ich uäh (-) | °hh da hh° °hh (--) dacht
 05 ich wirklich | ich muss es machen |
 06 I: [((lacht))] |
 07 S: [es ist (.)] wirklich (.) zeit jetzt (-) | wenn nicht jetzt dann
 08 nie |
 09 I: hm_hm |

10 S: ja (.) so werd ich_s machen |

Die Benennung des sie selbst störenden Merkmals als „höckernase“ durch den Arzt wird von Sandra als *point of no return* dargestellt. Nachdem das Problem sogar durch den Fachmann erkannt und ausgesprochen ist, wird Sandras Darstellung zufolge ihre eigene Abscheu so groß, dass es keine Alternative zu einem chirurgischen Eingriff mehr zu geben scheint – die Entfernung des „Höckers“ wird zur Notwendigkeit. Die Aussagen der Anderen werden in unterschiedlichem Maße als direkte Bewertungen dargestellt. Während in Yvones Darstellung die Äußerung des Gegenübers deutlich abwertend ist, wählt der Arzt in Sandras Erzählung eher neutralere Worte. Allen Beispielen ist gemeinsam, dass der Veränderungswunsch zu dem Zeitpunkt drängend wird, an dem die eigene Ablehnung durch Aussagen Anderer als bestätigt gesehen wird. Das heißt mit anderen Worten: Ab dem Zeitpunkt, zu dem das *subjektive* Problem durch sein Aussprechen *intersubjektiv* manifestiert – und damit quasi objektiviert – ist.

Die Brisanz dieses Vorgangs zeigt sich auch in anderen Interviews, indem er jedoch aus einer ganz anderen Perspektive geschildert wird. Frau Kaymaz beschreibt, wie sie eine Benennung des sie störenden Merkmals *umgeht*, und damit vermeidet, dass es für die Anderen zum Anstoß für Kritik wird.

Textstelle 7-14: Frau Kaymaz prä {48:51-49:16}

01 K: wenn ich jetzt je:dem erzählen würde | was ich an mir nicht schön
02 finde (.) | dann fällt es diesen leuten auch auf (.) | was ich an
03 mir nicht schön habe (.) | °hh aber wenn ich niemandem erzähle |
04 was ich an mir nicht schön finde | dann (.) kommt auch niemand zu
05 mir | und (.) tut mich wegen die: (.) diese diese pünkte auch
06 irgendwie kritisieren (---) | ja und (.) das ist wie eine methode
07 von mir | und so hab ich immer gelebt | und so werd ich weiterhin
08 leben |

Diese Argumentation lässt die Schlussfolgerung zu, dass das problematische Merkmal solange zwischenmenschlich nicht relevant wird, solange es nicht ausgesprochen und damit manifest ist. Damit weist die Interviewte die Versprachlichung des Merkmals als Anlass für ihren Veränderungswunsch explizit zurück: Sie selbst sorgt aktiv dafür, dass an dieser Stelle kein Anlass entsteht.

Negative soziale Reaktionen

Einige der Interviewten schildern Erfahrungen von negativen sozialen Reaktionen oder gar sozialer Ausgrenzung aufgrund bestimmter Merkmale ihres Gesichts. Insbesondere Frau Müller kommt in ihrem Interview immer wieder auf solche Situationen zu sprechen: „man merkt diese blicke | diese dummen sprüche hört man an seinem rücken“ (Frau Müller, prä, 04:12). Ihre Darstellungen beschreiben meist „allgemeine“ Vorgänge, die erst im zweiten Schritt oder auf direkte Nachfrage der Interviewerin als eigene Erfahrungen erkennbar werden.

Textstelle 7-15: Frau Müller prä {00:42-01:02}

01 M: und natürlich dann auch_äh in der schule (.) | es ist sehr
02 brutal für ein kind wo:: missbildungen hat | es wird sehr sehr
03 gehänselt | und ich glaub das hat mich °hh dazu getrieben | alle
04 weiteren (.) operationen | immer wieder immer wieder zu machen
05 und zu verbessern | das irgendwie (-) weg haben (-) zu wollen

Frau Müller stellt es als unumstößliche Tatsache dar, dass ein Kind, „wo missbildungen hat“ (also, so impliziert sie, ein Kind wie sie) „sehr sehr gehänselt“ wird. Ihr zufolge ist diese Tatsache der direkte Anlass, „immer wieder“ Eingriffe am Gesicht vornehmen zu lassen.

Auch Yvonne schildert negative Reaktionen anderer:

Textstelle 7-16: Yvonne prä {11:53-12:28}

01 Y: du riechst sicher gu:t hä (--)| und so: sprüche weist | ha | wenn
02 du deine nase putzt brauchst bestimmt_n bettlaken (.) | weist (.)
03 | solche sachen (.) | sowas- sowas hör ich mir nich gern an |
04 weist | da werd ich ziemlich (-) bö:s dann | ich vertra:g ja viel
05 (.) | ich kann viel einstecken | und ich teil auch viel aus |
06 aber da hört_s bei mir dann auf (.)| hmm (.) | da find ich_s dann
07 nicht mehr lustig (.) | brech ich grad in tränen aus wenn sowas
08 is (-) | doch echt
09 I: hmm
10 Y: voll (.) der wunde punkt | (---)
11 I: ja:
12 Y: wenn_s auch sonst nich viel gibt | aber des is einer (.) | un des
13 kann ich gar nich vertragen.| (---)
14 I: hm
15 Y: ja: | (--)
16 I: ((schluckt)) kannst dich noch (.) erinnern (-) | wer- wer hat
17 denn sowas g_sagt (.) | oder wann wann_s |
18 Y: wer des war (-) | du | teilweise wildfremde leute
19 I: in was für situationen
20 du | wenn man da irgendwie in ner kleinen gesprächsrunde zusammen
21 | weist | kollegen von kollegen von kollegen | kennste ja (.) |
22 so (.) | hockscht in_ere rundi (-) | hmm | und dann war ma so|
23 ä_ä_ä (.) | du (.) | ((pfeift, deutet mit dem Finger Geste an
24 die übertrieben die Form der Nase nachzeichnet)) | nn hab ich
25 gesagt | hallo (.) | kenne mir uns oder (--)| geht_s noch

Auch in Yvones Darstellung bekommen die negativen Reaktionen etwas Allgemeines: Sie platziert sie in iterativen sozialen Situationen, wobei die Kommentare selbst singulär wirken. Yvonne macht deutlich, wie sehr die Kommentare sie verletzen und macht sie

am Ende der Sequenz zu einem Auslöser für ihren Wunsch nach chirurgischer Veränderung.

Empfehlung Anderer

→ Frau Favelli, Herr Keller

Herr Keller berichtet (im zweiten Interview, als expliziten „Nachtrag“ zum ersten), dass er den Eingriff quasi empfohlen bekommen habe:

Textstelle 7-17: Herr Keller post {0:05-0:30}

01 K: ich bin amene fescht gsi (.) | und denn sind anderi lüt dört
02 gsi | und die händ das gseh (.) | und die hän au öpper kennt |
03 wo das problem gha het mit dr nase
04 I: ah okay
05 K: und dä het mir g_rote (.) | ich söll das operiere la
06 I: aha
07 K: und denn bini nachher übere husarzt °h

Frau Favelli macht in ihrem Interview direkt eine andere Person als Anlass relevant, indem sie ein positives Beispiel für einen gesichtschirurgischen Eingriff bietet. Sie antwortet auf die Eingangsfrage, wie es dazu kam, dass sie in die gesichtschirurgische Sprechstunde kam:

Textstelle 7-18: Frau Favelli prä {0:13-0:21}

01 F: weil meine schwester das gemacht hat (--) |
02 I: das hat sie auf die idee gebra[cht] |
03 F: [ja] |
04 I: mhm |
05 F: sie ist jünger als ich (.) | ein jahr (-) | und ich finde es ist
06 bei ihr gut gekommen

Ihre Schwester wird von Frau Favelli als direkter Auslöser für den eigenen Operationswunsch dargestellt (so bemerkt sie auch später noch einmal: „ohne meine schwester hätt ich da jetzt vielleicht nicht dran gedacht | das ist schon weil ich das jetzt gesehen habe“, Frau Favelli, prä, 13:39). Die Schwester wird als positives Beispiel angeführt, das der Interviewten die Möglichkeit und den Gewinn eines solchen Eingriffs erst vor Augen führt.

7.1.3 Selbstbezügliche Ebene: Das eigene (innerpsychische) Erleben

Es gibt Interviewte, die weder Veränderungen im Gesicht noch die Meinung anderer als Auslöser einführen, sondern vielmehr die Tatsache, *selbst* ein Problem mit bestimmten Merkmalen ihres Gesichts zu haben. Die Beschäftigung mit einem gesichtschirurgischen Eingriff setzt voraus, dass zu irgendeinem Zeitpunkt überhaupt ein Problem bezüglich des Gesichts wahrgenommen wird. Die Darstellung des eigenen Erlebens als Anlass setzt also eine innere Problematisierung von Merkmalen des Gesichts voraus. Diese kann

bedeuten, dass die eigene Selbstwahrnehmung sich vermehrt auf ein bestimmtes Merkmal richtet und dieses als abweichend erkannt wird. In anderen Darstellungen ist es das Zusammenspiel der eigenen Einstellung mit den imaginierten Blicken Anderer, das eine Problematisierung bedingt. Auch das Erleben von psychischer Belastung durch bestimmte Merkmale im Gesicht kann Ausschlag dafür bieten, in einer Art Abwärtsspirale diese Merkmale als wiederum zunehmend problematisch zu empfinden.

Gewahrwerden des Merkmals als „Problem“

→ Frau Müller, Frau Tran

Einige Interviewte machen deutlich, dass ihre eigene Wahrnehmung für sie ein Anlass für die Beschäftigung mit einem Eingriff ist. Sie stellen in den Vordergrund, dass sie selbst ihr Gesicht oder dessen Merkmale seit einiger Zeit als problematisch erleben.

Textstelle 7-19: Frau Tran prä {0:25-0:40}

01 T: es isch eigentlich scho sit e (.) chli a | dass ich jetz
02 unzufriede bin mit minere nase (-) | also ich hab (immer) e
03 chlini nase gha (-) | aso_s gseht mer au bi mir a: (.) | und d_s:
04 (.) hat mich scho sit (.) sit ich (.) glaub zwölfi bin | hat mich
05 das (.) | isch mir das ufgfalle | und hat mi au chli prägt |

Die Interviewte leitet mit der Tatsache ein, dass sie selbst mit ihrer Nase „unzufrieden“ sei. In ihrer Darstellung ist es nicht die Nase, die sich ändert – diese war schon immer „klein“. Sie macht vielmehr einen Zeitpunkt in der Vergangenheit relevant, an dem ihr dies „aufgefallen“ sei. Diese Art der Darstellung findet sich auch in anderen Interviews: Damit ein Merkmal für seinen Träger als veränderungswürdig erscheinen kann, muss es zunächst als problematisch erkannt werden. So beschreibt auch Frau Müller diesen Zeitpunkt des Gewährwerdens des problematischen Merkmals in ihrer Antwort auf die Eingangsfrage:

Textstelle 7-20: Frau Müller prä {0:30-0:41}

01 M: und ich ich kann mich erinnern | ich (.) w war wohl schon zehn
02 oder so | wie ich eigentlich selbst | das erste mal (.) °hh
03 realisiert habe | °hh dass ich eigentlich anders bin als die
04 anderen | im gesicht net also (.) |

Die Realisierung, dass etwas problematisch ist – hier die Tatsache „anders“ zu sein „als die anderen“ – ist in diesen Darstellungen die Voraussetzung für einen Veränderungswunsch. Der Anlass für die Beschäftigung mit einem Eingriff wird demnach als im eigenen Erleben begründet dargestellt: Es ist die eigene Unzufriedenheit, das eigene Gefühl, ein Problem zu haben, das zu irgendeinem Zeitpunkt in der Vergangenheit entstand und nun der Motor für die Ereignisse ist. Dabei wird kein konkreter Anlass für diese veränderte Wahrnehmung genannt. Folgt man den

Darstellungen, scheint eher ein allgemeiner Prozess der zunehmenden Selbstwahrnehmung zu diesem Punkt zu führen.

Das Selbsterleben im sozialen Kontext

→ Frau Kaymaz, Frau Müller, Yvonne, Sandra, Herr Keller,

Es finden sich auch Darstellungen, in denen die eigene Unzufriedenheit mit dem Gesicht erst dadurch Bedeutung erhält, dass sie in einen sozialen Kontext gestellt wird. Die eigene Einstellung zu dem störenden Merkmal wird in den Schilderungen durch den Blick von außen begründet, verstärkt bzw. konsolidiert. Dabei ist jedoch entscheidend, dass eben nicht die Anderen als Anlass für die Beschäftigung mit einem gesichtschirurgischen Eingriff dargestellt werden (wie im Abschnitt „Andere als Anlass“). Erst in Kombination mit der eigenen Unzufriedenheit werden den Interviewten zufolge die Blicke oder die Reaktionen der Anderen zu einem Problem, das Anlass für Handlungsbedarf bietet.

Textstelle 7-21: Frau Kaymaz prä {34:07-34:48}

01 K: aber ich hab immer das gefühl | die leute schauen automatisch auf
02 meine nase | weil irgendwelche auch gemerkt haben | dass was mit
03 meiner nase nicht stimmt (-) | und jetzt hab ich (.) weil ich
04 selber komplexe habe | hab ich immer das gefühl sie schauen mich
05 auf die nase (-) | sie denken ja ich hab ein schräge nase (--) |
06 I: hmm |
07 K: aber dabei (.) weiß ich auch (.) im inneren (-) | nicht jeder
08 achtet auf meine nase | ich mein ich hab (-) bei mir so viele
09 positive sachen (.) | bin ein guter mensch | wieso soll denn
10 jeder auf meine nase schauen | vor allem meine mädchen (.) oder
11 (.) | ich mein sie ist meine freundin (-) | ich bin mir
12 <<lachend>so sicher> | dass meine freundin jetzt nicht die ganze
13 zeit auf meine nase schaut | und dass es ihr stört | dass ich ein
14 schrägen nase habe (-) | aber es stört ja mich | das ist eben für
15 mich ein grund genug für alles

In der Darstellung bezieht Frau Kaymaz sich auf das „gefühl“, die Anderen würden auf ihre Nase schauen, das ihr zufolge daraus entsteht, dass sie „selber komplexe“ habe. So wie sie es darstellt, hat dieses Gefühl zwar eine reale Basis („weil irgendwelche ja auch gemerkt haben | dass was mit meiner nase nicht stimmt“), es wird jedoch erst im Zusammenhang mit der eigenen Einstellung (den „komplexen“) zum Problem. Der Anlass, den Frau Kaymaz für ihren Operationswunsch geltend macht, ist explizit ihr eigenes Erleben („aber es stört ja mich | das ist eben für mich ein grund genug für alles“).

In den Interviews wird zudem immer wieder deutlich, dass es eben nicht die realen Anderen sind, die den Anstoß für den Veränderungswunsch geben, sondern die *Vorstellung*, dass die Anderen den eigenen Makel erkennen könnten.

Textstelle 7-22: Frau Müller prä {4:25-4:41}

01 M: °hh ich selbst hab ein kleines kind (.) | einen (.) sohn | der
02 ist (.) vierzehn monate alt (-) | und ähm (--) | ich hab angst
03 wenn der größer wird und realisiert | (1.5) | dass sein mama halt
04 so: aussieht | also (--) ja |

Frau Müller antizipiert in dieser Darstellung den Blick des Sohnes in der Zukunft, vor dem sie, wie sie sagt „angst“ hat. Was Frau Müller hier als einen Auslöser für ihren Veränderungswunsch beschreibt, ist keine Veränderung, die an ihrem Gesicht stattfindet, und es ist auch keine Handlung des Sohnes. Es ist der zukünftige (imaginierte) Blick des Sohnes auf ihr Gesicht, den sie im Jetzt antizipiert.

In einigen Interviews werden aktuelle Strategien beschrieben, mithilfe derer der Blick der Anderen vermieden wird.

Textstelle 7-23: Yvonne prä {2:39-3:04}

01 Y: wenn ich an der ampel steh | un e (.) auto steht parallel zu mir
02 | hab ich immer das gefühl | die glotzen mir alle auf die nase
03 ja | weil ich so ne riesen (.) son riesen rüssel hab (.) | dann
04 guck ich immer verschämt rüber | oder heb die hand so hin ja
05 ((macht Geste)) so |
06 I: hm_m |
07 Y: dass man des nicht sieht (.) | weil ich schäm mich dafür total
08 oder | mir (.) g_fällts ga:r nicht |
09 I: hm_m |
10 Y: hmm (2.0) ja (.) des is des hauptproblem (.) einfach (.) |
11 I: hm_m |
12 Y: selber en problem damit zu haben (--) |

Was Yvonne hier deutlich benennt, ist die Scham, die sie für ihre Nase empfindet. Diese entsteht ihr zufolge durch die Vorstellung, dass die Anderen das verhasste Merkmal, den „riesen rüssel“, sehen könnten. Dabei wird deutlich, dass sie diese *Scham* zu einem Problem ihres eigenen Empfindens macht – das „hauptproblem“, so führt sie aus, ist „selber en problem damit zu haben“. Auch andere Interviewte benennen die Scham explizit als Anlass für den Operationswunsch. Sie machen damit das eigene Gefühl, das eigene Erleben angesichts der von außen kommenden Blicke der Anderen zum Aufhänger für den Veränderungswunsch. So sagt beispielsweise Sandra: „diese gefühle die jetzt vorhanden sind | dieses dafür schämen | das muss verschwinden | egal wie | auch mit schmerzen“ (prä, 18:04).

Nur in einem Interview führt dieses Gefühl der Scham in der Darstellung zu einer realen Auseinandersetzung mit einem Gegenüber:

Textstelle 7-24: Herr Keller prä {1:42-2:04}

01 K: mit dr zyt fohts denn eifach ge (.) afa geniere |

02 und denn [sai] me emal irgendwann (-) |
03 I: [hmm] |
04 K: jetzt muss ich halt emal öpplis unternäh [und] (.) |
05 I: [hmm] |
06 K: wem merkt dr Ehepartner dā störs ebe au lang[sam] |
07 I: [hmm] |
08 K: und denn hät de (.) duet me (-) jo miteneand das Absprache |
09 und (.) |
10 I: hmm |
11 K: dorum bini jetzt (.) do |

Auch in Herrn Kellers Darstellung ist die Tatsache, sich zu „geniere“, ein Anlass für Veränderung. Er konkretisiert dies am Beispiel des eigenen Erlebens, den „ehепartner“ störe das betreffende Merkmal auch. In Herrn Kellers (allgemein gehaltener) Schilderung hat dies jedoch konkrete zwischenmenschliche Ereignisse zur Folge: Man bespricht das Problem miteinander. In Herrn Kellers Darstellung ist diese reale gemeinsame Absprache mit dem Ehepartner schließlich ein weiterer Anlass, der für ihn zum Aufsuchen der gesichts chirurgischen Sprechstunde führt.

In den Darstellungen werden nicht nur die (vermeintlich) negativen Blicke und Reaktionen von Anderen relevant gemacht. Herr Kunert macht in seinem Interview vielmehr sein zunehmendes Verschwinden in den Augen anderer zum Anlass, einen gesichtschirurgischen Eingriff in Anspruch zu nehmen.

Textstelle 7-25: Herr Kunert prä {3:23-3:41}

01 K: schönheit kommt von innen (-) das stimmt (2.5) | nur wenn: (-)
02 der vorhang da drüber zugeht | dann sieht man die schönheit innen
03 halt auch weniger (.) stark (1.5) | und das ist | so: empfind ich
04 das (.) | als ob da: plötzlich der bünnenvorhang so langsam
05 zugeht | immer dicker wird (-) undurchsichtiger

Herr Kunert macht deutlich, dass er die Veränderung seines Gesichts als etwas empfindet, das ihn als Person für andere unsichtbar macht: Das Gesicht wirkt wie ein „bühnenvorhang“, der seine innere Schönheit für andere verdeckt. In Herrn Kunerts Darstellung sind es nicht die negativen Blicke der Anderen, sondern es ist die Tatsache, dass diese Blicke nicht mehr zu im „durchdringen“, die Anlass für einen Veränderungswunsch bietet.

Psychische Belastung

→ Frau Müller, Yvonne, Frau Widmer, Sandra

Einige Interviewte stellen auch ihre psychische Belastung als einen Anlass für die Beschäftigung mit einem gesichtschirurgischen Eingriff dar. Dabei kann die psychische Belastung direkt auf das entsprechende Merkmal des Gesichts zurück geführt sein.

Textstelle 7-26: Yvonne prä {8:18-9:00}

01 Y: also es stört mich überhaupt nichts an mir (--) | usser des mit
02 der nase | des is für mich total schrecklich | °hh zumal des halt
03 au Zentrum vom Gesicht isch oder (.) | des isch des erste was man
04 sieht (--) | irgendwie (.) | und wenn man so ne hakennase hat
05 irgendwie | des sieht doch total (-) schlecht aus (-) | find ich
06 (.) | ich find_s hässlich (-) | s sag immer alle | hey des is
07 doch ne charakternase (-) | und hin (.) und her (.) | °h ja (-)
08 mag jeder denken was er möchte (.) | darf er auch sagen | aber
09 (.) mich interessiert_s persönlich nicht (-) | ich muss ja damit
10 rumlaufen (.) net jemand anderes | (---) |
11 I: hmm |
12 Y: weist (.) so | (---) | hmm (-) |
13 I: hmm (--)
14 S: und ich mach des ja auch für mich | ich mach des nit für
15 irgendjemand anderes (.) | °h ich mach des für mein seelenfrieden
16 (--) | und für sonscht nichts |

Yvonne stellt sich an dieser Stelle im Interview als psychisch belastet dar. Sie führt diese Belastung auf das Aussehen und die prominente Position ihrer Nase zurück und schränkt sie auch explizit darauf ein. Dabei macht sie deutlich, dass ihre eigene Belastung durch die Nase unabhängig von der Meinung und den Beruhigungsversuchen Anderer ist. Sie will, so stellt sie es dar, ihre Nase im Dienste ihres *eigenen* „seelenfriedens“ chirurgisch verändern. Demzufolge will sie durch einen Eingriff ein Merkmal ihres Gesichts, durch das sie sich psychisch belastet fühlt, chirurgisch so verändern, dass die psychische Belastung verschwindet – ihre Seele also Frieden findet. Nicht immer wird die Belastung so deutlich auf ein Merkmal eingeschränkt. In Frau Müllers Schilderung bietet das Erleben, in einem falschen Körper zu sein, den Anlass für den Wunsch nach einem gesichtschirurgischen Eingriff.

Textstelle 7-27: Frau Müller prä {5:48-6:13}

01 M: ja (irgen- wie) ich ihnen schon (.) | im vorfeld gesagt hab | ma:
02 °hhh ma sitzt in_em körper fest | den ma nicht lieben kann | den
03 ma nicht annehmen kann | und d_s isch gan is ganz schlimm | an
04 manchen tagen geht_s besser (-) | und dann wieder: (.) | ich sag
05 mal (-) | fünfundsechzig tage im jahr geht_s gut | und (.) äh (.)
06 dreihundert tage (-) fühlt man sich (.) mies | und will (.) nur
07 raus und weg und will das verändert haben | will das (-) besser
08 haben anders haben |

Folgt man Frau Müllers Darstellung, ist der Anlass für die Beschäftigung mit einem gesichtschirurgischen Eingriff das Gefühl, im eigenen falschen Körper gefangen zu sein. Einen weiteren, noch etwas anders akzentuierten Anlass im eigenen Erleben schildert

Frau Widmer. Sie beschreibt in ihrem Interview einen dramatischen Selbstverlust im Anschluss an eine misslungene Operation und die dadurch bedingte Ohramputation. Dieser prekäre psychische Zustand bietet für sie Anlass, trotz der schlechten Erfahrungen im Vorfeld einen erneuten Eingriff in Erwägung zu ziehen.

Textstelle 7-28: Frau Widmer prä {15:39-16:17}

01 W: ich weiß nicht was das hat mir weggenommen | irgendwie meine (.)
02 meine | (2.0) | °hh nicht selbstwertgefühl | sonst ich (-) °hh
03 (--) | irgendwie selbstsicherheit oder (.) | ich ich weiß (.) ich
04 kann das nicht beschreiben (--) | ich fühle mich nicht sicher |
05 ich bin wie wie ei (.) wie | (2.0) | wie etwas mir fehlt (.) |
06 wie ein teil ist von mir weg (9.0) | ich fühle mich nicht gleich
07 wie die andere leute | die das nicht <<weinend>durchgemacht
08 haben> | ((weint)) |

Die psychische Belastung als Anlass für die Beschäftigung mit einem gesichtschirurgischen Eingriff kann also sehr unterschiedlich dramatisch geschildert sein. In den Schilderungen ist sie nicht immer nur auf das entsprechende zu verändernde Merkmal bezogen, sondern kann das gesamte Körperempfinden oder das Selbsterleben betreffen. Dies ist eng mit der Frage verbunden, was der Veränderungswunsch ist, der mit dem Eingriff einher geht (dazu Kapitel 7.2).

7.1.4 Technische Ebene: Medizinisch-technische Machbarkeit und funktionale Aspekte

Das Erleben einer psychischen Bedrängnis liegt als Anlass für das Aufsuchen der gesichtschirurgischen Sprechstunde nahe. Tatsächlich wird auf diese Annahme in einigen Interviews explizit oder implizit Bezug genommen, indem sie *zurückgewiesen* wird. Es zeigt sich darin, dass die Interviewten gewissermaßen die Unterstellung antizipieren, sie hätten ein Problem. Gleichzeitig entsteht so ein Begründungsvakuum: Wieso operieren, wenn es doch kein Problem gibt? Diese Lücke wird durch den Verweis auf die medizinischen Möglichkeiten oder den funktionalen Gewinn eines Eingriffs gefüllt. Der Eingriff wird demnach nicht aus Not erwogen, sondern weil er möglich ist und/oder weil er einen Gewinn verspricht.

Technische Machbarkeit

In einigen Interviews wird das eigene Wissen um die technische Machbarkeit von gesichtschirurgischen Eingriffen zum Thema. Es kann dabei als ein Punkt unter vielen genannt sein, der schlussendlich im Zusammenspiel mit anderen Faktoren eine notwendige Voraussetzung ist, damit die Auseinandersetzung mit einem Eingriff überhaupt Sinn ergibt. So konstatiert Herr Kunert: „und weil des möglich ist (.) heutzutage | möchte ich das versuchen“. Die Weiterentwicklung von Möglichkeiten in der Chirurgie kann auch als wichtigster Anlass dargestellt werden, sich mit einem solchen Eingriff überhaupt zu befassen:

Textstelle 7-29: Lena prä {0:45-1:00}

01 L: bi mir isch_s einfach nu_mal drum gange | zum erfa:hre was
02 chönnt me (.) aktuell mache | mit em hütige stand vo de
03 technik au (-) | s goht einfach mehr um das | also ich ha
04 jetzt nit vor öppis mache z_lo: | ich möcht einfach
05 z_ersch mal wüsse | <<pronunziert>was(.) isch(.) möglich

Lena stellt in ihrer Darstellung gleich zu Beginn des Interviews die technische Machbarkeit in den Vordergrund ihrer Überlegungen. Damit weist sie gleichzeitig die anderen Aspekte, die über die Interviews hinweg als Auslöser identifiziert wurden, zurück. Sie problematisiert ihr Gesicht und seine Veränderungen nicht, sondern nimmt die neuen technischen Möglichkeiten zum Anlass, über einen erneuten Eingriff nachzudenken – nicht, so können wir folgern, weil es *notwendig* wäre, sondern weil es (möglicherweise) *machbar* ist. Noch expliziter findet diese Zurückweisung eines Problems als Auslöser im Interview mit Frau Favelli statt.

Textstelle 7-30: Frau Favelli prä {14:53-15:15}

01 F: ich glaube ich fühl mich nachher gut und (.) | also ich fühl mich
02 auch jetzt gut | also es ist nicht | dass ich irgendwie (.) °hh
03 probleme hätte so weiter zu leben (-) | es ist wirklich zufall
04 (-) | durch meine schwester | dass ich gesagt hab doch das mach
05 ich auch | (3.0) | und sonst wär ich so auch zufrieden gewesen |
06 (---) | wenn ich das nicht äh (.) zufällig getroffen hätte |

Frau Favelli antizipiert offenbar eine Hörererwartung, die sie zurückweist: „also es ist nicht | dass ich irgendwie probleme hätte so weiter zu leben“. Der Anlass ist nicht in einem Defizit begründet, sondern im zufälligen Gewähr-Werden einer *Optimierungsmöglichkeit* durch das Beispiel der Schwester. Es geht, in anderen Worten, nicht um den Ausgleich eines (empfundenen) „Minus“, sondern um den Genuss eines „Plus“.

In einem Interview wird die eigene positive Erfahrung mit einem gesichtschirurgischen Eingriff in der Vergangenheit zum Anlass, erneut einen Eingriff zu erwägen.

Textstelle 7-31: Herr Kunert prä {00:20-00:47}

01 K: der grund warum ich hergekommen bin ist_ä | weil ich vo:r (-)
02 circa: | (3.5) | zwanzig jahren (--) |
03 I: hm_m
04 K: schon ma: hier war
05 I: hm_m
06 K: mit (.) äh einem anderen (--) äh problem | das meine: (.) | das
07 mich selber (.) sehr (.) belastet hat | des war (-) die na:se |
08 und des ist hier gemacht worden (-) | u:nd danach war das wie_ne
09 wiedergeburt (-) | <<betont>für mIch>

Herr Kunert macht an dieser Stelle gleich zu Beginn des Interviews die Erfahrung einer „wiedergeburt“, die er mit dem letzten Eingriff erreicht hat, zum Anlass („grund“) für ein neuerliches Aufsuchen der Chirurgie. Auch hier geht es also um ein Wissen um die „technische Machbarkeit“, das Herr Kunert aus Erfahrung erworben hat.

Medizinische Funktionalität

→ Yvonne, Frau Schneider, Frau Tran

In einigen Interviews wird als ein zusätzlicher Anlass für die Beschäftigung mit einem gesichtschirurgischen Eingriff auch die Einschränkung in der Funktionalität bestimmter Merkmale des Gesichts benannt.

Textstelle 7-32: Frau Tran prä {0:44-1:07}

01 T: also ich ha au mü:eh mit brülle chaufe | aso ich brüchti e brülle
02 (.) | °hh und ich hätt so gern eini | und all sägend | ja (.) dis
03 gsicht passt (.) würlklich zunere brülle (.) | muesch es ha | aber
04 s (-) hätt nie passt (.) | es rutscht ständig abe (.) | °hh und
05 es närvt halt | mit der zyt hani das eifach (.) gäld eifach
06 us_em fänschter gworfe | dass ich brülle wieder kauft ha für
07 sächshundert franke (.) siebehundert franke (-) |
08 I: hmm
09 T: und ich_s nöd alegge (.) | wil ebe die ganz zyt rutscht_s | das
10 närvt (-) | dasch mal de eint grund gsi |

Folgt man Frau Trans Schilderung, kann ihre Nase aufgrund ihrer Form bestimmte Aufgaben nicht übernehmen, die sie eigentlich inne hätte – nämlich das Tragen einer Brille. So wird die mangelnde Funktionalität der Nase zu einem Anlass, diese verändern zu wollen. Funktionale Einschränkungen werden von den Interviewten neben dem ästhetischen Anspruch mehr oder weniger in den Vordergrund gerückt. Yvonne stellt die durch den Unfall bedingt eingeschränkte Respiration als einen Anlass für ihren Operationswunsch in den Vordergrund und weist der kosmetischen Korrektur für den Fortgang der Ereignisse explizit eine untergeordnete Rolle zu.

Textstelle 7-33: Yvonne prä {1:02-2:23}

01 Y: also als aller erstes mal ist es ja nur ein funktionelles
02 problem |
03 I: hmm |
04 Y: ist ja nicht nur das (--) mit dem höcker (.) | sondern au noch
05 mit der (-) nasenscheidewandverengung |
(65 Sek. Auslassung, Ausführung über funktionale Einschränkung)
06 I: und den höcker lässt du dann auch (-) korrigieren
07 Y: hmm (--) | wenn wir schon grad dabei sin |
08 I: hmm
09 Y: machen wir des ((den Höcker, LS)) auch grad noch weg (.) | weil mich

Im Gegensatz dazu erwähnt Sandra den funktionalen Aspekt zwar, rahmt ihn jedoch explizit als nebensächlich gegenüber dem kosmetischen Anspruch an den Eingriff.

Textstelle 7-34: Sandra prä {3:51-4:06}

01 S: aber es sind (.) ästhetische gründe (--) | die mir viel mehr mühe
02 bereiten | an_s andere hab ich mich gewöhnt (.) | ich atme durch
03 den mund und es geht (--) | °hhh (-) ja (-) |
04 I: hmm
05 S: aber es ist hauptsächlich das aussehen das mich sehr sehr stört
06 ((lacht))

Für Sandra ist es „hauptsächlich das aussehen“, das sie als Anlass für ihre Konsultation der gesichtschirurgischen Sprechstunde geltend macht.

An vielen Stellen ist es in den Interviews kaum möglich, die Anlässe, die von den Interviewten für den Wunsch nach einem gesichtschirurgischen Eingriff angeführt werden, von den Hoffnungen bezüglich der Ergebnisse zu trennen. In der Auswertung wurde für die Darstellung versucht, die in diesem Abschnitt dargestellten Ereignisse aus der Vergangenheit wenn möglich von Projektionen in die Zukunft zu trennen.

7.2 Ergebniswünsche, -hoffnungen und -fantasien

Bei der Auswertung der Frage, welche Projektionen in die Zukunft die Interviewten machen – was sie sich an Veränderung durch den Eingriff erhoffen bzw. fantasieren – zeigte sich, dass diese Projektionen im Gegensatz zu den komplexen Schilderungen der *Anlässe* eher selten sind und vage bleiben, auch und insbesondere auf konkrete Nachfrage. Direkte, offen gehaltene Interviewfragen nach möglichen postoperativen Veränderungen (z.B. „Was erhoffen Sie sich am meisten“) scheinen nicht leicht zu beantworten zu sein: Insbesondere die explizit geäußerten Veränderungsfantasien sind deutlich weniger ausdifferenziert als die Schilderungen der *Anlässe*. Dies macht insofern Sinn, als der Ausgang noch unklar ist – es gibt keine abgeschlossenen *stories* zu erzählen, wie es für den Weg in die Sprechstunde eher der Fall ist. Hinzu kommt, dass die Behandelten von den Chirurgen in ihren Erwartungen eher gebremst werden. Hier zeigt sich vielleicht auch der Effekt, dass die Interviewten an einem Universitätsspital behandelt werden, und nicht in einer privaten „Beauty-Klinik“, wo die Veränderungs- und Erfolgsversprechen aufgrund der stärkeren Dienstleistungs- und Profitorientierung ausgeprägter sind. Möglicherweise hemmt auch das Wissen, dass es ein „evaluatives“ postoperatives Interview geben wird, in dem die zuvor geäußerten Wünsche quasi „abgeglichen“ werden, daran, zu deutlich zu werden, und sich damit auf bestimmte Erwartungen „festzulegen“.

Implizit ergeben sich Ergebnisfantasien auch aus den *Anlässen* und Gründen für den Eingriff: Was mich zu einem Eingriff treibt, spielt auch bezüglich der Hoffnung in die Zukunft eine Rolle. Tatsächlich kristallisierten sich bei der Kodierung der Ergebniswünsche und -fantasien parallel zur Kodierung der *Anlässe* „körperliche Ebene“, „soziale Ebene“ und „selbstbezügliche Ebene“ als übergreifende Kategorien heraus. Dadurch, dass *Anlässe* und Ergebnisfantasien getrennt voneinander kodiert wurden, zeigte sich jedoch, dass beides nicht zwangsläufig parallel konstruiert wurde: *Anlässe* auf der körperlichen Ebene sind in den Interviews durchaus mit explizit geäußerten Hoffnungen auf Veränderungen auf der selbstbezüglichen Ebene verbunden, *Anlässe* auf der selbstbezüglichen Ebene mit Hoffnungen auf Veränderungen auf der sozialen Ebene.

Bei der Auswertung der Ergebniswünsche und -fantasien wurde deutlich, dass innerhalb der unterschiedlichen Ebenen (körperlich, sozial, selbstbezüglich) für die Ausdifferenzierung insbesondere die Richtung der erhofften Veränderung bedeutsam ist: Soll ein negativer, problematischer Zustand normalisiert werden oder gar in einen positiven Zustand verwandelt werden? Oder soll ein normaler, unproblematischer Zustand optimiert werden? Die Veränderungsrichtung kann als Kontinuum angesehen werden, auf dem die Interviewten sich durch den Eingriff „verschieben“ wollen, wie durch die folgende Abbildung (Abb. 4) verdeutlicht werden soll:

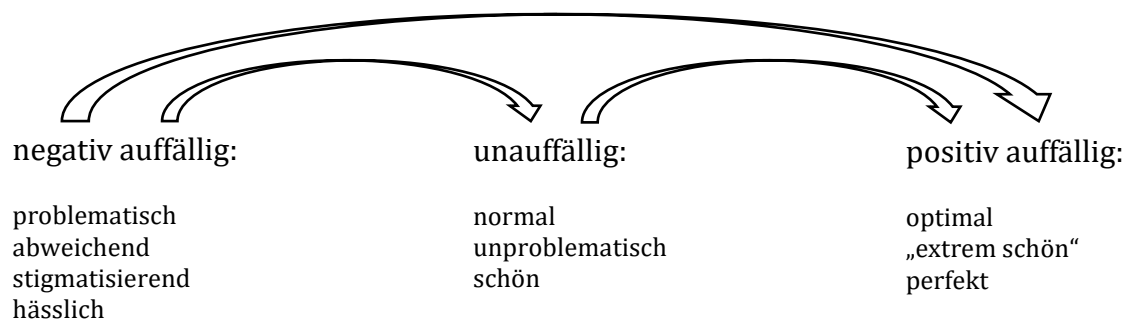


Abb. 4: Die Richtung der geäußerten Veränderungswünsche

7.2.1 Körperliche Ebene: Hoffnungen in Bezug auf die „Gestalt“ des Gesichts

Direkt danach gefragt, was sie sich von der Operation „am meisten erhoffen“, antwortet der überwiegende Teil der Interviewten auffallend kurz und stark körperbezogen. Es soll sich ganz konkret etwas am Gesicht verändern: Das gesamte Gesicht soll anders aussehen, ein Teil des Gesichts soll verschwinden oder sich (positiv) verändern. Die explizit geäußerten Hoffnungen betreffen häufig solche körperlichen Veränderungen, die in der tatsächlichen medizinisch-technischen Aufgabe des Chirurgen liegen – beispielsweise ein Gesicht zu „straffen“ oder ein malignes Basaliom zu „entfernen“. Der Ergebnismwunsch wird dann häufig komplett in Einklang mit dem Operationsauftrag formuliert:

Textstelle 7-35: Herr Kunert prä {41:03-41:14}

- 01 I: und was erhoffen sie sich am meisten
 02 K: (3.0) | dass die haut straffer wird | (1.0) | ganz einfach
 03 I: mhm
 04 K: wieder (--) | dass auch die <<betont>konturen> wieder da sind

Durch solche Aussagen machen die Interviewten deutlich, dass ihnen klar ist, auf welche Ebene der Eingriff vornehmlich einen Einfluss hat: Sie nennen konkrete körperbezogene Ziele, wie sie auch von chirurgischer Seite definiert sein könnten (bei Herrn Kunert also die Straffheit der Haut und die Konturierung des Gesichts). Herr Kunert macht deutlich, dass durch den Eingriff kein völlig neuer Zustand erreicht werden soll, sondern er ihn im Grunde als *wiederherstellende* Maßnahme sieht (obwohl es sich um einen dezidiert *kosmetischen* Eingriff handelt). In den Interviews wird häufig auf einen früheren „normalen“, d.h. auch besseren körperlich-ästhetischen Zustand rekurriert, der aktuell nicht mehr gegeben ist und durch den Eingriff wiedererlangt werden soll.

Textstelle 7-36: Herr Keller prä {50:40-51:08}

- 01 I: was ist es denn so | was sie sich am meisten erhoffen | von der
 02 operation
 03 K: (4.0.) | am meischte erhoffi mer (.) | dass sie (-) äh (.) wieder
 04 in e normals mass zrugg goht | die nase | und dass (.) die
 05 entzündige °h | äh | wieder wäg gönd (-) | dass ich nit dauernd

06 (.) äh (.) | e druck ha | oder irgendwie ebe eiter ha | oder so |
 07 sonder dass das wieder e chli besser wird | (0.5) | das isch so
 08 das woni mer hauptsächlich wünsch

Insbesondere diejenigen Interviewten, die für einen rekonstruktiven Eingriff nach maligner Veränderung die gesichtschirurgische Sprechstunde aufsuchten, gaben meist an, den „normalen“ Zustand vor einer Veränderung wiedererlangen zu wollen. Die Bedeutung, die dem Eingriff damit zugeschrieben wird, ist durch den klaren Verweis auf die körperliche Wiederherstellung begrenzt. Zudem äußern sie den Wunsch, man möge hinterher von dem Eingriff „nichts mehr sehen“ Dieser Wunsch basiert zum einen auf der Hoffnung, nach dem Eingriff quasi „gesellschaftsfähig“ zu sein. So hofft Frau Bauer „dass es dann [...] einigermaßen anständig aussieht“ (prä, 07:26). Zum anderen wird, insbesondere von den Interviewten mit rein kosmetischem Eingriff, die Hoffnung auf „Natürlichkeit“ geäußert. So wünscht sich Frau Tran „e chlini veränderig | aber nöd dass mes ganz gross gseht | ja | ja natürlechkeit isch bi mir a erschter stell“ (prä, 34:52) und Frau Favelli hofft „dass die mimik und das bleibt wie_s ist“ (prä, 00:03:51).

Tatsächlich sind die Hoffnungen, die die Interviewten auf die konkrete Interviewfrage hin äußern, in den meisten Fällen als eingegrenzte körperliche Veränderungswünsche formuliert. Einige Interviewte machen die Hoffnung deutlich, einen bestimmten Teil des Gesichts oder ein bestimmtes Merkmal durch den Eingriff (endlich) ganz und gar loszuwerden:

Textstelle 7-37: Frau Schneider prä {36:06-36:46}

01 I: was erhoffen sie sich von der OP am meisten
 02 S: jo: (-) es ist dann einfach weg (2.0) | dann: (1.5) hm: nichts |
 03 dann (-) stört_s mich nicht mehr |
 ((21 Sek. Auslassung))
 04 S: | genau | (.) | ist dann weg (-) | und dann: ist es einfach weg |
 05 ((lacht))

Durch die klare Eingrenzung wird auch hier der persönliche Wert des Eingriffs herabgesetzt: Es wird deutlich, dass es nicht um den Wunsch nach einer gravierenden körperlichen, emotionalen oder sozialen Veränderung geht, sondern darum, einen bereits lange „störenden“ Teil des Körpers loszuwerden, sich also von etwas Überflüssigem zu befreien (ebenso: Frau Favelli „das ist wirklich nur eine kleine straffung | von dem was überflüssig ist“, prä, 03:58; Yvonne „ich bin froh wenn des teil weg isch“, prä, 35:46).

Eine andere auf die Interviewfrage hin immer wieder geäußerte Hoffnung ist, es möge durch den Eingriff auf körperlicher Ebene keine Verschlechterung geben („net dass ich nachher wie eine zombi usgsehe“ prä, 03:40, Herr Weber), oder – gerade bei den Interviewten mit einer schwierigeren Vorgeschichte plastisch-chirurgischer Eingriffe – er möge diesmal „ohne komplikationen“ verlaufen:

Textstelle 7-38: Frau Widmer prä {30:13-30:27}

01 W: ja dass es (-) gut heilt (-) nach der op | (1.5) | dass der
02 ((name)) das gut macht (-) | da bin ich: (-) <<lachend>überzeugt
03 °h | aber dass es einfach (-) | dass mein körper das ganze (.)
04 durchmacht (.) gut | (1.0) | ohne komplikationen

Die Hoffnung auf einen medizinisch guten Verlauf markiert quasi das Minimum des Spektrums: Es wird gar nicht erst eine Hoffnung auf Veränderung geäußert – das Mindeste ist, dass es nicht schlimmer wird. Frau Bauer, bei der ein malignes Basaliom entfernt werden soll, stellt die Hoffnung auf einen medizinisch guten Ausgang explizit über das (bescheidene) kosmetische Ergebnis: „das wichtigste ist für mich dass die krebszellen weg sind | und dass es dann noch einigermaßen anständig aussieht | ich glaube das wäre schön ja“ (prä, 07:26).

Es gibt Interviewte, die auf andere Weise den Wunsch in den Vordergrund stellen, durch den Eingriff einen *status quo* zu erhalten:

Textstelle 7-39: Frau Favelli prä {22:40-22:50}

01 F: also ich möchte nicht zwanzig aussehen | oder dreißig | aber so
02 bisschen | °h (-) und das auch ein bisschen bleibt | dann find
03 ich da für die zukunft | dann kann man schon sagen | okay (-)
04 verlängerst du das doch ein bisschen

Auf der anderen Seite des Spektrums körperbezogener Veränderungswünsche steht die Hoffnung auf einen Zugewinn, eine „Verschönerung“. Was genau am Körper nach einem Eingriff anders sein soll, liegt dabei häufig auf unterschiedlichen Ebenen.

Textstelle 7-40: Yvonne prä {35:47-36:11}

01 I: was erhoffst du dir am meisten von der op | würdest du sagen
02 Y: dass ich nacher wieder e funktionell | (2.0) | gute nase hab | ja
03 °h | also dass ich wieder normal luft krieg vor allem °h | und
04 normal durch die nase atmen kann | nachts | auch wenn ich schlof
05 °h (-) ja | und dass der hubbel weg is | dass dass des
06 ebenmäßiger in mein gesicht passt | (0.5) | dass ich einfach
07 nachher besser usseh | (1.0) | des erhoff ich mir davon

Yvonne spricht in diesem Abschnitt ganz unterschiedliche körperbezogene Veränderungswünsche an: Zum einen soll die Nase wieder besser funktionieren, zum anderen soll der „hubbel“ verschwinden mit dem Ziel, dass die Nase besser in ihr Gesicht „passt“ (siehe auch Abschnitt 8.1.1). Die am weitesten gehende Hoffnung ist schließlich, sie möge „einfach nachher besser aussehen“. Anders als beispielsweise bei Frau Schneider geht es also nicht nur darum, einen störenden Teil des Gesichts irgendwie zu entfernen, damit er dann weg ist, sondern auch darum, dadurch einen körperlich-ästhetischen Zugewinn zu erzielen. Frau Tran äußert ganz konkrete

Vorstellungen, wie ihr Gesicht oder der entsprechende Teil ihres Gesichts nach dem Eingriff aussehen soll.

Textstelle 7-41: Frau Tran prä {15:26-16:06}

01 I: sie sagen sie gucken eher mehr auf asiatische frauen | gibt_s da
02 welche wo sie so äusserlich als vorbilder sehen für sich
03 T: mmh: | es sind verschieden(.) | aber ich weiss nöd (--) | bi
04 einere so | wo ich sie zum erschte mal gseh ha | han ich gseit |
05 <<betont>wOw>(-) | die will ich unbedingt (--) so (.) so: usgseh
06 | wünsch ich mir (-) | ich wünsch ich wär au so wie sie (--) |
07 isch glaub miss korea [gsi] | (1.0) | zweitausendsieben |
08 I: [mhm]
09 T: (2.0) | ja bi ihre hät mer en usschlag geh | won ich so (-) |
10 <<flüsternd>woow (-) | ja (-) so will ich au si>
11 I: mhm
12 T: ja | (3.0) | aso sie ischs immer no | (1.5) | ich zeig au immer
13 wieder bilder em herr ((name)) | (2.0) ((zieht Luft ein durch den
14 Mund)) | so ungefähr | wenn_s gaht

Hier geht es also um die Vorstellung, einen Eingriff veranlassen zu können, der das eigene Gesicht (und damit vielleicht sogar das eigene Ich-selbst, vgl. Kapitel 8) nach einem subjektiven Ideal formt. In der zukunftsgerichteten Fantasie vor dem Eingriff erscheint alles möglich – wenn die technischen Mittel nur ausreichen. Einige der Interviewten machen deutlich, dass sie ihre Wünsche ganz konkret an den Chirurgen herantragen und mit diesem verhandeln.

Textstelle 7-42: Sandra prä {53:58-54:53}

01 I: und was wäre der beste fall
02 S: (2.0) | ja: das ich so eine (--) richtig (--) schö:ne (.) kleine
03 (.) stupsnase habe (.) | <<lachend>wie die schauspielerinnen> °h
04 (-) | das wär der beste fall °h | (1.5) | und dass die schmerzen
05 nicht | (1.0) | ja:: schmerzen sind eigentlich nicht so schlimm
06 (-) | dass es keine komplikationen gibt | und keine risiken |
07 (1.0) | eintreffen | (1.0) | dass alles in abfo (--) | normaler
08 (--) geplanter zeit verläuft | (1.5) | und ich eine wUnderschöne
09 kleine passende nase habe
10 I: mhm
11 S: herr ((name)) hat zwar schon gesagt (-) | ja:: eine stupsnase
12 passt nicht zu ihnen °h | (1.0) | hab ich gesagt (.) | ja darüber
13 werden <<lachend>wir uns (.) noch unterhalten>
14 I: mhm
15 S: ja: | (1.0) ja das wär der beste fall (.) | dass ich wirklich
16 mich von der seite anschau | und denke | oa:h sie ist so schön |

17 klein und (--) fein und (-) herzig | und (--) | ja: | das wär das
18 beste

Das Ergebniskriterium liegt klar auf der rein körperlichen Ebene, ist jedoch gleichzeitig subjektiv definiert. Anders als Frau Tran bringt Sandra (wie auch Yvonne) dem Chirurgen keine Bilder als Anschauungsmaterial. Sie möchte eine Nase, die „wunderschön“ ist, „klein“ und „passend“. Es wird deutlich, dass die Frage, was „passend“ eigentlich bedeutet, zwischen ihr und dem Chirurgen erst verhandelt werden muss.

In den exemplarischen Ausschnitten zeigt sich, dass es selbst beim Verweis auf die rein körperliche Ebene häufig schwierig erscheint, klare Ergebniskriterien zu definieren. Es können zwei unterschiedliche Ebenen des Veränderungswunsches unterschieden werden: Die Veränderung kann auf eine *Verbesserung* zielen – ein Makel soll entfernt, vielleicht gar eine Optimierung erreicht werden. Sie kann jedoch auch auf einen *Erhalt* zielen – ein „normaler“ Zustand soll wiederhergestellt werden, ein „Status quo“ durch den Eingriff erhalten bleiben. Die beiden Ebenen liegen quer zu der Unterscheidung der Eingriffe als „kosmetisch“ oder „rekonstruktiv“. Auch ein kosmetischer Eingriff kann beispielsweise der Wiederherstellung eines als „normal“ angesehen Zustandes dienen, ebenso wie ein rekonstruktiver Eingriff der Entfernung eines Makels oder einer Optimierung dienen kann.

7.2.2 Soziale Ebene: Hoffnungen in Bezug auf soziale Situationen

In den Interviews werden Ergebniswünsche und -fantasien nicht nur in Antwort auf die konkreten zukunftsgerichteten Nachfragen der Interviewerin geäußert. Auch an anderen Stellen im Interview projizieren die Interviewten ihre Erwartungen in Bezug auf den Eingriff: Was wird nach einem Eingriff (möglicherweise, hoffentlich) anders sein als jetzt? Neben den Hoffnungen auf körperbezogene Veränderungen gibt es (insbesondere bei den Interviewten mit eher kosmetischem Eingriff) die Vorstellung, dass soziale Situationen nach einer Veränderung des Gesichts leichter zu bewältigen sein werden. Der erhoffte Effekt geht dabei in ganz unterschiedliche Richtungen.

Der Eingriff kann mit dem Wunsch verbunden sein, negativen sozialen Reaktionen auf das Gesicht zu entgehen:

Textstelle 7-43: Yvonne prä {37:10-38:18}

01 Y: also ich denk | wenn ich mich besser fühl °h | dann strahl ich ja
02 auch (-) des nach usse us oder (.) | und des merke andere
03 natürlich auch | wenns mir wieder gut goht | oder wenns mir
04 besser goht °h (.) | und ich denk mal | dann kann ich auch anders
05 auf lüt zugohe (-) | weisch | °h es is ja nit so dass ich jetzt
06 irgendwie so en totales duckmäuschen wär | des bin ich ja
07 überhaupt nit °h | (.) im gegeteil (-) | eigentlich nit °h (-) |
08 aber ich denk emol | dann (.) dann wird des schon anders | (2.0)
09 | vor allem bruch ich dann kei angscht mehr habe | dass
10 irgendjemand sait °h | hey du häscht zwar schöni auge | aber dini

11 nase isch mega riesig (-) | ((lacht)) | ich hab des so
 12 unglaublich gefunde | naja gut | (2.0) | ((lacht)) | (3.0) | doch
 13 da freu ich mich schon druf °h | wenn des irgendwann mal keiner
 14 mehr erwähnen muss (.) | weisch (-) | so | (2.0) |
 15 I: [ja] |
 16 Y: [du] brauchsch en bettlake zum naseputzen | hä (--) | reicht dir
 17 en tempo | überhaupt (-) | ich glaub des isch scho agenehm genug
 18 | wenn des einfach ni:emand mehr sait (-) |
 19 I: ja |
 20 Y: da reicht mir des scho (-) | ich muss niemand habe wo sait | oh
 21 du siehst aber toll us °h (-) | oah du bist aber jetzt no viel
 22 hübscher wie vorher °h (-) | des bruch ich überhaupt nicht (-) |
 23 echt nit |

Yvonne beschreibt den sozialen Effekt, den sie durch den Eingriff erreichen will, in zwei unterschiedlichen Richtungen. Zum einen stellt sie sich vor, dass ihr eigenes Verhalten gegenüber anderen Menschen sich positiv verändern wird. Zum anderen stellt sie sich vor, dass unerwünschte Reaktionen anderer, wie sie sie schon zuvor im Interview beschrieben hat, ausbleiben werden (sie bezieht sich in Z. 10-12 und Z. 16,17 auf zuvor anekdotisch geschilderte soziale Erfahrungen, vgl. Textstelle 7-12, 7-16) – es geht Yvonne – so macht sie dezidiert klar – nicht darum, positivere Reaktionen zu ernten. Von anderen Interviewten wird hingegen sehr wohl die Hoffnung geäußert, durch den Eingriff positive soziale Reaktionen zu erhalten.

Textstelle 7-44: Frau Tran prä {39:10-40:19}

01 T: vilich wärd ich au chli meh uffalle (--) | wils eifach (--)
 02 optisch chli schöner usgseht
 03 I: mhm
 04 T: ja | (3.0) | ja ich dank das
 05 I: haben sie so 'ne fantasie | wie das dann ist | also sehen sie
 06 sich manchmal schon in gedanken in der zukunft
 07 T: ich weiss nöd öb ich positiv uffalle oder negativ uffalle (.) |
 08 ich hoffe natürlech positiv | ((lacht)) | uffalle werd ich uf
 09 jede fall °h | lüt wo mich kanned sowieso | (3.0) | ne:i ich
 10 wüsst nöd (-) | ich ich mach mir nöd so gross gedanke drüber
 11 I: mhm
 12 T: und ich dank me söll sich au nöd gross gedanke drüber mache | nei
 13 | (--) | de chunnt me wieder in die fragesituation (--) | e::h
 14 (--)wie würdet d lüt reagiere | wenn alles fertig isch (--) |
 15 u:nd (-) wie wärd ich ufgno | (1.5) | werd ich uf de strass vo
 16 andere lüt anerkannt | aso eifach (-) | wenn me merkt wenn eine
 17 hübsch isch | und läuft verbi | dänn dänkt meh | u::h | (1.5) |
 18 dänn luegt me dem eifach na: | (1.5) | ob das denn au würd so

19 passiere | bi mir
 20 I: mhm
 21 T: ja | (1.5) | me stellt sich scho so | (1.0) |
 22 <<lachend>situatione vor>

Frau Tran macht an dieser Stelle deutlich, dass sie durch den Eingriff mehr „uffalle“ will. Sie zeigt schon eine Unsicherheit in Bezug auf die Frage, wie andere auf sie reagieren werden – ihre Überzeugung ist jedoch, dass sie „uffalle“ wird, weil sie „schöner“ aussieht. Die Hoffnung, die sie mit der chirurgischen Veränderung verbindet, ist es, aus der Masse an Menschen herauszustechen und es wert zu sein, dass man sich auf der Straße nach ihr umdreht und denkt „u: :h“.

Auch Herr Kunert rechnet mit positiven Reaktionen nach dem Eingriff. Er formuliert in seinem Interview das „ziel“, von anderen Menschen wieder „wahrgenommen“ zu werden.

Textstelle 7-45: Herr Kunert prä {1:21-1:53}

01 Ku: nein das ziel ist nicht | dass man paar jü jahre jünger nur
 02 aussieht | sondern das ziel ist | und das geht eigentlich jetzt
 03 in einklang mit ihrer stu:die identität (.) un gesicht (---) |
 04 dass man sich wieder wohl fühlt (--) in seiner haut (.) | und (.)
 05 wie fühlt man sich wo:hl (--) | indem man wahrgenommen wird (.) |
 06 ohne dass man (.) um wahrnehmung su:cht | plötzlich feststellt
 07 (.) da kommen reflexe (.) von de umwe:lt (.) | des war so (.) |
 08 des ist so in ihrem alter (-) | ((schmatzt)) des nimmt ab (.) |
 09 und plötzlich ist man (-) | läuft man unerkannt durch die welt |

Herr Kunert postuliert hier einen allgemeinen sozialen Mechanismus: Man fühlt sich dann wohl, wenn man von seiner Umwelt wahrgenommen wird, und zwar ohne dass man sich darum bemühen muss. Verändert sich das Gesicht, bleiben ihm zufolge auch die sozialen Reaktionen aus – mit existentiellen sozialen Folgen: „plötzlich ist man | läuft man unerkannt durch die welt“. Dem will Herr Kunert mit dem Eingriff entgegenwirken. In seiner Darstellung geht es also weniger darum, besonders positive Reaktionen zu ernten, als darum, überhaupt wieder „wahrgenommen“ zu werden. Herr Kunert beschreibt einen Verlust von sozialer Aufmerksamkeit, die er wieder erlangen will. In einer stärker problematischen Schilderung beschreibt Frau Widmer den Wunsch, sich nach einem Eingriff anderen überhaupt wieder „zeigen“ zu können.

Textstelle 7-46: Frau Widmer prä {35:57-36:34}

01 W: ich habe schon äh (-) | (1.0) | auch hoffnung jetzt mit dieser
 02 operation | wenn es gleich aussehen wird °h | (1.0) | dass ich
 03 dann (--) wieder (--) ja | (3.0) | mehr kann | (1.0) < zeigen |
 04 h° °hh (--) | aber | (1.5) das ist etwas | was (.) was | unter
 05 bewusster (--) äh ebene | ja (--) | meine überlegungen | (1.0) |
 06 meine hoffnungen (2.0) | aber ob das wirklich etwas verändert

07 (--) | <<flüsternd>weiß ich nicht >

Eine andere Perspektive, die im Hinblick auf die Frage nach Veränderungen in sozialen Situationen nach dem Eingriff auftaucht, ist die Frage, ob andere die Veränderung überhaupt „bemerken“ werden. Auch hier finden sich ganz unterschiedlich gerichtete Vorstellungen und Wünsche.

Textstelle 7-47: Frau Favelli prä {30:30-49:12}

01 F: ich hoffe dass man das nicht so merkt | also dass nicht jeder
02 sagt | was hast denn du gemacht | (1.5) | weil da wär ich
03 wahrscheinlich schon ein bisschen | ä:h | (1.5)) | unsicher dann
04 | (2.5) | ich hoffe schon | also doktor ((name)) hat mir auch
05 gesagt | die (--) mimik und das und so bleibt alles gleich |
 ((längere Auslassung))
06 F: ich hoffe dass man mir nicht sagt (.) | was hast du mit deinem
07 gesicht gemacht |
08 I: mhm |
09 F: das ist für mich schon auch noch wichtig
 ((längere Auslassung))
10 F: ich glaube nicht dass sich etwas verändert wegen dem | (3.0) |
11 I: mh |
12 F: ja vielleicht (-) dass ein paar sagen | du siehst gut aus | (2.0)
13 | aber sonst (--) glaub ich (.) bleibt das schon wie_s ist

Zum einen gibt es den Wunsch, andere mögen den Eingriff nicht bemerken – der Eingriff soll möglichst unauffällig sein, das Gesicht aussehen wie zuvor (nur besser, erholter). Frau Favelli beschreibt die Hoffnung, trotz eines Eingriffs natürlich zu bleiben, nicht „gemacht“ auszusehen. Andere Interviewte äußern ganz explizit die Hoffnung, die anderen werden – nach all der Mühe – die Veränderung bemerken.

Textstelle 7-48: Yvonne prä {36:28-36:51}

01 Y: bin ich überzeugt davon (--) | da sagt jeder (--) | wird jeder
02 sagen °h (-) | du siehst ganz anders us | (1.0) | sogar lüt die
03 mich nit wirklich gut kenne | (1.0) | sogar dene wird des uffalle
04 (--) | also bin ich echt überzeugt devo °h (-) | mim freund wird_s
05 natürlich am meischte uffalle | nehm ich an (-) | klar (--) | der
06 sieht mich ja auch (--) immer °h (--) | oder mine eltere

Yvonne macht deutlich, für wie weitreichend sie die Veränderung hält: Sie formuliert die Gewissheit, „jeder“ werde nach dem Eingriff sagen „du siehst ganz anders us“ – sie erhofft sich eine Verwandlung in den Augen der anderen. Hinter der Hoffnung, dass die Veränderung von anderen bemerkt werden wird, steht auch der Wunsch, die Mühen des Eingriffs sollen sich gelohnt haben:

Textstelle 7-49: Sandra prä {15:15-15:36}

01 S: wenn sie_s merken | ist dann gu:t (.) | wenn sie_s nicht merken
02 (.) | auch gu:t | ja ich hoff zwar dass sie's merken (--) | ich
03 hoff dass es nachher besser aussieht | ((lacht)) | und nicht dass
04 jemand sagt | <<lachend>was du warst | du hast was gemacht> (--)
05 | ich merk nichts | und zwei wochen umsonst im spital und alles
06 (--) | nein | aber | (1.5) | man wird_s sicher merken

Sandra formuliert an dieser Stelle eine Befürchtung: Wenn keiner den Eingriff bemerkt, so impliziert sie, war schließlich vielleicht alles Leiden „umsonst“. Die Darlegung von Ergebniswünschen und -fantasien im Interview birgt das Problem, dass die Interviewten zu dem Zeitpunkt noch vor einem unsicheren Ausgang stehen. Sie können den Verlauf nicht als *stories* schildern, sie wissen nicht, ob der Eingriff gelingen wird – die Geschichte ist noch offen, ist ohne ein erzählbares Ende. An einigen Stellen in den Interviews zeigt sich dieses Problem deutlich, wenn die Interviewten mit der Vorstellung der sozialen Konsequenzen des Eingriffs ringen und dabei dem Verweis in die Zukunft akute Auswirkungen auf die Gegenwart zuschreiben.

Textstelle 7-50: Sandra prä {24:25-24:50}

01 S: dann hab ich ihm ((dem Lebensgefährten, LS)) die ganz heikle frage
02 gestellt | (1.0) | meinst du werde ich danach hübscher
03 <<lachend>aussehen> (--) | dann hat er überle:gt (.) | und ich
04 auch (-) | dann hab ich ihm gesagt (-) | <<lachend>antworte gar
05 nicht erst (-) | ich bin jetzt schon sauer> | ja wenn er sagt (-)
06 ne:in (-) | <<grinsend>dann denk ich (.) | mm gelogen (--) | kann
07 nicht se:in> (-) | wieso mach ich's dann überhaupt | wenn er sagt
08 ja (.) | dann denk ich | <<lachend>ja: findest du mich jetzt
09 hässlich> | (2.0) | schlimme frage

Sandra versucht in der Gegenwart den sozialen Effekt des Eingriffs abzuschätzen, indem sie ihren Freund befragt. Doch dessen zukunftsgerichtete Vorstellung hat direkte Auswirkungen in der Gegenwart: Antizipiert er, den Eingriff im Nachhinein unnötig zu finden, dann steht für Sandra im Raum, dass ihre Mühen umsonst waren. Stellt er sich vor, den Eingriff gelungen zu finden, bedeutet das in Sandras Darstellung automatisch, dass er ihr Aussehen in der Gegenwart nicht ausreichend findet. Sie macht das eigene Dilemma noch greifbarer, indem sie die soziale Auswirkung des Eingriffs zum Beziehungskonflikt der Gegenwart macht.

Die Ergebniswünsche liegen, so kann zusammenfassend festgehalten werden, auf unterschiedlichen Ebenen. Zum einen wird die Frage verhandelt, ob der Eingriff anderen auffallen soll, oder eher nicht. So wollen beispielsweise Sandra und Yvonne, dass der Eingriff auffällt, damit er sich „gelohnt“ hat, Frau Favelli hofft, dass er möglichst nicht auffällt, damit man nicht sieht, dass sie etwas an ihrem Gesicht „gemacht“ hat (keine Reaktion zu bekommen kann also quasi die erwünschte Reaktion sein). Zum anderen

geht es um die Frage, in welche *Richtung* die sozialen Reaktionen beeinflusst werden sollen (siehe Abbildung 5): Es kann darum gehen, negative Reaktionen loszuwerden, mit dem Ziel, keine besonderen Reaktionen mehr auf das Gesicht zu erhalten – unsichtbar zu werden (wie es beispielsweise in der Darstellung von Yvonne deutlich wird). Ziel kann es jedoch auch sein, positive Reaktionen zu erhalten – der Unsichtbarkeit zu entfliehen (wie Herr Kunert und Frau Tran es darstellen, vgl. Schäfer-Fauth et al., 2014b, 2014a).

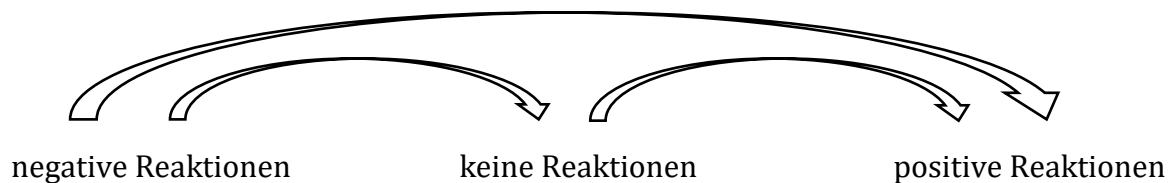


Abb. 5: Die Richtung der erhofften sozialen Reaktionen

7.2.3 Selbstbezügliche Ebene: Hoffnungen in Bezug auf das Selbsterleben

In vielen der Interviews wird die Hoffnung, durch den Eingriff Einfluss auf die Blicke und Reaktionen anderer zu nehmen, implizit oder explizit zurückgewiesen. Die Interviewten betonen, sie würden den Eingriff „für sich selbst“ (und eben gerade nicht für andere) in Erwägung ziehen – wie etwa Frau Favelli betont: „in paar jahren arbeit ich auch nicht mehr | genies dann auch noch bisschen das leben | also es ist eigentlich schon für mich selber | dass ich das mache“ (prä, 14:41). Es geht den Darstellungen zufolge darum, sich selbst zu gefallen, mit sich selbst im Reinen zu sein. So formuliert beispielsweise Yvonne „ich machs für mich | und ich muss mir gefalle | und des isch es wichtigschti“ {38:05}. Die Hoffnung, die mit dem Eingriff verbunden wird, bezieht sich also auf die Beziehung mit sich selbst. Dementsprechend ist es in den Schilderungen häufig der eigene Blick in den Spiegel bzw. auf Fotos, der zur Beurteilung des Operationsergebnisses in einer fantasierten Zukunft relevant gemacht wird.

Textstelle 7-51: Frau Kaymaz prä {01:19:32-01:19:58}

01 K: das ist ja alles wie (-) zeitverschwendung (-) | wenn ich vor der
02 spiegel stehe | und so mache (-) °h | und schaue (--) °h | oder
03 (.) auf die fotos (.) mich konzentriere | dass man ja nicht meine
04 nase (-) so aussieht | dann hab' ich das alles nicht mehr (.) |
05 dann fühl ich mich wohl (-) | kann ich dann stehen (.) | und
06 machen | und (-) ja (.) fertig | (1.5) | muss mir keine zeit mehr
07 für das nehmen (-) | dass ich jetzt (-) wirklich achte | dass es
08 alles gut ist

Der Eingriff soll die Konzentration auf den Makel und die damit verbundene „zeitverschwendung“ aufheben. Yvonne erhofft sich durch den Eingriff vor allen Dingen eine Ent-Problematisierung des eigenen, aktuell negativ empfundenen Spiegelbildes und damit eine bessere Beziehung zu sich selbst.

Textstelle 7-52: Yvonne prä {09:43-10:15}

01 Y: so wie es jetzt im moment ist | (1.0) | gefällts mir nicht (--) |
02 es gefällt mir einfach nicht | (1.5) | wenn ich in den spiegel
03 gucke (.) gefall (.) ich mir nicht | (1.0) | und von der o pe:
04 (--) | °h ich hoff dass des sich ändert | (2.0) | also | (1.0) |
05 mir ist schon bewußt ich seh nachher ein bisschen anders aus |
06 (1.0) | sicher (-) | klar (--) des isch mir bewußt | aber des geh
07 ich ein | (1.0) | und ich denk des kann nur besser werden (--) |
08 also schlimmer wird_s bestimmt auf keinen fall | (5.0) | hoff ich
09 ((lacht))

Yvonne macht explizit deutlich, dass ihr die Vorstellung, nach einer OP „anders“ auszusehen – also eine vorher unkontrollierbare Veränderung zu erfahren – potentiell kritisch erscheint, jedoch angesichts der aktuellen Situation eigentlich nur in die positive Richtung denkbar ist („schlimmer wird_s bestimmt auf keinen fall“).

In mehreren Interviews wird eine Steigerung des eigenen Selbstbewusstseins durch den Eingriff antizipiert:

Textstelle 7-53: Frau Tran prä {38:31-38:53}

01 I: was ist so ihre fantasie | was stellen sie sich vor wird dann
02 anders sein |
03 T: mis sälbstbewusste wird uf jede fall anders si | (2.0) | ähm
04 (1.0) | villicht (.) | s umfäld reagiert villich e chli andersch
05 uf mich | (1.5) | ich wüssti nöd (-) | ich gseh_s dänn ersch |
06 (2.0) | ja: aber ich dänk jetzt am meischte würrklich s
07 sälbstbewusstsii

Anders als Reaktionen anderer auf das veränderte Gesicht erscheint die eigene Reaktion vorhersehbar. Das Konzept „Selbstbewusstsein“ bleibt vage und erlebensfern. So bleibt unausgesprochen, durch welche Prozesse das Selbstbewusstsein sich verändern soll, woran diese Veränderung bemerkt werden würde und was die Konsequenzen wären. Viele in den Interviews geäußerte Hoffnungen beziehen sich auf eine Verbesserung des selbstbezogenen Wohlbefindens: Es geht darum, sich endlich mit sich selbst „wohl“ zu fühlen, oder auch „zufriedener“ zu sein.

Textstelle 7-54: Sandra prä {51:14-52:02}

01 I: was stellst du dir denn vor | wird nach der operation | (1.5) |
02 anders sein
03 S: ja: (--) | ich stell mir vor (.) dass (-) | dass ich (--)
04 zufriedener sein werde (--) | ganz klar | (1.5) | und dass ich
05 ä:h mich weniger schminken muss | (1.0) | ich hoffe ich kann das
06 einhalten (--) | weil vielmals schminkt man sich dann doch selbst
07 | ist ja trotzdem | (1.5) | dass ich dann (--) | ja:: ich wünsche

08 mir | und ich stell mir vor | dass ich am morgen | (1.0) | dass
 09 ich morgens aufsteh (--) | die haare nur ein bisschen (--) noch
 10 zusamm- (--) | zusammenbinde (.) | und mich so hübsch (--) finde
 11 | und (--) natürlich | (1.5) | und nicht die augen schminken muss
 12 | damit die na:se weniger auffällt | oder die lippen | damit die
 13 na:se nicht auffällt | (1.5) | dass ich einfach weniger arbeit
 14 habe °h | (1.5) | ja (1.0) | ja: (--) ich stell mir eigentlich
 15 einen glücklicheren menschen vor

Einige der Interviewten formulieren wie Sandra den Wunsch, sich nach einem Eingriff „hübscher“ zu *finden* (im Gegensatz zu der Hoffnung, hübscher zu *sein*) – das Erfolgskriterium wird also explizit subjektiv formuliert. Die Veränderung liegt in diesen Schilderungen in den selbstbezogenen Emotionen und Bewertungen, nicht in der „objektiven“ Gestalt (wie es in den Textstellen in Abschnitt 2.1 formuliert ist). Ein weiterer, immer wieder formulierter Wunsch ist es, nach einem Eingriff „natürlich“ zu sein – in Sandras Darstellung bedeutet das, sich nicht mehr schminken zu müssen, um von dem Makel im Gesicht abzulenken. Die weitreichendste Hoffnung bezieht sich schließlich darauf, nach einem Eingriff ein „glücklicherer mensch“ zu sein, wie Sandra pointiert – und auffallend distanziert – formuliert. Der Eingriff soll das eigene Wohlbefinden steigern, indem er den eigenen Blick in den Spiegel erleichtert.

Tatsächlich wird in den meisten Interviews eine Verbesserung des *affektiven (Selbst-)Erlebens* antizipiert. Die Darstellungen unterscheiden sich auch auf der selbstbezüglichen Ebene hinsichtlich der Frage, „von wo nach wo“ die Veränderung stattfinden soll. Eine weitere Unterscheidung zwischen den Interviewten ist, wie sehr in den zukunftsgerichteten Ergebniswünschen und -fantasien der aktuelle Zustand problematisiert wird.

Insbesondere die Interviewten mit schwierigem Verlauf von misslungenen Eingriffen in der Vorgeschichte wollen einen negativen affektiven Zustand in der Gegenwart in positivere Richtung beeinflussen. Frau Widmer formuliert als Ergebniswunsch, „wieder diese normalität zu fühlen“.

Textstelle 7-55: Frau Widmer prä {1:11:26-1:12:35}

01 W: ich weiß nicht warum (.) ich kann das nicht lassen (.) | so wie
 02 es ist | (4.5) | vielleicht weil (--) ich doch strebe nach (.)
 03 nach (--) wieder normal aussehen (-) | oder wieder mich (--)
 04 besser fühlen | und das gibt mir diese °hh | ein bisschen gefühl
 05 (1.0) | dann (.) ja (-) | wieder diese normalität zu fühlen |
 06 wieder dass ich bin so wie die anderen | und nicht irgendwie °h |
 07 (1.0) | beschädigt | ((lacht))
 08 I: (3.5) | mhm
 09 W: (11.0) | aber ich weiß nicht (.) ob diese nächste sitzung (.) |
 10 wenn wir uns sehen (.) nach dieser anderen op: (-) | ob ich dann
 11 sage | (1.0) | juhuuu (.) jetzt bin ich glücklich (.) | jetzt

12 sitzt | (1.0) | das wird denke ich (--) jetzt nie mehr passieren
 13 (--) | weil so: (--) so wie es ist °hh | (1.0) | ist es schon |
 14 (1.5) | man kann nur ein bisschen vielleicht | (1.0) | verbessern
 15 | (1.0) | aber das (--) das gibt mir auch | (3.0) |
 16 <<flüsternd>denke ich> | (2.0)
 17 I: mhm
 18 W: besseres gefühl

Auch mit dem „wissen“, dass ein wirklich positiver Zustand nicht erreicht werden wird, so macht Frau Widmer deutlich, erhofft sie sich doch eine Normalisierung. Das „Sich-Besser-Fühlen“ ist in ihrer Darstellung graduell. Es geht um eine Veränderung von „negativ“ zu „etwas besser“. Ähnlich macht auch Frau Müller ihr Wissen und die Limitierung der eigenen Hoffnungen deutlich:

Textstelle 7-56: Frau Müller prä {08:00-08:48}

01 M: ich hab so (-) liebe (-) freunde und so (--) | die sagen alle |
 02 (1.5) | ich se:h das ja gar nicht (--) | das sehen wir gar nicht
 03 mehr (--) | wir mögen dich (.) wie du bist (-) | und so | (1.0) |
 04 nur ich selbst kann es nicht akzeptieren | (2.5) | hmm |
 05 I: ja | (3.0) | [hmm]
 06 M: [und] natürlich jetzt (--) ä:h | (1.5) | erhoffe ich
 07 mir °h | (1.0) | ich weiß dass °h | ä:h | aber ich weiß natürlich
 08 | auch (.) auch mit dem wissen °h | (1.5) | dass es net (--) ni:e
 09 so werden wird | wi:e | (3.0) | wie ein: (--) | so: | (1.0) |
 10 gesun:des (.) gesicht (--) | sag ich jetzt mal so °h | (1.0) |
 11 aber doch | (1.5) | erhoffe ich mir jetzt eine | (2.0) | ä:h (--)
 12 | verbesserung | (1.0) | net

Frau Müller strebt eine Verbesserung an, die noch unterhalb eines als „normal“ zu bezeichnenden Zustandes bleibt – sie stellt die Hoffnung auf ein „gesundes“, d.h. „normales“ Gesicht als zu hoch gegriffen dar. Die erhoffte Verbesserung kann von „schlimm“ zu „weniger schlimm“ beschrieben werden.

Manche der Interviewten stellen sich vor, durch den Eingriff Gefühle von Scham und Peinlichkeit loszuwerden. Die Schilderungen beziehen sich auf die Hoffnung, in der Zukunft negativen sozial bedingten Emotionen nicht mehr ausgesetzt zu sein (vgl. dazu ausführlich Abschnitt 8.1.3).

Textstelle 7-57: Sandra prä {18:32-18:43}

01 S: diese gefühle (.) die jetzt vorhanden sind | dieses (.) dafür
 02 schämen (.) | das muss verschwinden (.) | egal wie; | auch (.)
 03 mit schmerzen und mit allem (.) | u:nd (.) das motiviert mich
 04 eigentlich (-) | ich weiss (.) das muss (.) | diese gefühle
 05 müssen weg (--)

Herr Keller antizipiert als Beispiel für prekäre soziale Situationen ein Treffen mit den zukünftigen Schwiegereltern seines Sohnes.

Textstelle 7-58: Herr Keller prä {32:14-32:42}

01 K: aber ebe (--) | wenn ich jetzt dänk (--) är ((der Sohn, LS)) het jetzt
02 e fründin (--) | und wenn's denn drum goht (--) | me sött jo denn
03 emol die andere eltere kenne lere | und so | °h (--) | in söttige
04 situatione (--) | do geniert me sich denn natürlech
05 I: ah ja | mhm
06 K: und dasch vilich au no ne (--) | e grund (--) °h | worum dass
07 ich_s jetzt mache lass °h (--) | damit wenn (.) | wenn_s denn zu
08 sonere | (1.0) | zu somene träffe chiem (--) | dass: | (1.0) |
09 dass de denn au einigermaße ussehsch

Herr Keller bezieht sich nicht auf mögliche konkrete soziale Reaktionen, sondern auf seine eigenen sozial bedingten Emotionen. Es tauchen in seiner Ausführung zwei Szenarien auf: Bei einem Treffen mit den Eltern der Freundin des Sohnes mit dem Gesicht, so wie es aktuell ist, würde Herr Keller sich „genieren“. Bei einem Treffen nach einem stattgefundenen Eingriff ist die Hoffnung, dann „einigermaßen“ auszusehen, also einer allgemeinen sozialen Erwartung zu entsprechen und sich, so ist die implizite Konsequenz, nicht mehr „genieren“ zu müssen (siehe dazu auch Abschnitt 8.1.3). In beiden Darstellungen (Sandra, Herr Keller) geht es nicht darum, durch die Veränderung des Gesichts bestimmte positive Reaktionen hervorzurufen, sondern darum, negative soziale Emotionen loszuwerden. Die erhoffte emotionale Veränderung geht von „negativ“ nach „akzeptabel/normal“.

Andere Interviewte sagen explizit, dass der aktuelle Zustand unproblematisch ist, aber sie noch Verbesserungs- bzw. Optimierungspotential in Bezug auf das affektive Selbsterleben sehen. Die Richtung der Veränderung geht also von „gut“ nach „optimal“. So formuliert beispielsweise Herr Kunert: „mir geht's gut | aber ich möcht mich wohl fühlen wöhlere fühlen“ (prä, 14:16) und noch deutlicher Frau Kaymaz:

Textstelle 7-59: Frau Kaymaz prä {1:18:07-1:18:26}

01 K: ich denke dann würd ich mich viel wohler fühlen | (1.0) | und (-)
02 ich mein' (--) ich bin ja schon selbst<<lachend>bewusst> genug
03 (.) | und fühl' mich ja schon (-) schön genug °h (-) | und wenn
04 ich die nasen noch machen würde | dann würde ich mich su:perschön
05 fühlen | (1.0) | also wirklich (-) su:pe:r<<lachend>schön>
06 I: mhm
07 K: ja

Frau Kaymaz macht deutlich, dass ihre Ergebnismünsche und -fantasien optional sind. Es ist auch jetzt „genug“, der Eingriff hat nur noch Platz in Superlativen: Er könnte dazu führen, dass sie sich „viel wohler“ und „wirklich superschön“ fühlt. Die Veränderung

geht hier quasi von „gut“ zu „supergut“. Auch Frau Favelli stellt in den Vordergrund, dass sie den Zugewinn durch einen Eingriff eben *nicht* als notwendig für ihr eigenes Verhältnis mit sich selbst erachtet.

Textstelle 7-60: Frau Favelli prä {14:52-15:27}

01 F: ja: | (2.0) | ich glaube ich fühl mich nachher gut (.) | und also
02 ich fühl mich auch jetzt gut (-) | also es ist nicht | dass ich
03 irgendwie (--) probleme hätte so weiter zu leben | (1.5) | es ist
04 wirklich zufall (--) | durch meine schwester (--) | dass ich
05 gesagt hab (--) | doch das mach ich auch | (3.0) | und sonst wär
06 ich so auch zufrieden gewesen | (1.5) | wenn ich das nicht ä:h |
07 (1.0) | zufällig getroffen hätte
08 I: mhm
09 F: (1.5) | also ich kann nicht sagen | dass ich irgendwi:e | (1.5) |
10 mit mir selber überhaupt (-) nicht (.) nicht zufrieden bin | oder
11 etwas anderes haben möchte (-) | ich hatte es eigentlich immer |
12 (2.0) | gut gefunden so

Es geht nicht etwa darum, ein Problem in Angriff zu nehmen, sondern einen positiven Effekt zu erreichen, eine Optimierung der affektiven Selbstwahrnehmung. So betont sie an anderer Stelle: „es ginge auch ohne | das ist jetzt wirklich jetzt so ein zusatz | was was einfach äh ja eine kleine freude“ (prä, 42:09). Im Vordergrund steht der Wunsch, sich selbst eine Freude zu machen, weil man sich etwas wert ist.

7.3 Postoperativ: Ergebniserleben

Bezüglich der postoperativen Interviews drängt sich die Frage auf, wie die Interviewten das Operationsergebnis für sich bewerten und ob sich auf den unterschiedlichen Ebenen – entsprechend den Veränderungswünschen, -hoffnungen und -fantasien – für sie tatsächlich etwas geändert hat. Am fruchtbarsten für das Verständnis und die übersichtsartige Darstellung der Antworten zeigte sich auch in dieser Kategorie wiederum eine Unterteilung in die bekannten drei Ebenen „körperlich“, „sozial“ und „selbstbezüglich“. Der folgenden Ergebnisdarstellung liegen die Fragen zugrunde:

- Was heißt es, mit dem Operationsergebnis zufrieden oder unzufrieden zu sein?
- Wie zeigt sich dies?
- Welchen Einfluss hat dies auf welche Bereiche?

Im Vordergrund steht entsprechend nicht nur die Frage, wie die Interviewten das Ergebnis *bewerten*, sondern auch, wie sie es *erleben*, und worauf das Ergebnis einen Einfluss hat.

Wie im Methodenteil (unter Kapitel 5.2) ausführlicher beschrieben, konnten von den fünfzehn präoperativ Interviewten, deren Daten in die Auswertung eingeflossen sind, zehn nach einem stattgefundenen Eingriff erneut interviewt werden. Bei allen, die

tatsächlich operiert wurden²⁴, waren die Eingriffe ohne größere chirurgische Komplikationen verlaufen. Frau Favelli, Sandra, Frau Meyer und Herr Keller berichten übereinstimmend mit dem Urteil der Chirurgen relativ vorbehaltlos von einem gelungenen Ergebnis. Herr Weber und Lena berichten von kleineren Mängeln. Bei Frau Bauer musste mehrfach nachoperiert werden, zum Zeitpunkt des Interviews erklärt sie sich jedoch auch als ausreichend zufrieden. Frau Tran und Yvonne berichten von Mängeln, aufgrund derer sie über eine Nachkorrektur nachdenken. Herr Huber weist aus ärztlicher Sicht das schlechteste Operationsergebnis auf.

Ein elftes postoperatives Interview (mit Frau Widmer) wurde nach drei Monaten ohne stattgefundenen Eingriff geführt. Frau Widmer schildert im Interview, warum es bis zu diesem Zeitpunkt nicht zu einem Eingriff gekommen war:

Textstelle 7-61: Frau Widmer post {06:55-08:27}

01 W: ich hatte angst | ((schluckt)) (1.5) | ich weiß nicht warum (--)
02 | ich habe damals die ganze nacht nicht geschlafen | (1.0) | ich
03 habe angst das wiederholt sich
04 I: ja
05 W: ((weint)) (18.0) | ich weiß nicht ob ich kann weiter sprechen
06 I: brauchen sie nicht | es ist schlimm da dran zu denken
07 W: ((weint)) | (3.0) ich (--) hh° | ich habe jetzt gedacht an diese
08 tag (-) | ich habe so gezittert | (2.0) | ungewollt | (7.0) |
09 weil ich bin am morgen gekommen | (1.0) | ich war schon auf dem
10 stuhl | ((schnieft)) (1.0) | und eben die schwester (--) hat mir
11 beide ohren desinfiziert (--) | also an beide ohren soll ja ä:h
12 (.) sollte ja eingriff stattfinden | ((schnieft)) (--) | und ich
13 habe die ganze nacht nicht geschlafen | weil ich habe gezweifelt
14 (.) | was mache ich (.) | mache ich wieder den gleichen fehler
15 ((schnieft)) (--) | wie damals | (2.0) | ich habe so gezittert |
16 (3.5) ((schnieft)) | und dann wenn doktor ((name)) reingekommen
17 ist (.) | ich habe gesagt | <weinend>ich weiß es nicht (--) |
18 ich will es nicht (--) | ich habe angst | (1.0) | dann hat er
19 gesagt (.) | gut (.) | dann machen wir es nicht>

Trotz der deutlich anderen Ausgangslage wurde auch das postoperative Interview mit Frau Widmer in die Auswertung kontrastierend mit einbezogen, wo es möglich war.²⁵

²⁴ Frau Kaymaz, Frau Widmer und Frau Müller wurden bis zum Zeitpunkt des zweiten Interviews nicht operiert, siehe Abschnitt 5.2.3.

²⁵ Obwohl bei einigen der Interviewten auch das „präoperative“ Interview eigentlich „postoperativ“ ist (wenn vor dem ersten Interview schon ein kosmetischer Eingriff stattgefunden hatte, wie bei Frau Kaymaz und Frau Widmer, siehe Abschnitt 7.1.1), wird an dieser Stelle nur das zweite Interview der Studie einbezogen.

Bei der Frage nach dem Ergebniserleben zeigte sich stärker als bei den anderen Kategorien ein deutlicher Unterschied zwischen Interviewten, die einen relativ klar kosmetisch begründeten Eingriff „in Auftrag“ gegeben hatten (Lena, Yvonne, Sandra, Frau Tran, Frau Favelli) und solchen, bei denen eine Rekonstruktion nach maligner oder gutartig wuchernder Hautveränderung vorgenommen worden war (Frau Bauer, Herr Weber, Herr Huber, Frau Mayer, Herr Keller). Im Folgenden wird auf diesen Unterschied entsprechend immer wieder hingewiesen.

7.3.1 Körperliche Ebene: Subjektive Bewertungen des chirurgischen Outcomes

Die „Gestalt“ des Gesichts zeigte sich in den präoperativen Interviews (Kapitel 7.1 und 7.2) nachvollziehbarer Weise sowohl bei der Frage nach den Anlässen für einen gesichtschirurgischen Eingriff als auch bei der Frage nach damit verbundenen Wünschen, Hoffnungen und Fantasien als wichtiges Kriterium. Auch in den postoperativen Interviews verweisen die Interviewten häufig zunächst auf das chirurgische Outcome (also die körperliche Ebene), insbesondere bei direkten Fragen nach der Zufriedenheit oder den wichtigsten Veränderungen. Hier antworten viele der Interviewten aus beiden Gruppen (kosmetisch und rekonstruktiv) zunächst mit einer klaren Äußerung von Zufriedenheit mit dem chirurgischen Ergebnis, z.B. „ja doch bin sehr zufrieden“ (Frau Favelli, post, 09:07), „ich bin zufrieden mit dem ergebnis | finde es ist gut gekommen“ (Frau Meyer, post, 09:19). Sie unterscheiden sich in der Frage, mit welchen Faktoren sie diese Zufriedenheit in Verbindung bringen, was also die „subjektiven Ergebniskriterien auf körperlicher Ebene“ sind.

Ein wichtiger Aspekt, der in den Interviews mit der Gruppe „kosmetischer Eingriff“ immer wieder im Zusammenhang mit der Ergebniszufriedenheit genannt wird, ist – konform mit den im ersten Interview geäußerten Ergebniswünschen – das Erhalten von „Natürlichkeit“.

Textstelle 7-62: Sandra post {05:38-05:51}

01 S: also das aussehen gefällt mir se:hr gut | von der nase (.) | sie
02 ist se:hr schön geworden (--) | sie ist nicht zu kle:in (--) |
03 sie schaut nicht irgendwie nach oben (--) | künstlich | (1.0) |
04 zu klein für (.) mein gesicht | sie ist (.) wirklich se:hr gut |
05 (1.0) | geworden

Das Gesicht soll nach dem Eingriff nicht „gemacht“ aussehen – der Gesamteindruck soll quasi unauffällig optimiert werden. Die Veränderung darf nicht zu groß sein – wie Yvonne in aller Ambivalenz formuliert: „einfach was dass_s nicht gross auffällt | klein weisst | kleine sache irgendwie grosse wirkung“ (post, 18:11). Auch Frau Favelli bringt, völlig in Einklang mit ihren Ergebniswünschen, ihre Zufriedenheit mit der Unauffälligkeit des Eingriffs und dem „natürlichen“ Aussehen in Zusammenhang:

Textstelle 7-63: Frau Favelli post {01:28-01:40}

01 I: sind sie zufrieden mit dem ergebnis
02 F: ja | ja kla:r (-) | ja ja | ja (.) | es ist eigentlich so wie ich

03 wollte (-) | ja es ist einfach | dass es ein bisschen straffer
 04 ist | und (--) und und durch das hat niemand gesagt (-) |
 05 irgendwas (--) hast du gemacht | oder man sieht dir irgendwas an
 06 | (1.0) | ist einfach sehr natürlich geblieben

Ein Kriterium ist dabei auch die wahrgenommene Passung des veränderten Teils zum Rest des Gesichts (es soll so sein, so lässt es sich formulieren, als *gehörte* es dort hin). Sandra macht deutlich, dass zunächst für sie genau hier ein Problem bestand:

Textstelle 7-64: Sandra post {14:44-15:00}

01 S: ich schaute nicht in den (--) spiegel (.) und dachte (.) | woa:hu
 02 | °h (1.5) | ich hab gesehen dass die form gut war (--) | ich hab
 03 mich auch dann von der seite angeschaut (-) | dachte | ja: |
 04 (1.5)| die nase | (1.0) | an und für sich ist gu:t (-) | aber ich
 05 sehe (--) seh (-) | ich sehe nicht gut aus damit

Sandras Darstellung zufolge ist nicht die Form der „neuen“ Nase selbst das Problem, sondern die nicht vorhandene Passung dieser „neuen“ Nase zum Rest des Gesichts (vgl. dazu auch Abschnitt 8.1.1).

Viele der Interviewten machen zum Kriterium, dass genau *die* Stellen auf genau *die* Weise behandelt wurden, wie sie es sich vor dem Eingriff vorstellten bzw. „in Auftrag“ gegeben hatten. So betont Frau Favelli auch an anderer Stelle, das Ergebnis sei „genau das eigentlich wie ich's wollte“ (post, 02:40), und später:

Textstelle 7-65: Frau Favelli post {11:15-11:27}

01 F: ich habe auch dem doktor ((name)) gesagt (.) | ich will_s
 02 wirklich so haben | dass kein mensch mir dann sagt | jesses du
 03 hast ja | (1.5) | alles zusammengezogen (-) | oder wie was (.) |
 04 und er hat mir gesagt (.) | nein das bleibt dabei | (1.0) | die
 05 mimik und alles ist wirklich genau gleich geblieben

Das chirurgische Ergebnis wird positiv bewertet, wenn die Art der Veränderung als genau den Vorgaben entsprechend empfunden wird – also wenn der Chirurg als jemand erlebt wird, der sich an die Vereinbarungen hält. Dabei geht es nicht nur um die Dinge, die verändert werden sollten, sondern auch um solche Züge des Gesichts, die gleich bleiben sollten.

Textstelle 7-66: Lena post {24:49-25:49}

01 I: was würdest du denn sagen | war so für dich | (1.5) | das
 02 wichtigste in der ganzen (--) | im ganzen verlauf | in der ganzen
 03 sache (--) | für dich persönlich
 04 L: (5.5) | dass es so use cho isch wien ichs ha welle
 05 I: mhm

06 L: wil är het ja lang no: (--) wele anderi sache verändere (.) | aso
07 die ganzi nase schmaler mache (.) | und und und °h (-) | und ich
08 han immer wieder müesse betone (-) | ne:i nur d_spitze(.) | ne:i
09 nur d_spitze °h (-) | und en momänt lang bini mer nid sicher gsi
10 (-) | macht er au wirklich nur d_spitze oder °h (-) | wil de het
11 er no wele d_narbe do no mol ufschnide | und neu zämenäie (--) |
12 und ich so (.) | nei nur d_spitze °h | (1.0) | und wirklich so
13 vor de operation han ich das no mol müesse betone (-) | nur
14 d_spitze (-) | wil ich mir nid sicher gsi bi | (1.0) | macht er
15 jetzt nur d_spitze oder | (1.5) | so bekloppt dass das töne mag |
16 (2.0) | und denn halt au (-) wirklich z_gseh (--) | ah är het nur
17 d_spitze gmacht (.) | und es isch e so wien ich mir das (.)
18 vorgstellt ha
19 I: mhm
20 L: dasch glaub s_wichtigste gsi

Die Begrenzung des Eingriffs – und damit das Gefühl von Selbstbestimmung – erscheint an dieser Stelle im Interview für Lena wichtiger als die Frage, ob die eigentliche Veränderung gelungen ist.

Die Frage, ob die chirurgische Veränderung so stattgefunden hat, wie es von den Interviewten „gewollt“ war, spielt auch in den Fällen eine entscheidende Rolle, in denen Unzufriedenheit mit dem Ergebnis geäußert wird. Gerade in Bezug auf die Unzufriedenheiten zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen den unterschiedlichen Gruppen von Interviewten (kosmetisch und rekonstruktiv). Die Interviewten mit kosmetischen Eingriffen machen deutlich, dass sie das Ergebnis sehr genau in Augenschein nehmen und auch kleinste Unebenheiten registrieren.

Textstelle 7-67: Lena post {06:33-06:57}

01 I: was mer jetzt ufgfalle isch (-) | in de letschte | (1.5) | drü
02 vier wuche °h (-) | dass wenn ich do drüber fahr (--) | gspür ich
03 de einti chnorpel do chli mehr (.) und do nid | (1.0) | gseh duet
04 me das glaub nid °h | (1.0) | aber ich weiss nid genau öb da
05 vilich öppis | (1.5) | chli schief gloffe isch | weisch | dass
06 wieder chli witer usnander wär | (1.0) | das cha ja passiere |
07 (1.0) | das mues ihn denn no froge | (1.0) | aso ich spürs eifach
08 (--) | aber seh duesch es ja nid

Lena argwöhnt, dass bei dem Eingriff etwas „schief gloffe“ sein könnte – auch wenn man nichts davon sieht. Die Frage beschäftigt sie so, dass sie darüber mit dem behandelnden Chirurgen sprechen möchte. Auch Yvonne beschäftigt sich mit der Frage, ob die Veränderung ausreichend gut gelungen ist, oder ob noch einmal nachgearbeitet werden sollte.

Textstelle 7-68: Yvonne post {24:16-25:43}

01 Y: im moment stört mich | (1.0) | guck mal | (1.0) | du siehst es ja
02 I: mhm | [was denn]
03 Y: stecken (--) [stecken]gerade ist es nicht oder | (1.5) |
04 minimales
05 I: ja mhm
06 Y: hügelchen (.) ist da noch (--) | ja (--) | stört mich (.) aber
07 (.) nicht (.) wirklich
08 I: mhm
09 Y: °h wenn ich | (1.5) | ich seh_s schon | (1.0) | ich registrier_s
10 auch | (1.0) | aber mich stört_s nicht
11 I: mhm
12 Y: (17.0) | ich seh es (-) wie gesagt (.) | ich seh's ja | (1.5) |
13 ich sehe auch | oh mann ich hätts jetzt lieber ganz gerade gehabt
14 oder (--) | irgendwie (--)
((28. Sek. Auslassung))
15 Y: ich versuch das jetzt halt mal wegzumassieren (-) | jeden abend
16 (.) mit crème (.) und massage °h | (1.0) | wenn das damit nicht
17 weggehen sollte (--) | überlege ich mir (.) | dass man das noch
18 (--) noch nachfeilt

Wie in Lenas Schilderung erscheint auch hier das „störende“ Element „minimal“ – die Nase ist nicht „steckengerade“. Diese Abweichung vom erwünschten Ergebnis wird einerseits als so klein dargestellt, dass sie fast nicht wahrnehmbar ist, andererseits führt sie doch zu der Überlegung, einen weiteren, korrigierenden Eingriff in Anspruch zu nehmen. Frau Tran, die vor dem Eingriff sehr genaue Vorstellungen hatte (siehe Textstelle 7-41), macht deutlich, dass ihr Ziel „perfektion“ nicht erreicht wurde:

Textstelle 7-69: Frau Tran post {08:33-09:01}

01 I: ist es so wie sie sich das gewünscht haben | vor der operation
02 T: (1.5) | ((schnalzt mit der Zunge)) | im grossen und ganzen ja |
03 (1.5) | ebe dur jetzt halt e chline: (--) problem | wo mer jetzt
04 no hei | dure höger no °h | (1.0) | isch_s halt nöd so usechowie
05 ich_s ha wölle (--) | jetzt hoff ich eifach (.) | dür en: (.) ä:h
06 (.) hüttige termin (.) | dass me da e lösing chönnt finde
07 I: mhm
08 T: und dass halt dann | (1.5) | das problem glöst wird | (1.5) |
09 hoff ich
10 I: mhm
11 T: das isch so so ziemlich no das was was no fählt | (1.0) | zur
12 perfektion (.) | won ich will

Auch Frau Tran empfindet das Ergebnis nicht als katastrophal – im „grosse und ganze“ entspricht es den Vorstellungen. Es kann vermutet werden, dass ein optionaler Eingriff, der ohne medizinische Notwendigkeit selbst veranlasst wurde, ein tadelloses Ergebnis fordert, um anschließend gerechtfertigt zu erscheinen. Es muss *genau so* sein, wie es von den Interviewten „gewollt“ wurde, damit sie zufrieden sein können. Die Frage der Interviewerin, „wenn sie jetzt in den spiegel schauen | wie geht's ihnen damit“ (post, 04:31) beantwortet Frau Tran dementsprechend mit „einersits gfallts mer | aber einersits | ebe dur de höger wieder au nid | denn dank ich es isch doch nöd ganz so | wie ich's ha wölle“ (post, 04:34).

In der anderen Gruppe von Interviews werden Abweichungen vom erwünschten optischen Ergebnis ganz anders gerahmt. Solche Interviewte, bei denen eine Rekonstruktion nach malignen Hautveränderungen stattgefunden hat, marginalisieren sowohl die körperliche „Unvollkommenheit“ als auch deren Bedeutung eher. So formuliert beispielsweise Frau Bauer: „das ist dann sehr gut gegangen mit der hauttransplantation | man sieht's schon noch | oder aber nicht so“ (post, 04:01). Damit macht sie deutlich, dass zwar ein unkorrigierter „Rest“ bleibt, sie aber dennoch mit dem Ergebnis zufrieden ist. Es kann vermutet werden, dass die (implizite, d.h. in den Ergebnismwünschen nicht unbedingt geäußerte) Erwartung sich deutlich von derjenigen der Interviewten mit kosmetischen Eingriffen unterscheidet: Die einen erhoffen Perfektion, die anderen erhoffen, dass es hinterher „einigermaßen anständig aussieht“ (Frau Bauer, prä, 07:26), und dementsprechend unterschiedlich wird das Ergebnis bewertet. So antwortet Herr Weber:

Textstelle 7-70: Herr Weber post {01:14-01:49}

01 I: wie das war | als sie sich zum ersten mal gesehen haben | nach
02 der operation
03 W: mh | eigentlich gut | (3.0) | ich hab_s schlimmer erwartet
04 I: ja
05 W: mhm | (1.5) | und jetzt | (1.5) | wenn man_s weiss sieht man_s
((19. Sek. Auslassung))
06 W: ich kann damit leben

Herr Weber bewertet das Ergebnis angesichts seiner negativen Erwartungen positiv, Herr Huber macht deutlich, dass er zwar auf Besseres gehofft hatte, aber gleichzeitig schon erwartet hatte, dass er nicht „ungeschoren“ davon kommen würde.

Textstelle 7-71: Herr Huber post {06:14-06:25}

01 H: gut erwartet (.) | also (.) gehofft hat man natürlich | dass man
02 | (1.0) äh (-) nix sieht (.) | aber äh (--) im innern hat man
03 schon erwartet | dass ma da net so (--) ungeschoren davon kommt
04 (-) | oder (.) | da wird ma (--) schon was sehen

In beiden Fällen setzen die Interviewten die potentielle Enttäuschung über die Tatsache,

dass eine Veränderung sichtbar bleibt, herab. Das, was an körperlichen Unvollkommenheiten nach den rekonstruktiven Eingriffen geblieben ist, relativieren sie, indem sie die Bedeutung von Äußerlichkeiten herabsetzen. Frau Bauer stellt den Eingriff in eine Reihe mit anderen gesundheitlichen Problemen und kommt zu dem Schluss: „das war nur so eine nebensache fast | so diese nase | es war | unter anderem war auch noch die nase dran“ (post, 05:31). Herr Weber und Herr Huber führen ihr Alter als relativierenden Faktor an („ich bin auch nicht mehr in dem alter wo das so entscheidend ist“, Herr Weber, post, 03:38; „wenn man mal sechzig isch | isch man nimmer so eitel vielleicht | ((lacht)) | dann kommt_s auf narbe mehr oder weniger au net druf a“, Herr Huber, post, 02:02). Eine weitere Möglichkeit, die Bedeutung des Eingriffs in Perspektive zu setzen, ist der Verweis auf mögliche schlimmere körperliche Schäden. So bemerkt Herr Huber:

Textstelle 7-72: Herr Huber post {04:04-04:20}

01 H: man sieht es schon (--) | eben die die (.) | das nasenloch isch
 02 ja viel kleiner (--) | hängt irgendwie so schief runter (1.5) |
 03 und wie gesagt | die medizin isch bei mir das im vordergrund ne |
 04 (1.0) | net so die optik
 05 I: mhm
 06 H: wobei die optik natürlich auch (--) schön isch | wenn sie stimmt

Anders als Herr Huber führt Herr Weber nicht seine eigene medizinische Situation als relativierenden Faktor an, sondern macht einen allgemeinen Vergleich mit denkbaren schlimmeren Situationen als der eigenen.

Textstelle 7-73: Herr Weber post {06:25-06:51}

01 W: es gibt leute | (1.5) | die sind schlimmer dran wie ich oder | es
 02 (2.0) | lungenkrebs hat zum beispiel | ist es (--) grösseres
 03 problem als (-) als das was ich jetzt habe | (1.0) | oder andere
 04 sachen (.) | irgend unfall oder so | und °h | (1.5) | so
 05 irgendwie | äh hh° ((schluckt)) | körperliche schäden haben | das
 06 | (1.5) | das dürfte eigentlich schlimmer sein

Frau Widmer, die ja auch im ersten Interview schon im „postoperativen Zustand“ war (und aktuell zur Gruppe mit „rekonstruktiven“ Eingriffen gezählt werden muss), versucht eine ähnliche Strategie zu wählen. Das Operationsergebnis ist in ihrem Fall der Status quo beim ersten Interview – die misslungene Ohranlegung. Frau Widmer macht deutlich, dass ihr ein Relativieren ihres aktuellen körperlich-optischen Zustandes nicht gelingt.

Textstelle 7-74: Frau Widmer post {34:35-35:40}

01 W: ich versuche alles irgendwie so relativ vergleichen um mich zu
 02 (--) | weil es ist wirklich (--) | mir geht_s gut (.) | ich bin

03 gesund (.) | ich bin nicht irgendwie körperlich ähm (--) °h
 04 behindert | kann man so sagen (.) | ich versuche immer | (1.0) |
 05 ja: (.) mit mit diese so: tatsache mich (-) aufmuntern | und und
 06 das (-) irgendwie weiter zu verschieben °h (-) | es gibt leute
 07 die behindert sind (.) | di:e (.) ich weiß nicht (-) körperteile
 08 verlieren °h | durch krankheit (.) | durch (--) operationen (--)
 09 | unfälle °h (--) | ((schluckt)) | und die leben weiter (-) | und
 10 ich mache so drama wegen (-) wegen eine ohr (.) | wo überhaupt
 11 nicht irgendwie so große_ähm °h (--) ja funktionsweise (-) hat
 12 (-) | also ich höre ja gut | es ist nur hier aussenohr | und °h
 13 (--) ja | (1.0) | hilft nicht viel | ((schnieft)) (1.5) | ich
 14 will stark sein (--) | weil es ist wirklich kein problem (-) | so
 15 (.) wie (.) ich (.) | wenn ich so klar irgenwie als gesunder
 16 mensch denke | (1.5) | hör doch auf °h | (2.0) | da gibt es |
 17 (1.0) | schlimmere probleme (-) | leute kämpfen irgendwie mit
 18 krebs

Frau Widmers Anstrengungen, das gängige Selbstberuhigungs-Topos „es gibt Schlimmeres“ für ihre aktuelle körperliche Situation zu übernehmen, scheitern. Die Situation *ist* für sie aktuell so schlimm, dass es ihr nicht gelingt, als „gesunder mensch“ zu denken. An dieser Stelle zeigt sich auch, wie eng die körperliche (äußere) Ebene mit psychischen (inneren) Zuständen verbunden ist (ein Aspekt, der in Kapitel 2. und der Diskussion aufgegriffen wird).

7.3.2 Soziale Ebene: Subjektive Ergebniskriterien in Bezug auf soziale Situationen

Hier stellt sich die Frage, ob und inwieweit die komplexen, im präoperativen Interview häufig eher indirekt geäußerten Hoffnungen und Wünsche an eine Veränderung von sozialen Situationen durch den Eingriff erfüllt wurden. In einigen Fällen wurde dies von den Interviewten explizit beantwortet. Insbesondere die präoperativ geäußerte Hoffnung, durch den Eingriff auf das Gesicht bezogene, mit sozialen Situationen verbundene negative Emotionen loszuwerden, wird von den entsprechenden Interviewten als erfüllt angesehen. Sandra macht – in direkter Parallele zum präoperativen Interview (siehe Textstelle 7-23) – deutlich, dass ihre vorher vorhandene Scham beim Angeschaut-Werden nach dem Eingriff verschwunden ist.

Textstelle 7-75: Sandra post {06:05-06:23}

01 S: ich schäme mich nicht mehr (.) | auch | (1.0) wenn mich jetzt (.)
 02 jemand von der seite anschaut | (1.0) | dann denke ich | ja |
 03 (1.0) | sieht doch okay aus (--) | und früher (.) | früher dachte
 04 ich (.) | oh je: (-) | jetzt sieht er wie hässlich ich bin |
 05 ((lacht)) (-) | und (-) hab mich dann immer versteckt (--) | und
 06 dann zum teil so: gelacht | ((macht Geste, mit der sie ihre Nase
 07 verdeckt))

Sandra wiederholt an dieser Stelle auf verkürzte Weise eine Beschreibung ihrer Gedanken und darauf folgenden Verhaltensweisen aus dem präoperativen Interview. Ihre Scham stellt sie damit erneut in direkten Zusammenhang mit der Tatsache, dass der von ihr empfundene Makel (die Nase) von anderen gesehen wurde. Jetzt, da der „Makel“ weg ist, sind die Blicke der anderen bedeutungslos geworden – sie schämt sich nicht mehr. In ähnlichem Kontext bemerkt Yvonne: „ich schäm mich nicht mehr | wenn mich jemand von der seite fotografiert“ (post, 19:17), und an anderer Stelle:

Textstelle 7-76: Yvonne post {12:06-12:29}

01 Y: ich hab keine idee mehr dran verschwendet °h (--) | dass jetzt
02 (.) jemand (.) von der seite °h (--) irgendwie komisch reingucken
03 könnte | (1.5) | <<lachend>gar nicht mehr> | ich sag ja (--) |
04 das war wie der (.) der um (--) wie ein umgelegter schalter (--)
05 | plopp (--) und weg war_s | (1.0) | isch direkt ausradiert aus
06 meinem (-) | aus meinem kopf | oder
07 I: mhm
08 Y: (1.0) | also (--) hat mich (.) jetzt (.) wirklich nichts mehr (.)
09 gestört | seit dem

Auch Herr Keller beschreibt auf ähnlich Weise konform mit seinen präoperativen Erwartungen die Veränderung, die der Eingriff auf seine Wahrnehmung sozialer Situationen hat:

Textstelle 7-77: Herr Keller post {10:44-10:55}

01 K: ja: (-) also es isch (-) für mi: | für mi: isch es eifach schön
02 I: mhm
03 K: wil | (1.0) | ich getrau mi jetzt effektiv wieder mit öpperem |
04 (1.5) | agesicht in agesicht | (1.0) | ohni as (--) dassi
05 irgendwie hemmige müessti ha

Situationen „von Angesicht zu Angesicht“ scheinen durch den (gelungenen) chirurgischen Eingriff dadurch unproblematisch geworden zu sein, dass der zuvor störende Teil des Gesichts seine emotionale Bedeutung verloren hat. Herr Keller expliziert dies beispielhaft:

Textstelle 7-78: Herr Keller post {16:43-17:06}

01 K: grad weni mit irgendöpper fremde red
02 I: mhm
03 K: denn (.) denn dueni (.) mir ganz bewusst sage (-) | halt (-) | du
04 sehsch jetzt nüm glich uus wie vorhär °h (-) | sondern du bisch
05 jetzt (--) | äh (-) | di gsicht het wieder e normali form | (1.5)
06 | °h het jo no anderi macke | aber äh | (1.5) | °h jo (.) | aber
07 äh (--) | es isch denn eifach agnähmer | mit öpperem e so z_reede

Herr Keller macht deutlich, dass er sich in sozialen Situationen die körperliche Veränderung explizit bewusst macht, und dadurch für ihn eine emotionale Entlastung im Kontakt mit dem Gegenüber entsteht. In allen drei Fällen sind es nicht tatsächliche Reaktionen anderer, die als verändert dargestellt werden, sondern die eigenen körperbezogenen Kognitionen und Emotionen angesichts sozialer Situationen.

Auch Frau Widmer, die mit den Folgen eines *misslungenen* Eingriffs konfrontiert ist, stellt diesen Aspekt heraus, wobei bei ihr der problematische Aspekt im Vordergrund steht:

Textstelle 7-79: Frau Widmer post {16:28-17:39}

01 W: also es hat mich noch niemand angesprochen (.) | oder (-) | ich
02 weiß nicht (-) | gefragt (-) | was ist mit deinem ohr | das war
03 noch nie der fall | (1.0) | gott sei dank | (1.0) | °h aber ich
04 denke wann (.) wenn der fall wäre | dann würde ich ganz normal
05 (.) erzählen | so (.) kurz äh zusammenfassen | ja (-) es war ein
06 ((schnieft)) | ((schluckt)) | o pe: die missgelungen ist | und (-)
07 ja das wars | (2.0) | es ist nicht so dass ich hh° (--) h° | ja:
08 (--) | ich schäme mich nicht | dass ich so jetzt bin °h (--) |
09 und dass ich so ein ohr habe (--) | aber ich zeige es nicht gern
10 | (1.5) | und ich vermeide auch dass es jemand sieht
11 I: mhm
12 W: (2.5) | aber ich kommuniziere sehr gerne mit anderen leuten | und
13 °h | (1.0) | das ist immer noch (-) so gleich geblieben | (2.5) |
14 aber ich denke sobald es ein bisschen zu nah kommt (.) | oder
15 irgendwie so situationen (-) | das macht sofort | ((schnalzt)) |
16 stop
17 I: mhm
18 W: (3.0) | also gewisse barrieren dann | (1.0) | kommen
19 I: mhm
20 W: ((schluckt)) | in vordergrund | (1.5) | so wie ich das
21 beschreiben kann (.) | so wie ich_s (-) spüre
22 I: mhm
23 W: (2.5) | oder empfinde

Frau Widmer stellt das Ohr, wie es durch die misslungene Operation aussieht, als „barriere“ im Kontakt mit anderen Menschen dar. Dabei macht sie deutlich, dass es nicht um tatsächliche negative soziale Reaktionen geht, sondern ihre eigene Wahrnehmung ihrer selbst in sozialen Situationen ihr im Weg steht.

Deutlich weniger Schilderungen gibt es von tatsächlich veränderten sozialen Reaktionen. Frau Tran beschreibt – kohärent mit ihrem präoperativen Wunsch, „auffallen“ zu wollen (siehe Textstelle 7-44) – dass die Blicke der anderen sich auf positive Weise verändert haben:

Textstelle 7-80: Frau Tran post {06:40-07:58}

01 I: haben sie oft das gefühl | dass die leute anders auf sie
02 reagieren | jetzt
03 T: ufne art irgendwie scho
04 I: mhm
05 T: ich weiss jetzt nöd ob das nöd nur iibildig isch (--) | ob_s (.)
06 früener äu so gsi isch | aber äh (-) ich han es gfühl | ja
07 I: woran würden sie das merken | oder was was ist das
08 T: es isch mehr so nes | (1.0) | ich chas ihne au nöd gnau säge | de
09 blick isch ganz anders bi de lüt | (1.5) | aso bi de manne uf
10 jede fall (-) | und bi de fraue halt me so chli (.) | u::h (-) |
11 so (--) ich würd säge | scho chli niidisch (.) | aber so e chli |
12 so | so (--) | weiss ä nöd | gwunderig
13 I: mhm | mhm
14 T: aso | ja so in däm sinn
((23 Sek. Auslassung))
15 T: sit nach de operation merk ich_s würrklich meh (.) | das lüt (.) |
16 a::h | weni irgendwo inelaufe (.) | dass es grad so | ((stösst
17 Luft aus durch gespitzten Mund)) | (--) blickfang vo irgendwo her
18 | immer wieder chunnt °h (--) | und das isch am afang scho chli
19 schockierend | han ich so dänkt (-) | u::h (--) | wasch isch
20 jetzt los | (3.0) | aber irgendwo düre gniess ich_s

Durch den Eingriff, so macht Frau Tran deutlich, ist sie tatsächlich zum „blickfang“ geworden: Männer schauen sie „anders“ an, die Frauen erscheinen „niidisch“, und sie genießt diese Veränderung. Solche Schilderungen von Veränderungen im Verhalten anderer sind in den Interviews eher selten. Meist wird eher hervorgehoben, dass die Veränderung auf die Blicke anderer keinen sehr großen Effekt hatte:

Textstelle 7-81: Sandra post {07:35-07:52}

01 I: und hast du bemerkt in deiner reakt | äh in deinem um | in
02 deiner umwelt | dass die reaktionen sich verändert haben | dass
03 sich da irgendwas verändert hat
04 S: m::h_nä-ä | (1.5) | also fremde leute | es ist nicht so dass man
05 (--) mich jetzt mehr anschaut (--) | o:h (--) | überhaupt nicht
06 (--) | ganz normal

Die Interviewten unterscheiden sich in der Beantwortung der Frage, auf welche Weise die Veränderung von anderen bewertet wird. Reagieren die anderen positiv, negativ oder gar nicht auf die chirurgische Veränderung?

Herr Huber schildert eine direkte negative Reaktion einer anderen Person. Er selbst bewertet im Interview das Ergebnis auf körperlicher Ebene als kritisch, wobei für ihn,

wie er deutlich macht, nicht der „optische“, sondern der „medizinische“ Aspekt im Vordergrund steht (vgl. Textstelle 7-72).

Textstelle 7-82: Herr Huber post {03:34-03:56}

01 I: ist es überhaupt jemandem aufgefallen | in ihrer umgebung
02 H: (3.0) | gut ich m::h (--) nehm an (.) dass man nicht gleich °h
03 (--) was sagt (--) | wenn man was sieht oder (.) | kann ja auch
04 so sein oder | ((lacht)) (---) | also gross (.) äh geäussert hat
05 sich jetzt noch keiner so (--) | ausser mal einer hat gsagt (-) |
06 das sieht ja: (.) furchtbar aus (--) | aber | (1.0) | das war
07 wohl leicht übertrieben auch | (1.5) | weiss net

In den häufigsten Fällen, so macht Herr Huber deutlich, reagieren die anderen gar nicht auf die Veränderung in seinem Gesicht. In Einklang mit seiner eigenen Haltung gegenüber der Relevanz von „Äußerlichem“ – und dabei gesichtswahrend – bewertet Herr Huber die Reaktion seines Gegenübers als „wohl leicht übertrieben“.

Sandra und Herr Keller berichten, dass das erste Ergebnis vor der kompletten Ausheilung von anderen zunächst kritisch bewertet wurde. So berichtet Sandra in Bezug auf die erste Zeit direkt nach der Operation, in der ihr Gesicht durch den chirurgischen Eingriff noch insgesamt verändert war:

Textstelle 7-83: Sandra post {03:11-03:48}

01 S: nach zwei wochen hatt ich den ersten schultag (.) | und dann
02 musste ich alles abdecken | weil ich war noch recht blau °h
03 I: mhm
04 S: ja: und ich war sehr geschwollen | und in der klasse (--) | ja: |
05 (--) man erwartet dann dass die leute sagen (-) | ah es ist schön
06 geworden | aber alle waren schockiert | und (--) alle sagten |
07 a:h okey (.) | ja:: es sieht noch eigenartig aus (.) | und ich
08 dachte | °h (--) | am anfang dachte ich wirklich | oh je: ist das
09 jetzt noch schlimmer | (1.5) | weil ich hatte dann auch so ganz
10 grosse augen (---) | ganz komisch (--) | so rund (--) | ich sah
11 ganz komisch aus
12 I: mhm
13 S: und am anfang | und mein freund hat sogar dann (.) auch gesagt |
14 ja er hat gesagt | vorher fand er's besser | und ich dachte | o:h
15 mein gott | hey | (1.0) | ich hab gezahlt | (1.0) | ich hab so
16 viel über mich ergehen lassen

Sandra bringt ihre Enttäuschung über die ersten Reaktionen der anderen zum Ausdruck, die sie sich ganz anders vorgestellt hatte. Mit dieser Enttäuschung verbindet sie die Frage, ob der Eingriff sich überhaupt gelohnt hat, wenn es vorher für andere vielleicht sogar besser ausgesehen haben könnte. Dies wird nachvollziehbarer Weise dann zum

Thema, wenn die Interviewten sich bewusst für einen kosmetischen Eingriff entschieden hatten, den sie auch selbst bezahlt haben (siehe dazu auch Abschnitt 7.3.3).

Auch Herr Keller berichtet von einem zunächst unzureichenden Ergebnis, dessen weitere Behandlungsbedürftigkeit er in seiner Schilderung durch seine Frau feststellen lässt:

Textstelle 7-84: Herr Keller post {09:28-10:20}

01 K: ä:h (--) am anfang het si se:hr (--) chnorpelig usgseh (--) |
02 überall
03 I: mhm
04 K: und ä:h | (2.5) | nähärtä: (-) het d'frau gseit (--) | also (--)
05 dasch gar nid guet cho (--) | gar nid guet cho °h (--) | und ä:h
06 (--) nähärtä hani gseit (-) | itz wa:rt doch e mol (--) |
07 villicht wachst das no wieder iine (-) | und und und (.)
08 verwachst sich °h (--) | und ich muesst si jo au immer creme (--)
09 | also (---) massiere sogar °h (--) | und ä:h (--) mittlerweile
10 (---) | das isch vor | (1.0) | vor emne monet gsi | womr gseit
11 händ °h (-) | äh (.) eventuell müemer no nochbehandlige mache |
12 aber ä:h (--) | weni (--) wenn sie mi jetzt aluege | no würde si
13 au sage (--) | das isch nid nötig
14 I: mhm
15 K: aber (---) | vor eme monet hät's ebe (--) | het's ebe so usgseh
16 I: ah ja
17 K: und das het sich jetzt e so schön verwachse | °h und (---) | ich
18 muess sage (--) | ebe (--) ich ich hami nonid dra gwöhnt | dass
19 ich jetzt eigentlech e relativ schöni nase ha

Sowohl Herr Keller als auch Sandra berichten jedoch, dass das „endgültige“ Resultat des Eingriffs – so wie es zum Zeitpunkt des Interviews ist – von ihnen und den anderen positiv bewertet wird.

Frau Meyer, Frau Bauer und Herr Weber berichten, dass die Veränderung von anderen im Allgemeinen überhaupt nicht bemerkt – und entsprechend auch nicht bewertet – wird. Auch die Interviewten, die von ausschließlich positiven Reaktionen anderer berichten (Frau Tran, Lena, Yvonne, Frau Favelli), erklären an anderen Stellen im Interview, dass die Veränderung in vielen Fällen überhaupt nicht bemerkt wurde. Dies empfinden sie allerdings unterschiedlich.

Textstelle 7-85: Frau Favelli post {01:30-01:47}

01 F: es ist eigentlich so wie ich wollte (-) | ja es ist einfach |
02 dass es ein bisschen straffer ist | und (--) | und und durch das
03 hat niemand gesagt (-) | irgendwas (--) hast du gemacht | oder
04 man sieht dir irgendwas an | (1.0) | ist einfach sehr natürlich
05 geblieben

06 I: ah ja
 07 F: mhm
 08 I: hat es | hat | hat in ihrer umgebung gar niemand das bemerkt
 09 F: nein (-) | nein

Frau Favelli stellt die Tatsache, dass die Veränderung für andere nicht direkt augenfällig ist, als positiv dar – es ist offenbar nicht sofort ersichtlich, dass sie etwas „gemacht“ hat. In ihrer Darstellung bedeutet die Unauffälligkeit der Veränderung, dass sie „natürlich“ erscheint, und diesen Wunsch hatte sie im präoperativen Interview explizit geäußert (vgl. Textstelle 7-47). In den Augen anderer nicht „gemacht“ auszusehen, spielt auch für Sandra eine entscheidende Rolle:

Textstelle 7-86: Sandra post {08:04-08:17}

01 S: die nicht wussten dass ich eine nasen oh pe mach (--) | die (.)
 02 die haben_s gar nicht gemerkt | (2.5) | was mir eigentlich auch
 03 gefallen hat | weil (---) es wär mir unangenehm | wenn sie sagen
 04 würden (.) | hey das sieht ja komisch aus (.) | was hast du (.) |
 05 du hast was gemacht

In Sandras Darstellung kommt die Erleichterung hinzu, dass die anderen ihr Gesicht nicht „komisch“ finden. Dies begründet sie an anderer Stelle im Interview mit den zunächst eher negativen Reaktionen.

Textstelle 7-87: Sandra post {25:06-25:17}

01 S: wenn leute gesagt haben (--) | ah ich hab gar nichts gemerkt |
 02 (2.5) | ich fühlte mich wohl | (1.5) | vor allem vielleicht auch
 03 | weil am anfang so viele leute in meiner klasse wirklich gesagt
 04 haben (--) | hey das sieht komisch aus

Yvonne macht deutlich, dass andere zwar eine Veränderung bemerken, diese jedoch nicht zuordnen können. Auch sie zeigt sich darüber erleichtert:

Textstelle 7-88: Yvonne post {04:40-05:32}

01 Y: den meisten ist es erst mal gar nicht aufgefallen °h
 02 I: aha
 03 Y: die haben gesagt (.) | hm | (1.0) | irgendwie siehst anders aus |
 04 aber ich weiss nicht was es ist | (1.5) | sag ich | ja | (1.0) |
 05 dann überlegt's mal | (1.5) | ich hab nich (-) ich hab nichts
 06 gesagt
 07 I: ah
 08 Y: ich erzähl das auch nicht rum °h | (1.5) | ich möcht das nicht
 09 I: mhm
 10 Y: hm °h (--) ja (--) | die meisten haben nur geguckt | (1.0) | hm |

11 irgendwas ist anders (---) | aber ich weiss nicht was (--) | ich
 12 komm nicht drauf (---) °h | ist nix auffälliges (--) °h | ich
 13 find das hat sich wa:hnsinnig verändert (--) | ja: und wahnsinnig
 14 | (2.0) | die optik ist wahnsinnig verändert | (1.5) °h |
 15 teilweise | andern leuten ist es (.) wohl (-) vorher nicht gross
 16 aufgefallen (.) | aber mir natürlich selber °h | (1.5) | und
 17 deswegen find ich_s ja umso besser | dass es nicht (.) aussieht
 18 wie | (1.5) | in anführungszeichen so °h (-) | ah | (1.0) | die
 19 hat sich die nase machen lassen | (1.5) | die hat sich plastisch
 20 operieren lassen
 21 I: mhm
 22 Y: das wollt ich ja | dass es | (1.0) | nicht so raus kommt

Yvonne hebt hervor, dass die (wenig ausgeprägte) Reaktion für sie erwünscht ist: Sie bedeutet, dass die Nase *vor* dem Eingriff nicht so auffällig war, dass andere die Veränderung *jetzt* sofort bemerken würden und sie bedeutet zudem, dass sie nicht auf den ersten Blick als „schönheitsoperiert“ erscheint.

Darüber hinaus bringt Yvonne an dieser Stelle ihr Erstaunen zum Ausdruck, dass von vielen nicht bemerkt wurde, was genau an ihrem Gesicht verändert ist, da sie selbst einen großen Effekt wahrnimmt. Tatsächlich hatte Yvonne im präoperativen Interview die Erwartung geäußert, „jeder“ werde die Veränderung bemerken (siehe Textstelle 7-48). Lena berichtet ähnlich erstaunt wie Yvonne davon, dass anderen die Veränderung nicht auffiel: „de meischte isch_s gar nid wirklich ufgfalle | obwohl ich das nid cha verstah | ehrlich gseit | wil es isch scho en unterschied“ (post, 09:48).

Anders als Yvonne und Frau Favelli macht Lena allerdings deutlich, dass ein Ausbleiben von Reaktionen von ihr nicht erwünscht ist – sie spricht andere sogar auf die Veränderung an, um eine Reaktion zu erhalten:

Textstelle 7-89: Lena post {07:35-08:11}

01 I: wie war das für dich darauf angesprochen zu werden
 02 L: (3.0) | °h bini fascht nie | (1.0) | ich han immer müesse säge
 03 (--) | hei isch der das jetzt ufgfalle
 04 I: mh
 05 L: und denn ersch ischs denn eigentlech cho | (1.0) | ah ja stimmt
 06 (-)| jetzt wo dus seisch (1.5) | ähm (---) | druf agsproche
 07 z_wärde | in dene zwei (--) drü (--) fäll wo_s passiert isch (.) |
 08 ähm: | (2.5) | toll dass mal öppert merkt | ((lacht))
 09 I: ja | mhm
 10 L: und | (1.0) | jo (.) | ganz okay (-) | also isch toll (--)
 11 wirklich dass dene ufgfalle isch (.) | und ich ha dänn au gfragt
 12 | was isch denn andersch oder °h (---) | und (--) eifach zum
 13 | luege (--) fällt das uf

Lena impliziert, dass sie ihr neues Gesicht „zeigen“ *will* – es interessiert sie, ob andere einen Unterschied wahrnehmen. Sie macht durch ihre Darstellung jedoch auch deutlich, dass sie sich nicht als von den Meinungen der anderen abhängig erlebt: Sie zeigt, dass sie keine Angst vor dem Blick der anderen hat, ihn jedoch auch nicht zur Bestätigung braucht. Was sie relevant macht, sind das Interesse und die Aufmerksamkeit der anderen für ihre Person – allerdings jenseits von „äußerlichen“ Bewertungen. Sandra macht deutlich, dass die Meinung anderer für sie wenig Bedeutung hat, da sie ihre innere Haltung zu sich selbst nicht verändern kann:

Textstelle 7-90: Sandra post {24:10-24:21}

01 S: es ist für mich (-) scho:n das wichtigste | was ich (--) | was
02 ich darüber denke
03 I: mhm
04 S: es kann eigentlich die ganze welt sagen (.) | du hast einen
05 <<lachend>wunderschönen höcker | (1.0) | es würde> (-) bei mir
06 nichts leuchten

Frau Tran weist explizit zurück, die Meinung anderer hören zu wollen:

Textstelle 7-91: Frau Tran post {09:45-12:28}

01 T: i:ch (---) red eigentlich nid gern mit andere lüt über das (---)
02 | ich sprich se au nid druf a (---) | uh (--) ggesch | lug ich
03 han e naseoperation | meinsch isch guet usecho °h (--) | nei
04 I: mhm
05 T: ich has für mich (.) gmacht (---) | wenn die ander merket (.) |
06 und fraged (.) | denn sägi gern (---) d_wahrheit (--) | aber
07 süsch
08 I: mhm
09 T: b_halt ich das für mich | (1.0) | will s'isch mini sach
((133 Sek. Auslassung))
10 T: wie gseit (-) | ich mach_s für mich (--) | jetzt momentan (---)
11 luegi nüme gross druf (---) was di ander lüt danket | (1.0) |
12 sondern ich mach's für mich | (1.0) | damit ich mich wohl fühle
13 | °h (1.0) | und ich danke wer sich wohl fühlt | (1.0) | strahlt
14 au en anderi usstrahlig us

In Frau Trans Darstellung taucht – wie in einigen präoperativen Interviews – die Frage auf, „für wen“ der Eingriff eigentlich gemacht wurde (vgl. Abschnitt 7.2.3). Sie setzt die Bedeutung der Meinung anderer herab, indem sie darauf verweist, dass sie den Eingriff ja „für sich“ gemacht hat. Frau Tran macht den Eingriff ganz explizit zu „ihrer“ ganz persönlichen Angelegenheit. Auch Herr Keller betont, den Eingriff für sich selbst gemacht zu haben. Er vermutet, dass manchen Menschen die Veränderung zwar aufgefallen sei, sie sich jedoch nicht „getraut“ hätten, etwas dazu zu sagen:

Textstelle 7-92: Herr Keller post {13:48-14:08}

01 K: ich (-) ha s_gfühl (--) | e teile isch_s villich (.) ufgfalle
02 (---) die händ sich eifach nid getraut öppis z_saage (--) | und
03 andere °h (--) | dene isch_s nid emal ufgfalle
04 I: mhm | mhm
05 K: dene isch_s nid emal ufgfalle (-) | dass_d (.) öppis gmacht hesch
06 I: mhm
07 K: °h (-) aber dasch mir glich (---) | ich ha_s jo nid ä:h (-) für
08 sie gmacht (.) | sondern für mi

Auch Herr Keller weist die Bedeutung der Reaktionen anderer zurück, indem er auf den bekannten Topos des „ich mache es für mich“ (siehe dazu Abschnitt 3.2.4) des Eingriffs verweist.

7.3.3 Selbstbezügliche Ebene

Welchen Einfluss auf das Selbsterleben schreiben die Interviewten der Veränderung ihres Gesichts postoperativ zu? Hat sich der eigene Blick in den Spiegel durch den Eingriff verändert? Hat sich gar das Verhältnis geändert, das die Interviewten zu sich selbst haben? In den postoperativen Interviews gibt es unterschiedliche Hinweise, wie Fragen jeweils beantwortet werden. Herr Weber, Frau Mayer und Herr Huber (die rekonstruktive Eingriffe hatten) weisen eine solche Bedeutung für das Selbsterleben auf direkte Nachfrage zurück und gehen auch an anderen Stellen im Interview nicht darauf ein. Hingegen hat die Frage nach verändertem Selbsterleben insbesondere für die Interviewten mit kosmetischem Eingriff offenbar Bedeutung. Auch in den Interviews mit Frau Bauer und Herrn Keller gibt es Passagen, in denen sie vom Einfluss des Eingriffs auf ihr Selbsterleben berichten.

Die Interviewfrage, ob sich durch den Eingriff etwas „geändert“ hat, wird häufig auf der emotionalen Ebene beantwortet. In vielen der Interviews wird dabei deutlich, dass es nicht einfach ist, genau festzumachen, woran sich eine Veränderung im Selbsterleben überhaupt genau zeigt. Lena berichtet, dass sie sich durch den Eingriff „wieder wohler“ fühlt.

Textstelle 7-93: Lena post {13:53-14:46}

01 I: hat sich denn dann | (1.0) | überhaupt irgendwas verändert (---)
02 | durch die operation
03 L: (2.0) | ich glaub hauptsächlich (---) mis eigene gfühl (---) |
04 dass ich mi wieder wohler fühl | (2.5) | aber suscht (---)
05 chönnti das gar nid wirklich säge
06 I: mhm
07 L: (2.0) | aber wahrschinlech wird ich mi au andersch verhalte |
08 durch das dass ich mi wohler füehle | (1.0) | aber es fällt mir
09 eifach nid so diräkt uf
10 I: mhm
11 L: ich dänks scho | dass das so isch

12 I: woran merkst du denn | dass du dich wohler fühlst
 13 L: ((lacht))
 14 I: ((lacht)) | blöde frage ne irgendwie aber (((lacht)))
 15 L: (((lacht))) | es isch
 16 halt | (1.0) | e guete verglich wär wie sone gips am arm
 17 I: mhm
 18 L: jetzt isch de gips wäg (---) | und jetzt hesch wieder di arm
 19 I: mhm
 20 L: und de fühlst di eifach besser | (1.5) | das isch glaub so
 21 ziemlich de beschti verglich | ((lacht))

Lena macht deutlich, dass die Verbesserung im Wohlbefinden, die sie bei sich wahrnimmt, dadurch bedingt ist, dass etwas im Grunde nicht zu ihr Gehöriges, etwas Störendes (wie ein „gips“) jetzt „weg“ ist. Frau Tran stellt ihren „Stolz“ über die Veränderung in den Vordergrund.

Textstelle 7-94: Frau Tran post {05:28-06:38}

01 T: ich bi stolz druf sozsäge (-) | chame säge °h | ja | (1.5) |
 02 ((schnalzt mit der Zunge)) | das jetzt doch da öppis anders isch
 03 (--) | und | (1.0) | ich merks ja sälber
 04 I: mhm
 05 T: ja
 06 I: und woran
 07 T: ä:hm: | (2.0) | ich bi:: besser gluunt | e chli (.) meh (.)
 08 optimistisch | (1.5) °h | und (---) ja (-) ich gfalle mir sälber
 09 (--) | ich fühl mich wohl
 10 I: mhm
 11 T: ja
 12 I: gibt_s situationen so im alltag | bei denen sie ihnen das
 13 auffällt | bei denen sie merken dass sich was verändert hat
 14 T: <<ausatmend> ähm: ähm:> | ((schluckt)) | aso ich merks scho: (--)
 15 | vor allem | (1.0) | früener (--) weni halt uf d_strass gloffe
 16 bin (-) | bini rächt | ((schnalzt mit der Zunge)) | en chopf gäg
 17 abe | (1.0) | will: (--) ich (--) han ned gärn | (1.0) | wenn ich
 18 merke dass d_lüt mich alueged | aber °h (--) nach de operation
 19 (---) | s hät mir so guet gfalle (---) | ich mein ich (--) gfall
 20 mir sälber (.) | und sit dem her lauf ich scho chli °h (--) | nid
 21 gad eso (--) um (--) ume ((hebt die Nase nach oben)) | aber doch
 22 (---) ich senk en chopf nüme so abe
 23 I: mhm mhm
 24 L: ja (--) und | ja: wenn d_lüt einem alueged | hani früener dankt
 25 (--) | ui (---) | was han ich da (.) | ui (---) | was luegeds a
 26 (--) | was gseht da nöd guet us °h | und (-) ja | hüt gnüss ich_s

27 chli | ((lacht)) | böse (---) blöd gseit | aber ja (---) | chli
 28 die ufmerksamkeit gniesse

Das veränderte Gesicht führt in Frau Trans Darstellung zu einem emotionalen Zugewinn (sie sei „optimistischer“ und fühle sich „wohl“) und zu einer Veränderung ihrer Einstellung (sie „gfaße“ sich selbst). Anders als Lena ist sie sich sicher, dass die veränderte Einstellung, die sie zu sich selbst hat, tatsächlich auch zu einem veränderten Verhalten führt: Frau Tran läuft nun, so stellt sie es dar, mit erhobenem Kopf und genießt die Blicke der anderen.

Herr Keller macht deutlich, dass die Veränderung, die er empfindet, deutlich größer ist, als er antizipiert hatte.

Textstelle 7-95: Herr Keller post {23:31-24:15}

01 I: wenn sie selber so sagen würden | ist es ein grosser unterschied
 02 | oder also wie gross kommt ihnen der unterschied selbst im
 03 moment vor | von vorher und nachher
 04 K: ((schmatzt)) ((schluckt)) (schmatzt) ä:h (0.5) wie soll
 05 ich jetzt do so saage °h ((schmatzt)) (--) | es isch scho e
 06 krasse unterschied °h (--) | ä:h (2.5) | i fü (.) i fühl mi
 07 eifach (0.5) viel freier
 08 I: mhm
 09 K: wil ä:h (0.5) | me het kä handicap meh | und nüt meh °h (--) |
 10 aso s s innerliche gfühl das isch eifach viel freier | so: °h
 11 (--) ä:h jo:
 12 I: mhm
 13 K: wie chönnt me sunscht no °h (1.0) | aso:: (1.0) | s isch eim
 14 eifach wöhler

Herr Keller betont, dass er sich nach dem Eingriff unverhofft „freier“ fühlt – von der Last des „handicap“ enthoben. Es scheint fast so, als wäre das gesamte Ausmaß der Einschränkung, die Herr Keller durch sein Rhinophym erlebt hat, erst im Nachhinein – nach positivem Ausgang – spürbar.

Frau Favelli, die auch vor dem Eingriff keine große Veränderung, sondern eher eine Optimierung ihrer Selbstwahrnehmung erreichen wollte, berichtet nach dem Eingriff erwartungskonform:

Textstelle 7-96: Frau Favelli post {02:49-03:25}

01 I: bemerken sie das auch in ihrem alltag jetzt | gibt es situationen
 02 in denen sie [bemerkens dass]
 03 F: [das schon oft] dass ich mich (--) besser fühle (-)
 04 | sonst ist es eigentlich relativ genauso wie früher (---) | aber
 05 es ist schon dass ich das gefühl habe dass | ich (---) bin
 06 selbstsicherer | und (---) fühle mich eifach ä:h (---) jünger

07 (.) | also jünger | einfach (-) ja (.) | frischer
08 I: mhm
09 F: mhm
10 I: könnten sie sagen woran sie das bemerken
11 F: (2.0) | also woran (-) | ich schaue nicht den ganzen tag in den
12 spiegel | aber ich finde einfach dass ich (.) | ja: (--) man wird
13 ja selbstbewusster
14 I: mhm
15 F: (1.5) | weil man weiss dass man das gemacht hat | und auch weiss
16 wie_s vorher war | und wie_s jetzt ist
17 I: ja
18 F: ja: | (1.0) | man fühlt sich einfach besser

Frau Favelli führt an, dass sie sich „besser“, „jünger“ und „frischer“ fühle. Sie macht deutlich, dass dies für sie keine große Kehrtwende bedeutet, sondern eine allgemeine Steigerung des Wohlbefindens, wie man sie vielleicht auch durch einen Wellnessurlaub erreichen könnte. Diese Darstellung entspricht den zuvor von ihr geäußerten Erwartungen an den Eingriff. Zusammenfassend bezieht Frau Favelli sich auf ihre gesteigerte „selbstsicherheit“ bzw. ihr größeres „selbstbewusstsein“. Diese beiden selbstbezüglichen Konzepte werden von den Interviewten mit dezidiert kosmetischem Eingriff immer wieder als das angeführt, was sich für sie am ehesten bzw. am meisten verändert hat. Auch Sandra nennt als Veränderung, die sie bei sich selbst wahrnimmt, sie sei „selbstbewusster innen nach und auch nach aussen“ (Sandra, post05:57). An anderer Stelle expliziert sie:

Textstelle 7-97: Sandra post {11:07-11:34}

01 S: einfach das innere gefühl | dass ich (---) nicht mehr so hässlich
02 bin | ((lacht)) | ja (.) ich hatte vorher wirklich das gefühl |
03 dass es (.) | dass es so: schrecklich ist °h | (1.0) | und es war
04 auch schrecklich (-) | ich bin immer noch der meinung (---) | es
05 ist nicht so dass ich jetzt denke °h (--) | ja: okay (.) so
06 schlimm war_s gar nicht (---) | ich finde es immer noch
07 <<lachend>sehr schlimm> (--) °h | und eben dieses: (---) innere
08 gefühl | ha (.) | hat sich jetzt einfach verändert (---) | aber
09 eben | das hat viel mit dem selbstbewusstsein dann zu tun

Sandra macht deutlich, dass ihr „inneres gefühl“ zu sich selbst sich verändert hat – es sage ihr nun, nach dem Eingriff, dass sie, „nicht mehr so häßlich“ sei. Sie betont, dass diese Veränderung direkt mit den „äußeren“ Gegebenheiten zusammenhängt: Die Nase war auch im Nachhinein „schrecklich“ und erst durch ihre Veränderung konnte das „innere gefühl“, das Sandra zu sich selbst hat, sich verändern.

Frau Tran verbindet die Veränderung in ihrer „selbstsicherheit“ mit der Aussage, der Eingriff habe *sie* verändert:

Textstelle 7-98: Frau Tran post {13:12-13:34}

01 T: also mich hätts es uf jede fall verändertet
02 I: mhm
03 T: (4.0) | m::h wie söll ich säge (-) | es hät mich sälbschtsicherer
04 gmacht | (2.0) | ich mag (--) jetzt mich so wie ich bin | (1.0) |
05 au üsserlich
06 I: mhm
07 T: (2.0) | und ja | (1.5) | ich ha froid | (1.0) | ich strahle
08 wüklich | (1.0) | ich han au froid dra z_säge (--) | lug

Sich selbst zu mögen ist in Frau Trans Darstellung damit verbunden, auch nach außen etwas Neues auszustrahlen, sich vor anderen zu „zeigen“. Beides – inneren und äußeren Aspekt – bezeichnet Frau Tran als Veränderung ihrer selbst („also mich hätts es uf jede fall verändertet“). Die meisten anderen Interviewten konstatieren hingegen eher, der Eingriff habe sie als Personen eben gerade *nicht* verändert:

Textstelle 7-99: Yvonne post {18:56-19:30}

01 I: würdest du denn sagen | dass es einfluss hat auf dein
02 selbstbewusstsein
03 Y: (4.0) | ja:: klar (--) | sicher | (1.0) | bestimmt n stück weit
04 °h (---) | jetzt nicht so extrem dass ich jetzt irgendwie grad
05 ähm °h (---) n persönlichkeitswechsel durchmache (-) | also so::
06 °h (-) so extrem ist es nicht (---) | aber (---) wie gesagt | ich
07 schäm mich nicht mehr wenn mich jemand von der seite fotografiert
08 °h (---) | das stärkt natürlich auch (---) das selbstbewusstsein
09 I: ja
10 Y: weißt | (1.5) | also (-) | aber jetzt jetzt irgendwie | (1.0) |
11 grossartig dass (-) mh (.) im wesen sich jetzt was geändert hätte
12 dadurch (-) | ne (---) | m-m | (3.0) | gar nicht (---) | find ich
13 nicht

Die Veränderung im Selbstbewusstsein, nach der die Interviewerin fragt, bejaht Yvonne, schränkt sie jedoch sofort ein: Dies bedeute nicht, so betont sie, dass sie sich in ihrer Persönlichkeit bzw. in ihrem „wesen“ geändert habe. Lena macht deutlich, dass auch sie diese Frage für sich reflektiert hat, jedoch eher zu dem Schluss gekommen sei, dass sich nicht wirklich etwas „in ihr“ verändert habe.

Textstelle 7-100: Lena post {04:23-04:40}

01 L: ha mer denn au überleit (-) | het das jetzt öppis (.) in mir
02 verändertet | (2.0) | aber ich glaubs ehrlich gseit nid (-) | aber
03 ich weiss es nid | (1.0) | isch no schwierig | (1.5) | ((lacht))
04 I: mhm
05 L: ich chas nid wüklich säge (--) | ich han nid (.) d_s gfühl (-) |

06 dass es öppis verändertet het °h | (1.0) | aber cha ja scho si
 07 (---) | kei ahnig

Sandra erzählt, dass diese Frage von außen an sie herangetragen wurde: Ihr Freund habe sich Sorgen gemacht, sie könne durch ihr veränderten Aussehen „arrogant“ werden.

Textstelle 7-101: Sandra post {27:21-28:00}

01 S: mein freund hat am anfang nur sprüche gemacht (-) | ja:: (--)
 02 dass du jetzt ja nicht arrogant wirst (-) | <<lachend>hab ich
 03 gesagt | sicher nicht> | (1.5) | es ist jetzt schon (---) ein
 04 riesen makel der weg ist | aber (---) ich fühl mich jetzt dadurch
 05 nicht wie ein (---) | weiss ich nicht was (---) | eine schönheit
 06 | (1.0) | ich seh auf der strasse | es gibt so viele hübsche
 07 menschen | (2.0) | aber einfach die (--) | das was mich so
 08 gestört hat ist jetzt weg | und (---) ich bin immer noch dieselbe
 09 | (1.0) | ich hab einfach nicht mehr so:: starke komplexe | es
 10 gibt ja immer noch sachen die (---) | <<lachend>ist ja normal
 11 (---) | was man noch | (1.0) | ändern könnte> | (2.0) | aber ja |
 12 (1.5) | das schlimmste ist weg

Sandra weist wie Yvonne und Lena eine Veränderung ihres Wesens durch den Eingriff vordergründig zurück. Auch sie findet, sie sei „dieselbe“ geblieben – allerdings mit weniger „komplexen“, worin deutlich wird, dass doch eine nicht zu vernachlässigende Veränderung stattgefunden hat. Für alle drei Interviewten scheint es eine Rolle zu spielen, trotz „äußerer“ Veränderung „innerlich“ unverändert geblieben zu sein. Gleichzeitig machen sie doch deutlich, dass Teilaspekte ihrer selbst sich sehr wohl verändert haben (das Selbstbewusstsein hat sich verbessert, die Komplexe sind verschwunden). Dies macht vor dem Hintergrund Sinn, dass der Eingriff im Nachhinein auch gerechtfertigt werden muss – wenn sich gar nichts verändert hat, wäre er überflüssig gewesen.

Einen anderen Aspekt der Frage, ob und wie sehr man durch einen Eingriff auf das „Äußere“ auch „innerlich“ man selbst bleiben kann, stellt Frau Widmer in den Vordergrund. Sie, die auch im zweiten Interview mit den Folgen eines missglückten Eingriffs kämpft, beschreibt ein Entfremdungserleben von sich selbst: „ich bin nicht mehr die wie wie früher“ (Frau Widmer, post2, 36:05). Sie nennt diese Erkenntnis auch in direktem Zusammenhang mit dem ersten Interview:

Textstelle 7-102: Frau Widmer post {02:49-03:36}

01 W: durch (---) dieses interview habe ich (--) habe ich irgendwie
 02 entdeckt (.) | dass ich anders (.) geworden bin °h (--) | und (-)
 03 ich hab_ähm: | (1.0)| schon dann mir gedanken gemacht | (1.5) |
 04 wie ich kann das rückgängig machen | (1.0) | dass ich (-) wieder

05 (-) wieder so werde wie ich früher war | und (--) °h ja es ist
06 oft irgendwie in den hintergrund (---) geraten (---) | aber |
07 (1.0) | ja | ab und zu | wenn ich schlafen gegagen bin | habe ich
08 schon | (1.0) darüber gedacht | und | und wie ich soll weiter
09 machen (.) | wie ich soll das (--) anders meistern | und °h (--)
10 dass ich soll mit meine komplexe jetzt (--) kämpfen | und (.) ähm
11 | (2.0)| ja | und ignorieren | (1.0) | oder etwas dagegen tun
12 (---) | oder (.) | i (.) ich möchte wieder die gleiche sein

Frau Widmer sieht das Interview als ausschlaggebend für die „Entdeckung“, dass sie nach dem missglückten Eingriff „anders geworden“ sei. Das Interview hat nachgewirkt: Sie hat sich, so macht sie deutlich, seitdem immer wieder Gedanken darüber gemacht, wie sie wieder sie selbst werden kann.

8. Identitätsbezogene Analysen: Zwischen „Innen“ und „Außen“

In diesem zweiten Teil der Ergebnisdarstellung wechselt die Perspektive von der thematisch-inhaltlichen, beschreibenden Aufarbeitung der Interviews hin zu der Frage, wie die Interviewten sich selbst als Personen mit bestimmten Eigenschaften und Standpunkten unter Bezugnahme auf ihr Gesicht darstellen. In den Analysen tritt eine Besonderheit der Interviews in den Vordergrund: Die Spannung zwischen „Innen“ und „Außen“. Das Sprechen über das eigene Gesicht setzt voraus, dass eine Distanzierung und Beziehungsgestaltung stattfindet. Um das eigene Gesicht zum Thema zu machen, muss es sprachlich vom „Rest“ der Person getrennt werden. Die Frage „Wer bin ich?“, die genuin auf *innere*, selbstbezügliche Aspekte zielt, wird durch die Thematisierung des Gesichts explizit mit *äußerlichen*, körperlichen Eigenschaften in Beziehung gesetzt. Doch eine (fiktive) Dichotomie zwischen „Außen“ und „Innen“ zeigt sich in den Analysen nicht nur in Bezug auf das Gesicht und den „Rest“, sondern auch auf die Trennung zwischen Selbst und Anderen. Das Gesicht als Teil des Selbst ist auf besondere Weise den Betrachtungen von außen ausgesetzt (siehe Kapitel 1.1). In den Interviews wird es sprachlich verhandelt und damit zum Gegenstand interaktiver identitätsstiftender Prozesse (siehe Kapitel 4.1.2). Geht es um das Gesicht, spielt die Außenperspektive eine entscheidende Rolle.

Als Veranschaulichung der komplexen Überlegungen soll die folgende Abbildung (Abb. 6) in Erweiterung des Positionierungsschemas von Lucius-Hoene & Deppermann (2004b) dienen, das in Abschnitt 6.2.1 ausführlich vorgestellt wurde (Erweiterung analog zu Burbaum, 2007, S. 116, die in das Positionierungsschema das Element „Gedichtpositionierungen“ aufnimmt).

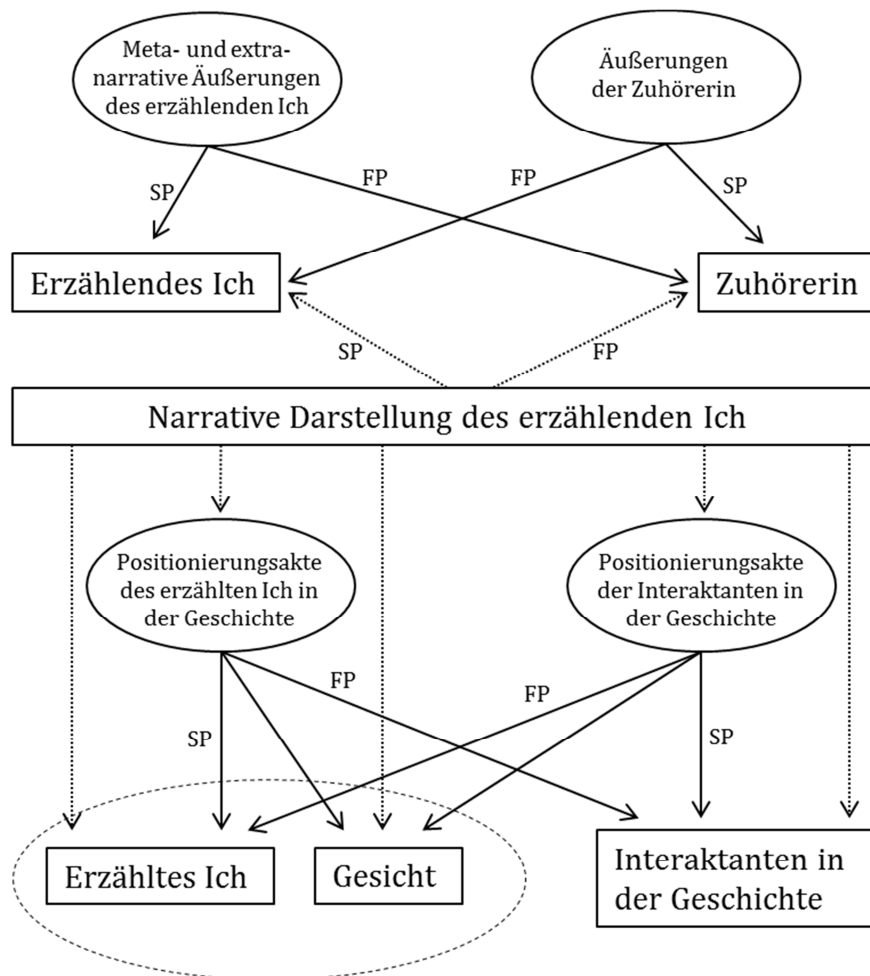


Abb. 6: Positionierungsschema nach Lucius-Hoene & Deppermann (2004), erweitert analog zu Burbaum (2007)

Im Sprechen über das Gesicht wird ihm eine Position im sozialen Raum zugeteilt. Nun verhält es sich mit dem Gesicht anders als beispielsweise mit einem Gedicht, auf das von den Interaktanten Bezug genommen wird (vgl. Burbaum, 2007): Das Gesicht ist Teil des erzählenden Ichs. Im Erzählen wird es jedoch zur eigenen Entität, zum Objekt der Betrachtung – sowohl von „Innen“, also durch die „Trägerin“ selbst, als auch von „Außen“, also durch aktuell anwesende oder erzählte Interaktanten – und bleibt doch Teil seiner „Trägerin“. Wie diese Spannung in den Interviews verhandelt wird, ist Gegenstand der folgenden Kapitel. Kapitel 8.1 behandelt die Frage, wie die Interviewten sich selbst zu ihrem Gesicht in Beziehung setzen, wie sie also ihr Gesicht aus der „Innenperspektive“ zum Gegenstand der Betrachtung machen. In Anlehnung an das Positionierungsschema stehen hier die Positionierungen des eigenen Gesichts durch die Interviewten im Mittelpunkt. Es geht um das Verhältnis zwischen dem Gesicht und dem „Ich“ der Satzaussage – dem reflexiven „Ich“, durch das der Sprecher auf sich selbst Bezug nimmt. Um es als solches kenntlich zu machen und von psychoanalytischen „Ich“-Konzepten zu unterscheiden, wird es im Folgenden als „Ich-selbst“ bezeichnet. Es soll dabei nicht Aufgabe der vorliegenden Arbeit sein, dieses „Ich-selbst“ zu definieren, sondern der Fokus der Beschreibung liegt in den folgenden Ausführungen auf eben dem

erlebten „Auseinanderklaffen“ zwischen dem körperlich bestimmten Gesicht und dem selbstbezüglichen „Ich-selbst“.

In Kapitel 8.2 wird betrachtet, wie die Interviewten fremde Blicke auf ihr Gesicht relevant machen. Der Fokus wechselt also zu den Fremdpositionierungen des Gesichts der Interviewten durch Interaktanten in den Erzählungen. Es geht um das Verhältnis zwischen dem Gesicht und den „anderen“, wie es von den Interviewten geschildert wird. Es geht außerdem darum, wie die Interviewten den Blick der Interviewerin thematisieren. Das Gesicht wird, über den Umweg der Augen der anderen, zum Definiens für die Person.

In Kapitel 8.3 verschiebt sich die Perspektive. Der Zusammenhang zwischen „Innen“ und „Außen“ wird hier in Bezug auf den Fortgang der Ereignisse relevant: Die Erzählungen werden hinsichtlich der Frage betrachtet, wie sehr sie eine Veränderung des „Innen“, des „So-seins“ der Erzählenden durch Veränderungen am „Außen“, also am Körper, thematisiert wird. Es zeigt sich, dass sich die Interviewten in dem Dilemma befinden, dass stets andere beauftragt werden müssen, um die Veränderung durchzuführen – die Veränderung kann nur in Auftrag gegeben, aber nicht selbst durchgeführt werden. Damit muss auch die Kontrolle über den Prozess und sein Gelingen wiederum nach „Außen“, an andere übergeben werden. Es wird betrachtet, welche Bedeutung dem veränderten und veränderlichen Gesicht und damit auch dem gesichtschirurgischen Eingriff in Bezug auf die identitätskonstitutiven Prozesse im Interview zukommt.

In Kapitel 8.4 wird schließlich betrachtet, wie die Befragten die postoperative Veränderung in ihren Darstellungen für sich integrieren. Dabei zeigt sich, dass die Interviewten viel kommunikative Mühe investieren müssen, um das Ergebnis zu plausibilisieren. Die Darstellungen unterscheiden sich darin, ob eher ein „glatter“ Übergang geschildert wird, oder ob die Anpassungsarbeit zur Integration des Operationsergebnisses im Vordergrund steht.

8.1 Ich und mein Gesicht: Die Innenperspektive

In diesem Kapitel wird gezeigt, auf welche Weise die Interviewten ihr Gesicht positionieren, und wie sie damit Identitätsarbeit leisten. Das Interview stellt (implizit) die Aufgabe, zu einem Teil von sich selbst in Beziehung zu treten. Die im Interview verhandelten Fragen „Wie geht es mir mit meinem Gesicht?“, „Wie habe ich bis jetzt mit meinem Gesicht gelebt?“, „Was hat sich an meinem Gesicht verändert?“ bzw. „Was soll sich an meinem Gesicht verändern?“ setzen voraus, dass das Gesicht zum Gegenstand der Betrachtung und damit objektiviert wird – obwohl es ein Teil der Betrachtenden selbst bleibt. Diese Spannung zwischen dem „inneren So-sein“ und dem „äußeren“, von außen sichtbaren Körper, verhandeln die Interviewten auf unterschiedlichen Ebenen: Das Gesicht wird als etwas dargestellt, das mehr oder weniger gut zum „Rest“ ihrer Person „passt“ (8.1.1). Einem Teil des Gesichts wird eine überwertige Bedeutung zugeteilt: Es zieht die Aufmerksamkeit von anderen Eigenschaften ab, und zwar sowohl von körperlichen „äußeren“ als auch von „inneren“ (8.2.2). Dem Gesicht wird ein bestimmter emotionaler Gehalt zugesprochen, womit der Einfluss des „Äußeren“ auf das „Innere“, also das Gefühlsleben verhandelt wird (8.2.3). Das Gesicht wird als Gegenüber

mit eigener Intentionalität und Handlungsmacht dargestellt, was darauf verweist, dass ein bestimmter (äußerer) Selbstanteil eigenmächtig gegenüber den anderen (inneren und äußeren) Teilen handeln kann (8.2.4). In all diesen Fällen wird eine bestimmte problematische Beziehung zum Gesicht dargestellt, was insofern schlüssig ist, als die Interviewten vor einem gesichtschirurgischen Eingriff stehen. Mit dem Gesicht in Beziehung zu treten ist meist auch mit dem Operationswunsch verbunden: Die aktuelle Beziehung zum Gesicht steht in Zusammenhang mit dem Wunsch nach einer Veränderung des Gesichts und damit dem Wunsch nach einer Veränderung der Beziehung selbst. Es gibt jedoch auch Darstellungen, in denen eine problematische Beziehung zum „äußeren“ Gesicht – und damit auch ein möglicher Rückschluss auf ein problematisches „Inneres“ – explizit zurückgewiesen wird (8.1.5). Die Interviewten unterscheiden sich auf den unterschiedlichen Ebenen in der Frage, wie sehr und auf welche Weise sie sich von ihrem Gesicht bzw. einem bestimmten Teil desselben distanzieren, wie Selbst-nah das Gesicht bzw. der zu verändernde Teil des Gesichts dargestellt ist, als wie kritisch für die körperlich-psychische Integrität es erscheint und wie emotional aufgeladen die Beziehung zum Gesicht ist.

8.1.1 „Irgendwie bassts nimm“: Die „Passung“ des Gesichts

Einige der Interviewten beziehen sich auf ihr Gesicht, indem sie die Frage relevant machen, inwieweit es eigentlich (noch) zu dem „passt“, was sie als „mir“ bezeichnen (wie in: „Passt das zu mir?“). Sie stellen ihr Gesicht damit als etwas dar, das mehr oder weniger stimmig in Bezug auf den Rest ihrer Person sein kann. Häufig beziehen sie sich dabei nicht auf ihr Gesicht als Ganzes, sondern auf den bestimmten Teil des Gesichts, der operativ verändert werden soll. Die Beziehungsreferenz (das „mir“), auf die sie die Frage nach der Passung beziehen, bleibt vage und kann auch innerhalb einer Darstellung immer wieder unterschiedlich weit gefasst sein. Sie geht von der reinen Äußerlichkeit („Passt das zum Rest meines Äußeren?“) bis zur Stimmigkeit des gesamten Selbsterlebens („Passt das zum Rest meiner Person, meines Selbst?“).

Frau Schneider tritt mit ihrem Gesicht in Beziehung, indem sie die Frage nach der subjektiven, also von ihr selbst empfundenen Repräsentativität eines Merkmals in ihrem Gesicht (einem Muttermal) für sie als Person stellt.

Textstelle 8-1: Frau Schneider prä {04:07-04:38}

01 S: dann macht man sich natürlich SCHON (.) seine gedAnken
 02 PASST das ((Muttermal,LS)) jetzt zu mIr;
 03 oder passt das NICHT zu mIr;
 04 oder (--) ist es ein MARKenzeichen von mir
 05 oder ist es (--) wär_s schöner wenn_s WEG wäre;
 06 oder (--) ja (--)
 07 und (-) dadurch dass es Eigentlich für MICH
 08 keine VORteile in dEm sinne bringt
 09 finde ICH (.) jetzt
 10 also ich find's es ist nIcht besonders SCHÖN
 11 es ist für mich jetzt nicht irgendwie

12 dAs was zu meinem gesIcht geHÖRT oder s0;
 13 also es ist jetzt nicht so dass ich sagen würde
 14 DOCH (.) das: gibt meinem gesicht jetzt (.) den
 15 was weiss ich
 16 das den WIEdererkennbar_ä:h (.) WIEdererkennungswert
 17 oder SONST irgendwas

Frau Schneider setzt sich im Interview an verschiedenen Stellen mit der Frage auseinander, ob das Muttermal, das sie entfernen lassen möchte, zu ihr „PASST“ (Z. 02). In der vorliegenden Textstelle stellt sie diese Frage zunächst als allgemein üblich dar, wenn sie konstatiert, „man“ mache sich „natürlich SCHON (.) seine gedAnken“ (Z. 01). Sie formuliert dann drei rhetorische Fragen: Zunächst die allgemeine Frage nach der Passung zwischen „das“ (Merkmal) und „mIr“ (Z. 02 und 03), wobei sie damit das Merkmal sprachlich objektiviert und von sich – dem Rest – abtrennt. Die anschließende Frage „ist es ein MARKenzeichen“ (Z. 04) grenzt die Idee der Passung ein: Ein Markenzeichen ist (eigentlich unabhängig von seiner Passung) ein identitätsstiftendes Merkmal, etwas, das eine Person gegenüber anderen besonders auszeichnet und sie unverkennbar macht. Drittens formuliert sie die Frage nach der Ästhetik, nämlich ob es „schÖner“ wäre, „wenn_s WEG wäre“ (Z. 05). Mit dem anschließenden „oder (- -) ja (- -)“ (Z. 06) zeigt sie an, dass sie diese Liste noch weiter führen könnte. In diesen Zeilen 01-06 stellt Frau Schneider das Merkmal als eigenen, abgetrennten Teil einem „mir“ gegenüber. Dabei lässt sie offen, was genau sie mit diesem „mir“ meint: Die Vergleichsebene bleibt abstrakt, es ist nicht klar, ob Frau Schneider sich auf Äußerlichkeiten, psychische Entitäten, Charaktereigenschaften oder etwas ganz Anderes bezieht.

Von Zeile 07 bis 17 verneint Frau Schneider nun die zuvor aufgeworfenen Fragen. Dabei nimmt sie eine klar distanzierte Haltung zu dem infrage stehenden Merkmal ein. Sie konstatiert zunächst, das Merkmal bringe „keine VORteile“ und erklärt es dann von ästhetischer Seite (Z. 10), bezüglich der Passung zum restlichen Gesicht (Z. 11,12) und bei der Frage nach dem „WIEdererkennungswert“ (Z. 16) – dem Pendant zum „MARKenzeichen“ – als unbrauchbar. Dabei schränkt sie die Tragweite der Passungsfrage ein, indem sie sich nun wiederholt auf die Passung zwischen Merkmal und Gesicht (im Gegensatz zur Passung Merkmal – „mich“) bezieht.

Frau Schneider legt dar, dass sie das Muttermal im Gesicht auf unterschiedlichen Ebenen geprüft hat und schließlich zu dem Ergebnis gekommen ist, dass es nicht zu ihr passt und damit in keiner repräsentativen Beziehung zu ihr als Person steht. Durch ihre schrittweise Beweisführung erreicht sie, dass das Merkmal auf verschiedenen Ebenen als etwas Fremdes, nicht Zugehöriges erscheint, das für keinen Teil von ihr oder ihrer Erscheinung eine Bedeutung hat – das Merkmal „geHÖRT“ nicht zu ihr.

Auch Sandra stellt in Auseinandersetzung mit der Frage der „Passung“ das betreffende Merkmal in ihrem Gesicht (den „höcker“ auf der Nase) als etwas nicht zu ihr Gehöriges dar. Anders als bei Frau Schneider wird das Thema der Passung in ihrer Schilderung zunächst von Außen – nämlich von wohlmeinenden Anderen – aufgeworfen und positiv beantwortet. Bei ihr geht es damit insbesondere um die Zurückweisung einer „objektiven“, also von Außen konstatierten Repräsentativität des Merkmals für sie als Person aus der „Innenperspektive“.

Textstelle 8-2: Sandra prä {06:04-06:37}

01 S: die LEute die mich gut kEnnen (-)
02 die sagen ja:: (.) dich (.) ich KENN dich nur so (-)
03 das PASST zu dir;
04 hat mich nur noch eher geNERVT und (.)
05 was heisst (-) ein höcker PASST zu mir;
06 was soll denn DAS sein ((lacht))
07 ja: (--) deshalb (---) die reaktionen waren EHer positiv
08 aber ich dacht
09 ich denk das ist eher
10 weil man sich nicht geTRAUT hat (--)
11 und ja:: gewisse ham noch gesagt
12 ja: das ist doch speZIEll
13 ist doch SCHÖN
14 hab ich gesagt ja: es ist NEgativ speZIEll
15 der höcker ist völlig UNnötig; (---) ja: (--) so

In der Textstelle grenzt Sandra sich gegenüber den gut gemeinten Aussagen von Anderen ab, die ihr in Bezug auf den „höcker“ attestieren „das PASST zu dir“ (Z. 03) und „ja: das ist doch speZIEll | ist doch SCHÖN“ (Z. 13,14). Sie positioniert die Sprecher zunächst als bedeutsam (sie kennen sie „gut“, Z. 01) und stellt ihre Aussagen dann inhaltlich als Zumutungen, ja sogar als Beleidigungen dar: Die Behauptung enger Bekannter, der Höcker passe zu ihr, führt sie zu der Frage „ein höcker PASST zu mir | was soll denn DAS sein“ (Z. 05-06). Die eigentlich positive Aussage („die reaktionen waren EHer positiv“, Z. 07) macht sie damit zu einer Herabstufung ihrer Person: Demnach würde die Aussage, der Höcker passe zu ihr, bedeuten, dass die Referenz der Passung – ihre Person – ebenso mangelhaft sei wie der Höcker, den sie als schlimmen Makel empfindet. Sie begründet die somit plump erscheinenden Worte der Anderen mit ihrer Annahme, dass „man sich nicht geTRAUT hat“ (Z. 10). Sandra deutet damit an, der Bezug auf die Passung sei der Versuch von wohlmeinenden Anderen, die Abwertung des Merkmals zu umgehen – ein Schuss, der ihrer Darstellung zufolge nach hinten losgeht. Sie selbst verkehrt die positiven Aussagen ins Gegenteil – „speZIEll“ heißt „NEgativ speZIEll“ (Z. 15) – und kommt, ähnlich wie Frau Schneider, zu dem Schluss, „der höcker ist völlig UNnötig“ (Z. 16).

Sandra macht deutlich, dass sie die Idee, das Merkmal „höcker“ könne zu ihr passen, als Beleidigung empfindet. Für sie ist das Merkmal so eindeutig negativ besetzt, dass eine „Passung“ für sie bedeutet, sie selbst als Person sei mangelhaft. Anders als Frau Schneider stellt sie das Merkmal damit als Bedrohung ihrer restlichen Person dar: Mit dem Höcker in Verbindung gebracht zu werden, indem er als Teil von ihr angesehen wird, bedeutet eine Abwertung ihrer Person. Diese lehnt sie vehement ab.

In beiden Fällen (Frau Schneider und Sandra) wird also eine Passung zwischen Merkmal und Person explizit zurückgewiesen und gleichzeitig das Merkmal vom „Rest“ der Person abgespalten. Eine Zusammengehörigkeit zwischen Person und Merkmal wird negiert. Frau Schneider wirft dafür wie in einem inneren Dialog verschiedene

Möglichkeiten der Passung auf und verneint sie, womit sie das Merkmal schließlich als sinnhaften, bedeutungsvollen Teil ihrer Selbst sowie ihres Äußeren vollständig disqualifiziert. Sandra zeigt sich von vornherein auf dem Standpunkt, dass das Merkmal „völlig unnötig“ ist, die Frage nach der Passung wird, so stellt sie es dar, von außen an sie heran getragen. Dadurch bleibt das Merkmal in ihrer Darstellung bedrohlicher als bei Frau Schneider: In dem Moment, in dem *andere* eine repräsentative Passung zwischen dem Merkmal und ihr selbst konstatieren, stellt es sie als Person in Frage. Sie kann das Bild, das sie in den Augen der anderen abgibt, in dem Moment nicht kontrollieren. In beiden Fällen führt die Darstellung dazu, dass der Wunsch, das Merkmal „loszuwerden“, unproblematisch erscheint: Ein chirurgischer Eingriff soll nur entfernen, was sowieso als nicht zugehörig empfunden wurde, also schon vor einer chirurgischen Entfernung quasi „abgestoßen“ wurde.

Ähnlich argumentiert beispielsweise Yvonne, wenn sie in Bezug auf ihre Nase betont „das passt gar net in mein schlankes gesicht“, um die Nase anschließend zunächst gattungsspezifisch („das sieht aus wie ein rabenschnabel“) und schließlich emotional von sich abzuspalten: „ich hass die nase | ich bin froh wenn des teil weg is“ (vgl. Textstelle 8-18).

Lena dagegen verhandelt die Frage nach der Passung nicht in Bezug auf die Repräsentativität des Merkmals für sich als Person, sondern als Problem ihres Selbsterlebens. Die Art und Weise, wie sie sprachlich mit ihrem Gesicht in Beziehung tritt, unterscheidet sich damit grundsätzlich von den Darstellungen von Frau Schneider und Sandra.

Textstelle 8-3: Lena prä {22:20-22:56}

01 L: durch DAS dass me ja: (.)
 02 mit em g_SICHT au sich sÄlber verbIndet
 03 und denn fEschtsteltt dass öppis sich verÄnderet-
 04 frogt me sich halt BASST des no zu mIr, (--)
 05 oder müsst ma des nid wieder irgendwie Anderscht anekrIege
 06 dass s_wIeder so Isch wie (.) wie ma sÄlber sich au FÜHLT (-)
 ((8. Sek. Auslassung))
 07 L: also s_goht nid DRUM (.)
 08 dass ich mir ABnormal vorchum und wäg dÄm die OP will- (-)
 09 sondern EIfach (.) WIRKlich (.) wil (.)
 10 ((stößt Luft aus))
 11 wil des halt es STÜCK vo mIr isch
 12 und das het sich verÄnderet
 13 und irgendwie BASST_s nüm; (---)

Mit dem Gesicht – so führt Lena aus – verbindet man „sich sÄlber“ (Z. 02).²⁶ Wenn man also „fEschtstellt dass öppis sich verÄnderet“, (Z. 03) ergibt sich ihrer Darstellung nach die allgemeine logische Konsequenz, dass man sich fragt „BASST des no zu mIr“ (Z. 04). Demzufolge kann es also passieren, dass das Gesicht sich verändert und schließlich nicht mehr zum Rest der Person – wie auch immer dieser sich konstituieren mag – passt. Lena stellt dann die Frage, ob es nicht in ihrer Verantwortung liegt, das Gesicht wieder so „anekrIege | dass s_wIeder so Isch wie (.) wie ma sÄlber sich au FÜHLT“ (Z. 05, 06) – also eine verloren gegangene Passung zwischen dem Gesicht und dem eigenen Selbsterleben wieder herzustellen.

Lena grenzt sich explizit gegen die Vorstellung ab, ihre Operationsmotivation könne sein, dass sie sich „ABnormal“ (Z. 08) vorkomme. Sie investiert viel kommunikativen Aufwand, um ihre Nase (so wie sie jetzt ist) als Teil ihrer selbst („es STÜCK vo mIr“, Z. 11) zu schützen – sie nicht aus der distanzierten Perspektive, nicht als „ABnormal“ abzuwerten – und dennoch ihren Operationswunsch plausibel zu machen. Dazu beschreibt sie die stattgefundene Veränderung (die Ausbildung des Spaltes zwischen den Nasenknorpeln) als autarken Vorgang, der an einem Stück von ihr und gleichzeitig unabhängig von ihr stattfindet („das het sich verÄnderet | und irgendwie BASST_s nüm“, Z. 12, 13). Hier macht Lena erneut den Aspekt der Passung relevant: Das veränderte Merkmal ist nicht an sich problematisch, sondern deshalb, weil es nicht mehr passt.

Lena bleibt in ihrer Darstellung in deutlich engerer Beziehung zu ihrem Gesicht als Sandra und Frau Schneider. Sie problematisiert es in der Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Befindlichkeit und kommt dabei zu dem Schluss, dass ihr Selbsterleben und das Merkmal nicht mehr zu einander passen. Dadurch wertet sie nicht das Merkmal an sich ab, sondern macht das emotionale Erleben der Nicht-Passung zum eigentlichen Problem. Sie nutzt die Passungsfrage, um einen Veränderungswunsch plausibel zu machen, *ohne* sich von ihrem Gesicht (so wie es jetzt ist) zu distanzieren. So erklärt sie an anderer Stelle „ich ha nid vor e völlig nöii nase wele z_kriege | wil das würd nid zu mir passe oder | das isch alles tip top | eifach d_spitze vorne | eventuell“ (Lena, prä, 21:30), womit sie zum Ausdruck bringt, dass es eine delicate Aufgabe ist, eine Passung „wieder hinzukriegen“. Sie spaltet nicht (wie Sandra und Frau Schneider) das gesamte Merkmal als etwas völlig Fremdes ab, sondern entdeckt an graduellen Aspekten, dass sie etwas Eigenes plötzlich nicht mehr als solches empfindet. Lena stellt eine subjektive Indikation und ein persönliches Ergebniskriterium dar, das von außen kaum kritisierbar ist: Folgt man ihrer Argumentation, ist es nur logisch und allzu menschlich, etwas an sich wieder so „anekrIege“ (hinkriegen) zu wollen, dass es zu dem passt, wie man sich selbst fühlt – wie es einem, so können wir folgern, auch eigentlich zusteht. Es geht ihrer Darstellung zufolge um körperlich-psychische Stimmigkeit – letztlich um ein Ringen nach Integrität des Selbst(-bildes).

Eine ähnliche Position nimmt Frau Tran in ihrer Darstellung ein, indem sie sich von der Vorstellung distanziert, sie wolle durch einen Eingriff aussehen wie jemand anderes,

²⁶ Der folgende Teil der Feinanalyse dieser Textstelle in Teilen bereits veröffentlicht in Schäfer-Fauth, Haug, Küchenhoff, Lucius-Hoene und Sollberger (2012).

und vielmehr die Passung zwischen ihrer Person und ihrem Äußeren als Grund für den Veränderungswunsch in den Vordergrund stellt.

Textstelle 8-4: Frau Tran prä {11:34-11:57}

01 T: ich müssti nöd Usgseh wie en WÄLTstar;
02 sondern Eifach (---) das was mich STÖRT so verbEssere
03 dass ich SÄLber cha säge (--) MOL;
04 ich g_fAll mir jetzt wie ich BIN; °hh
05 ich müessti (.) NÖT wi:e (.)
06 ebe wie g_SEIT
07 wie angelina joLI:E
08 a::h so die GRösse auge (.)
09 oder so e SCHÖNi nase (--)
10 nei ich wills eifach OPTisch verschönere
11 was (.) was zu MIR pAsst (--)
12 was was MICH usmacht;

Frau Tran weist die Vorstellung von sich, sich wolle aussehen wie ein „WÄLTstar“ (Z. 01), als Beispiel nennt etwas später „angelina joLI:E“ (Z. 07), mit deren „GRösse auge“ (Z. 08) oder „SCHÖNi nase“ (Z. 09). Vielmehr stellt sie diesem Klischee den Wunsch gegenüber, sagen zu können „ich g_fAll mir jetzt wie ich BIN“ (Z. 04). Dazu muss sie, so macht sie deutlich, „das“, was sie an sich selbst „STÖRT [...]verbEssere“ (Z. 02). Ihr zufolge bedeutet das, sich „OPTisch“ zu „verschönere“ (Z. 10). Indem sie als Grundlage für eine solche Verschönerung anführt „was zu MIR pAsst | was MICH usmacht“ (Z. 11-12), weist sie erneut eine Orientierung an etwas „Fremdem“ von sich und legt als Orientierungspunkt für die Veränderung eine Vorstellung von „sich selbst“ an, die der Maßstab für die Veränderung ist.

Frau Tran nennt als Ziel des kosmetischen Eingriffs eine optische Verschönerung, die nicht mutwillig an medialen Vorbildern orientiert ist, sondern auf einer Passung beruht – es geht um das, was sie selbst „usmacht“ (ausmacht). Damit ist die Schablone für den Eingriff sie selbst, wie sie „eigentlich“ ist. Die Referenz für einen gelungenen Eingriff ist entsprechend nicht eine bestimmte Nasen- oder Augenform, sondern das subjektive Gefühl, „ich g_fAll mir jetzt wie ich BIN“. Damit spricht Frau Tran ein identitätsbezogenes Korrespondenzgefühl an: Es geht nicht darum, durch den Eingriff eine Andere zu werden, sondern um eine zunehmende „Ich-Selbst-Werdung“, die auf der Vorstellung basiert, dass die körperliche Erscheinung stets etwas vom „eigentlichen“ Wesen preisgibt, dies jedoch unter Zuhilfenahme technischer Mittel noch optimiert werden kann. Dahinter ist der Wunsch erkennbar, durch kosmetische Verschönerung quasi noch mehr „sie selbst“ werden zu können.

Auch Herr Kunert verhandelt in seiner Erzählung die Frage nach der Passung seines „äußeren“ Gesichts für sein „Inneres“.

Textstelle 8-5: Herr Kunert prä {03:24-04:09}

01 K: schönheit kommt von INNen (--) das stImmt (--)
02 nur wEnn (.) der VORhang da drüber zUgeht (--)
03 dann (.) sieht man die SCHÖNheit innen halt auch wEniger stArk
04 und das ist (---)
05 SO empfInd ich das;
06 als ob da plÖtzlich der BÜHNenvorhang so langsam zUgeht (---)
07 immer dIcker wird (.) UNdurchsichtiger-
08 dann kann's dahinter strAHlen (---)
09 man SIEHT es zwar (---)
10 es wär schön wenn das ICH gefühl (-)
11 die identitÄT
12 auch unterstÜtzt werden würde von (--) den ÄUSSeren faktOren
13 und man nicht nur das INNere Immer wieder An (---)
14 SELber an(.)fEuern müsste;
15 damit das FEUer
16 (1.5)
17 K: STRAHLT (1.0)
18 dAs was man HAT wenn man jÜnger ist

Herrn Kunert bezieht sich in diesem Abschnitt in einem reflexiven Prozess auf das Bonmot, Schönheit komme „von INNen“, das er zunächst bestätigt (Z. 01). Herrn Kunert zufolge kann allerdings diese innere Schönheit von den äußeren Gegebenheiten verdeckt werden – es kann ein „VORhang“ vor der inneren Schönheit „zugehen“ (vgl. Z. 02, Z. 06). Indem er schließlich von einem „BÜHNenvorhang“ (Z. 06) spricht, verweist er implizit auf ein Publikum, das dieses Geschehen betrachtet. Sprachlich stellt er den Vorgang als autarken, automatischen Prozess dar – der Vorhang geht wie von selbst „so langsam“ zu (Z. 06), „wird“ sogar „immer dIcker“ und „UNdurchsichtiger“ (Z. 07). Herr Kunert präsentiert eine allgemeine Theorie, die er nur in Zeile 05 explizit als sein eigenes Erleben rahmt.

Von Zeile 10-16 formuliert Herr Kunert nun den Wunsch, das „ICH gefühl“ (Z. 10), die „identitÄT“ (Z. 11), solle von „ÄUSSeren faktOren“ (Z. 12) unterstützt werden. Ist dies nicht (mehr) der Fall – so geht aus seiner Darstellung hervor – muss „man“ das „das INNere Immer wieder An | SELber an(.)fEuern“ (Z. 13, 14), also die eigene Schönheit irgendwie selbst zum Strahlen bringen. Ohne dass Herr Kunert nun explizit über sich selbst spricht, setzt er durch seine Darstellung voraus, dass sein Inneres strahlt, dass er ein inneres Feuer besitzt. Erst in der letzten Zeile wird deutlich, dass der von ihm geschilderte Vorgang einen Alterungsprozess beschreibt: Es geht ihm um das Feuer das „man HAT wenn man jÜnger ist“. Der sich schließende Bühnenvorhang ist in seiner Darstellung also das alternde Gesicht, das dazu führt, dass ein vorhandenes inneres Strahlen nicht mehr gesehen wird, wodurch es, so klingt es schließlich an, vielleicht auch gar nicht mehr auf die gleiche Weise vorhanden ist (man „HAT“ es schließlich nur, „wenn man jÜnger ist“).

Herr Kunert konstruiert in seiner Darstellung eine Dichotomie zwischen einem „Innen“ und einem „Außen“, die zu einander passen oder gegenläufig sein können. Das „Innen“ bezeichnet eine Art konstante charakterliche Komponente, im besten Fall (und solange

man jung ist) eine „SCHÖNheit“, die „STRAHLT“. Das „Außen“ ist bei Herr Kunert durch die veränderlichen körperlichen Gegebenheiten definiert und erscheint mächtiger als das „Innere“, das es offenbar überlagern kann. Das Gesicht kann dieser Darstellung zufolge etwas sein, das dem „Eigentlichen“, dem Inneren entgegensteht. Geschieht dies – was Herrn Kunert zufolge durch das Älterwerden automatisch der Fall ist – muss Arbeit investiert werden, um dennoch das eigene innere Feuer irgendwie nach außen zu bringen und damit eine Stimmigkeit zwischen Innen und Außen – zwischen Körper und Identität – wiederherzustellen. Indem er den „BÜHNenvorhang“ als Bild bemüht, macht Herr Kunert deutlich, dass es ihm vor allem um die Blicke Anderer geht, die dadurch nicht mehr (ausreichend) bis zu seinem inneren „strahlen“ durchdringen. Er behandelt hier also noch eine andere Dichotomie zwischen Innen und Außen – nämlich die zwischen seinem inneren Strahlen und den *Anderen* (im Außen), die es sehen oder eben nicht mehr sehen können (siehe auch Abschnitt 8.2.3).

In allen drei Ausschnitten (Lena, Frau Tran, Herr Kunert) wird der gesichtschirurgische Eingriff als Mittel konstruiert, eine Passung zwischen einem eigentlichen „Ich-Selbst“, das als So-sein vorausgesetzt wird, und dem in irgendeiner Form nicht (mehr) ganz dazu passenden körperlichen Äußeren zu erreichen. Den Darstellungen liegt jeweils die Vorstellung zugrunde, Ich-Selbst und Gesicht würden auf irgendeine Weise korrespondieren, wobei das Ich-Selbst Gefahr läuft, vom Gesicht überlagert, boykottiert zu werden und durch einen chirurgischen Eingriff gleichsam „freigeschaufelt“ werden soll. Von der Wechselbeziehung zwischen Gesicht und Ich-Selbst spricht auch Frau Bauer, wenngleich in einem anderen Zusammenhang.

Textstelle 8-6: Frau Bauer prä {19:00-20:07}

01 I: GLAUben sie dEnn
 02 dass (.) ANDere mEnschen (.) vIel aus (.) ihrem gesicht
 03 ABlesen können?
 04 B: ((schnalzt mit der zunge))
 05 das ist eine GUTE frage (.) ja
 06 ((schnalzt mit der zunge))
 07 ich GLAUbe ich ge
 08 was sie mir auch geSAGT haben
 09 also ganz NAhe frEunde
 10 du bist Immer das FRÖHliche annie gewesen (-)
 11 aber ob es In dir AUCH so war,
 12 das glaube ich NICHT (.) oder
 13 und du hast auch immer andern HELfen können
 14 aber dir SELber
 15 hättest du wahrSCHEINlich nicht hELfen können; (-)
 16 das war dann so: (--)
 17 eben ich war das FRÖHliche annie
 18 und diese ROLle ist mir dann lAngsam (--) äh (.)
 19 hat mich angeEKelt so lAngsam -

20 und DANN hat sich dass ein bisschen (.)
 21 Eben aber Auch mit dem (.) berufsausstieg dann (-)
 22 hat sich dann das SCHON_äh (-)
 23 <<cresc>konnte ich das AUCH nicht> aufrechterhalten
 24 I: mhm
 25 B: und (--) eine ZEIT (--) ganz lang
 26 ein paar JAHre lang (--)
 27 und DANN (---)
 28 PLÖTZlich ist es jetzt wiedergekommen also (-)
 29 jetzt kommt es aber glaube ich von INNen also (-)
 30 ich muss das nicht mehr SPIElen so (.)
 31 das FRÖHliche ANNie so

Die Interviewfrage, ob sie glaube, „dass (.) Andere mEnschen (.) vIel aus (.) ihrem gesicht ABlesen können“ (Z. 02, 03) löst bei Frau Bauer einen selbstreflexiven Prozess aus, in dessen Verlauf sie die Frage abarbeitet, inwiefern sie durch ihr Äußeres einen bestimmten Eindruck von sich selbst vermitteln kann. Dazu lässt sie Andere („ganz NAhe frEunde“, Z. 09) sprechen, die bezweifeln, ob sie innerlich („In dir“, Z. 11) „das FRÖHliche annie“ (Z. 10) gewesen sei, als das sie sich äußerlich gegeben habe. Dabei macht sie deutlich, wie schwer das „Innere“ vom „Äußeren“ zu trennen ist. So sagt sie in Z. 17 „ich war das FRÖHliche annie“, um eben diese Selbstcharakterisierung in Z. 18 als eine „ROLle“ abzuwerten, von der sie sich schließlich sogar als „angeEKelt“ (Z. 19) beschreibt. Schließlich habe sie in Zusammenhang mit ihrem Berufsausstieg (der Beruf, so macht sie im Interview deutlich, war für sie sehr wichtig) diese Rolle für längere Zeit („ein paar JAHre lang“, Z. 26) nicht mehr „aufrechterhalten“ (Z. 23) können. Wie von selbst, so endet sie, sei dann „das FRÖHliche ANNie“ (Z. 31) wiedergekommen – diesmal allerdings nicht als Rolle, die gespielt werden muss, sondern „von INNen“ (Z. 29).

Frau Bauer beschäftigt sich an dieser Stelle im Interview unabhängig vom bevorstehenden chirurgischen Eingriff mit der Passung zwischen ihrem „Inneren“ und ihrer körperlichen Erscheinung, indem sie sich auf eine krisenhafte Lebenssituation in der Vergangenheit bezieht. Sie lässt zunächst Andere bezweifeln, ob ihre äußerliche Selbstpräsentation als „FRÖHliche annie“ wirklich mit ihrem psychischen Zustand korrespondiert. Sie entlarvt die „FRÖHliche annie“ dann als „ROLle“, die sie spielte, womit sie deutlich macht, dass sie eben tatsächlich nicht ihrem „eentlichen“ Zustand entsprach. Der (innere) Ekel bezüglich der (äußerlichen) „ROLle“ sowie die Tatsache, dass sie diese Rolle nicht auf Dauer „aufrechterhalten“ konnte, zeigt, wie mühevoll es ist, die Differenz zwischen Innen und Außen aufrechtzuerhalten. Durch Frau Bauers Darstellung wirkt ihr „aus der Rolle fallen“ (im Sinne Goffmans, /1959), in dem schließlich das Gesicht doch das Innere zeigt, wie ein depressiver Einbruch. Als Problem präsentiert Frau Bauer nicht so sehr den vorhandenen Unterschied zwischen Innen und Außen, zwischen Schein und Sein, als die Mühe, die darin liegt, das Innere *nicht* nach außen dringen zu lassen und den Ekel angesichts dieser Selbstverleugnung. Rettung bringt ihrer Darstellung zufolge schließlich eine Veränderung des Inneren (zu diesem

Zeitpunkt nicht ein kosmetischer Eingriff), an die das Äußere sich anpasst, so dass schlussendlich das „FRÖHLICHE annie“ Innen wie Außen stimmig erscheint.

8.1.2 „Ich seh nur noch das“: Der überwertige Teil des Gesichts

An vielen Stellen in den Interviews wird nicht so sehr das Gesicht als Ganzes verhandelt, sondern die Bedeutung des spezifischen Teils des Gesichts, der chirurgisch verändert werden soll. Er wird als etwas dargestellt, das die eigene Aufmerksamkeit von anderen Aspekten abzieht und damit eine unverhältnismäßige Prominenz bekommt – es wird ihm eine regelrechte „Sogwirkung“ zugeschrieben: Wie ein schwarzes Loch zieht er die Aufmerksamkeit auf sich, bis alle anderen Aspekte völlig in den Hintergrund geraten. Die Darstellungen unterscheiden sich vor allem in der Reichweite, die diesem Sog zugeschrieben bzw. zugestanden wird.

Eine besondere Bedeutung hat in den Darstellungen häufig das Spiegelbild, da das Gesicht für den eigenen Blick in den meisten Alltagssituationen unzugänglich ist. Der Blick auf sich selbst wird von vielen der Interviewten als entscheidender Vorgang beschrieben, bei dem das Merkmal seinen Einfluss zeigt. So schildert Frau Bauer den Blick in den Spiegel als plötzliche Erinnerung an einen unerwünschten Zustand:

Textstelle 8-7: Frau Bauer prä {01:51-02:06}

01 B: also wenn ich in den SPIEGEL schaue
02 bin ich SCHON immer
03 jedes mal ein bisschen ääh geSCHOCKT (-)
04 aber weil ich es ja nicht SEHE den tag über
05 verGESS ich_s (-)
06 ich verGESS es immer (-) das es so ist
07 wenn ich in den SPIEGEL schaue sehe ich es wieder
08 ah ja (-) sieht SCHON nicht schön aus

Frau Bauer macht deutlich, dass ihr die Abweichung im Gesicht (durch ein Basaliom entstandene Veränderung der Nase) im Alltag nicht präsent ist, dass sie sie gar vergisst. Den (als iterativ dargestellten) Blick in den Spiegel beschreibt sie dem gegenüber als Schock, der durch das jähe Auseinanderklaffen zwischen dem erwarteten und dem tatsächlichen Bild ausgelöst wird: Die veränderte Nase tritt plötzlich in den Vordergrund der Selbstwahrnehmung. In den wiederkehrenden Situationen, in der sich Frau Bauer selbst im Spiegelbild sieht, wird das Merkmal plötzlich relevant – und zwar offenbar, obwohl nur ein begrenzter Teil des Gesichts betroffen ist, mit einiger Wirkung. Diese grenzt Frau Bauer dann allerdings wieder ein, indem sie ihre Reaktion abschwächt: Sie ist „bisschen ääh geSCHOCKT“ und findet „ah ja (-) sieht SCHON nicht schön aus“. Jenseits der Blicke in den Spiegel erscheint die Abweichung wie nicht vorhanden.

Auch Frau Kaymaz schildert, wie ein Teil des Gesichts (ihre durch eine misslungene OP veränderte Nase) durch den Blick in den Spiegel Bedeutung erhält. Sie problematisiert jedoch nicht das Auseinanderfallen zwischen erwartetem und tatsächlichem Anblick, sondern die Vorrangigkeit, die die Nase im Gegensatz zu ihrer Gesamterscheinung für sie erhält.

Textstelle 8-8: Frau Kaymaz prä {06:38-06:52}

01 K: es ist SCHON nicht so
02 dass ich jetzt mich zuHAuse unter der dEcke krieche
03 und dEnke (.)
04 ich kann nicht mehr RAUSgehen
05 und so °h
06 aber (--) einfach wenn ICH jetzt in spIegel schaue (.)
07 sehe ich zuERST meine nA:se
08 I: mhm
09 K: ja (--) und DAS will ich Ändern;

Frau Kaymaz grenzt sich als erstes von der Idee ab, sie würde sich „zuHAuse unter der dEcke“ (Z. 02) verkriechen und denken „ich kann nicht mehr RAUSgehen“ (Z. 04). Durch die Rahmung „es ist SCHON nicht so“ (Z. 01) wird deutlich, dass sie eine bestimmte Phantasie adressiert: Sie weist die (eigene oder der Interviewerin unterstellte) Vorstellung zurück, das Merkmal habe Einfluss auf ihre gesamte psychische Situation. Sie grenzt das Problem dann explizit ein: In Zeile 06 betont sie, dass es eine situative Begrenzung gibt (es sind die Momente, in denen sie in den Spiegel schaut). Das Problem, so macht sie deutlich, liegt in der zeitlichen Reihenfolge, in der sie sich selbst im Spiegelbild wahrnimmt. Es ist immer (die Darstellung ist durch die wenn-dann Konstruktion in Zeile 4 iterativ angelegt) „zuERST“ (Z. 07) die Nase, die sie sieht – und diese Vorrangigkeit der Nase im eigenen Blick ist es auch, die sie verändern möchte (Z. 09).

Frau Kaymaz begrenzt von vornherein die Reichweite, die sie dem störenden Körperteil zugestehen will. Als eigentliches problematisches Moment konstruiert sie (wie Frau Bauer) nicht die körperliche Abweichung an sich, sondern den Blick in den Spiegel. Sie macht dabei ein Problem der zeitlichen Reihenfolge aus: Das Spiegelbild eröffnet ihr immer als aller erstes Zugang zu einem unerwünschten, problematischen Teil ihrer selbst. Durch diese (zeitliche) Vorrangigkeit im eigenen Blick bekommt das Merkmal seine Wirkung und damit auch seine Veränderungswürdigkeit. Es wird dadurch jedoch auch deutlich, dass dem „zuERST“ ein „danach“ folgen kann, in dem Frau Kaymaz den „Rest“ ihrer Erscheinung doch noch wahrnimmt.

Sowohl Frau Bauer als auch Frau Kaymaz machen also deutlich, dass dem Merkmal erst durch die Selbstbetrachtung seine besondere Bedeutung zukommt: Das eigene Spiegelbild ist verstörend. Es zeigt etwas, das offensichtlich nicht dem Erwarteten oder Erwünschten entspricht. Die Veränderungswürdigkeit des Merkmals entsteht aus der Dominanz, die es im eigenen Spiegelbild entfaltet.

Auch Sandra beschreibt den Effekt, den ein bestimmter Teil ihres Gesichts im Spiegel auf den gesamten Rest ihrer körperbezogenen Selbstwahrnehmung ausübt.

Textstelle 8-9: Sandra prä {01:53-02:03}

01 S: und dann hab ich einfach geMERKT (-)
02 es stört mich ZU extrEm fEst
03 dass ich <<f>JEden> tag in den spIegel gucke und denke (--)

04 ((schluckt))
 05 wÄre der Höcker nicht dA
 06 wärst du SO: viel hübscher

Der Blick in den Spiegel gibt in Sandras Darstellung nicht nur dem Merkmal Bedeutung, sondern es scheint gar, als führe diese Bedeutung wiederum dazu, dass sie immer wieder in den Spiegel schaut. Der Blick auf sich selbst wird zum Selbstzweck, zu einem Akt der Selbstvergewisserung. Er zeigt ihr zuverlässig an, dass das unerwünschte Merkmal ihre eigentliche Schönheit überschattet – aber damit eben auch, welche Möglichkeiten *ohne* den Höcker vorhanden wären. Anders als Frau Bauer und Frau Kaymaz betont Sandra nicht nur die Absorptionskraft des Merkmals (es bindet auf unerwünschte Weise die eigene Aufmerksamkeit), sondern macht auch seine Wirkung auf den „Rest“ deutlich: Der Höcker überschattet ihr eigentlich vorhandenes Potential. Damit liefert Sandra die Lösung zu ihrem Problem gleich mit. „wÄre der Höcker nicht dA“, so fantasiert sie, wäre sie „SO: viel hübscher“ – ihn zu entfernen würde den Blick in den Spiegel normalisieren und Qualitäten aufdecken, die aktuell versteckt sind. Problem und Lösung sind in Gestalt des vorhandenen oder nicht vorhandenen Gesichtsteils „Höcker“ scharf umgrenzt.

Yvonne verhandelt expliziter die Frage, in welchem Verhältnis sie zu dem problematischen Teil ihres Gesichts steht und welchen Einfluss er auf ihr Selbstbild nimmt.

Textstelle 8-10: Yvonne prä {07:54-08:23}

01 I: ich war bis dAto eigentlich immer zufrIeden (---) mit MIR;
 02 also ich hab KEIne probleme mit mIr (-)
 03 ich find mich jetzt irgendwie net HÄSSlich oder so oder (-)
 04 des EINzigste was mich stÖrt ist die nAse (-)
 05 des sag ich auch JEdem
 06 ((zieht Luft durch Nase hoch))
 07 wenn irgendjemand zu mir säit
 08 he (--) hör mal (--)
 09 he (-) DU bist doch süß; (--)
 10 dann sag ich (-)
 11 ja: wenn mini NAse ok wär (.) dann vielleIcht ja: (--)
 12 aber SO NET;
 13 ((lacht))
 14 des ist des Einzigschte MANko wo ich wIrklich hAb;
 15 also es STÖRT mich überhAupt nichts an mIr
 16 Usser des mit der NA:se
 17 des is für mich totAl SCHRECKlich;

Yvonne betont in dieser Textstelle zunächst in drei Anläufen ihr unproblematisches Verhältnis zu sich selbst: Sie sei erstens mit sich selbst „bis dAto eigentlich immer zufrIeden“ (Z. 01) gewesen,

habe zweitens „KEine probleme“ (Z. 02) mit sich gehabt, sich drittens „irgendwie net HÄSSlich oder so“ (Z. 03) gefunden. Den problematischen Teil ihrer selbst grenzt sie klar ein – das „EINzigste“, so sagt sie, was sie „stÖrt“, sei „die nAse“ (Z. 04). Das Kompliment, sie sei „doch süß“ (Z. 09), stellt Yvonne sogar als grundsätzlich annehmbar dar – wenn ihre Nase „Ok wär“ (Z. 11). Sie weist es also nicht als gänzlich unpassend zurück, sondern macht deutlich, dass es nur aktuell aufgrund eines bestimmten Teils an ihr nicht glaubhaft erscheint. Sie schränkt dann erneut zweifach die Problematik auf die Nase ein – es stört sie ansonsten „überhAupt nichts“ (Z. 15) an sich selbst, ja es sei sogar „des Einzigschte MANKo“, dass sie „wIrklich“ habe (Z. 14). Während in den Zeilen 1-3 die Darstellung durch den Einsatz von abschwächenden *hedges* („eigentlich immer“, Z. 01; „irgendwie“, „oder so“, Z.03) noch zurückgenommen ist, wird sie in den Zeilen 14 und 15 durch den Einsatz der Faktizitätsmarkierer und Intensivierungen eher übersteigert. Parallel dazu intensiviert sie von Z. 04 zu Z. 17 auch die Problematisierung ihrer Nase. Es ist zu vermuten, dass Yvonne sich in ihrer Argumentation zunehmend gegen eine (vermutete) Hörererwartung (und vielleicht auch ihre eigene Phantasie) abgrenzt, sie habe ein Problem mit sich als Person, weil sie eine kosmetische Operation in Anspruch nehmen möchte. Gleichzeitig rechtfertigt sie mit zunehmender Intensität ihren Operationswunsch: Während sie mit sich selbst grundsätzlich im Reinen ist, ist „des mit der NA:se“ (Z. 16) für sie „total SCHRECKlich“ (Z. 17).

Yvonne unterscheidet in dieser Textstelle mehrfach zwischen sich als ganzer Person („MIR“) und dem zu verändernden Teil des Gesichts (der „nAse“). Auch sie schränkt damit, wie Sandra, die negative Bewertung explizit auf das Merkmal ein und macht deutlich, dass aktuell das störende Merkmal den für sie unproblematischen Rest ihrer gesamten Person überschattet. Dabei bewältigt sie die kommunikativ-rhetorische Aufgabe, den Operationswunsch als notwendig zu rechtfertigen, und gleichzeitig ihr Verhältnis zu sich selbst als unproblematisch darzustellen. Yvonne investiert hohen kommunikativen Aufwand, um eine Trennung zwischen sich und dem Merkmal vorzunehmen und deutlich zu machen, dass *ausschließlich* das Merkmal ein Problem darstellt. So begründet sie zwar den Operationswunsch im Sinne eines rein körperlich-ästhetischen Problems, zugleich aber gewinnt der Operationswunsch in ihrer Darstellung seine Bedeutsamkeit durch die Referenz auf sie selbst als ganze Person. Im Endeffekt hat die Nase in Yvannes Darstellung doch eine Wirkung auf den „Rest“, von dem sie sie zu trennen versucht: Sie stellt sie als ein Manko dar, das einen hohen emotionalen Einfluss hat (das als „total SCHRECKlich“ empfunden wird).

Auch Frau Müller beschreibt die Wirkung, die ein einzelner Teil ihres Gesichts in ihrer Selbstbetrachtung auf den gesamten Rest ausübt.

Textstelle 8-11: Frau Müller prä {23:50-24:02}

01 M: ich sEh nur noch DAS;
 02 ich seh das drum herum NET (.) und
 03 ich seh nur (---)
 04 nur (.) nur diese NICHT perfekte nAse;

Durch ihre Darstellung stellt Frau Müller drei Aspekte heraus: Erstens, dass sie mit einer Vehemenz „nur noch“ einen bestimmten Aspekt an sich selbst wahrnimmt, zweitens, dass ihr bewusst ist, dass es ein „drum herum“ gibt, sie es aber nicht sieht, und drittens, dass der Aspekt, den sie so ausschließlich wahrnimmt, kein katastrophaler Makel ist, sondern eine „NICHT perfekte nAse“.

Frau Müller macht deutlich, dass das unerwünschte Körperteil für sie wie ein schwarzes Loch wirkt: Die „NICHT perfekte nAse“ zieht all ihre Aufmerksamkeit vom offenbar weniger problematischen „drum herum“ ab. In ihrer Darstellung übernimmt das Merkmal das gesamte „Selbst-Bild“ – es ist für sie nichts anderes von sich sichtbar, als das. Und obwohl sie deutlich macht, dass das Merkmal nur in geringem Maße vom Ideal abweicht („nicht perfekt“ ist), wirkt es in der Darstellung als unüberwindlicher Makel. Es gibt kein jähes Erschrecken angesichts der abweichenden Erwartung, wie bei Frau Bauer, kein „zuERST“, wie bei Frau Kaymaz, das auf ein „danach“ noch hinweist. Und anders als Sandra und Yvonne sieht sie kein eigenes Potential, das von einem unerwünschten Teil überlagert ist. Frau Müller macht deutlich, dass sie überhaupt nichts anderes von sich selbst sieht als nur den Defekt in ihrem Gesicht.

Sandra, Yvonne und Frau Müller spalten das betreffende Merkmal sprachlich von sich ab – „der Höcker“, „die nAse“ bzw. „diese NICHT perfekte nAse“ sind wie fremde Objekte. Während Sandra den Höcker jedoch in einer persönlichen Selbstansprache mit einem personalen Gegenüber kontrastiert („wäre der Höcker nicht da | wärst du so: viel hübscher“), und bei Yvonne immerhin die Vorstellung zu bestehen scheint, es könnte eine Nase geben, die als „mini nAse“ zugehörig wäre, bleibt Frau Müller in unpersönlicher Beziehung zu einem unbestimmten „Rest“ („das drum herum“), dem jede Bedeutung abgesprochen ist.

Frau Kaymaz macht deutlich, warum sie nicht zulassen kann, dass das zu verändernde Merkmal (auch hier die Nase) eine solche Kraft auf ihre Selbstwahrnehmung ausübt.

Textstelle 8-12: Frau Kaymaz prä {49:20-49:46}

01 K: also (-) ich (.) ich finde meine nAse total HÄSSlich;
02 aber nUr weil ich (.) meine nAse hässlich finde
03 geh ich NICHT vor den spiegel und sAge (-)
04 ich bIn ja so HÄSSlich
05 I: mhm
06 K: das mÄche ich NICHT
07 weil (--) ICH bin in der mEinung (--)
08 wenn jEmand sich wirklich total HÄSSlich findet (-)
09 der WILL ja gAr nicht mehr lEben;
10 hat ja gar kein SINN mehr (--)
11 WILL ja gAr nichts mEhr (--)
12 der will nur unter (-)
13 zuHAuse bleiben (--)
14 mit NIEmandem (--)
15 so Asozial leben

16 und das WILL ich ja nIcht;
17 ich BIN ja nicht so Eine

Frau Kaymaz betont an dieser Stelle zunächst, sie fände ihre „nAse tOtAl HÄSSlich“ (Z. 01), um dann direkt wiederholt (Z. 03, 05) von sich zu weisen, sie stelle sich deshalb vor den Spiegel und sage „ich bIn ja so HÄSSlich“ (Z. 04). Damit weitet sie die Ablehnung des einen Teils ihres Gesichts (der Nase) schon weiter aus auf ihre ganze Person: Sie lehnt es nicht ab, vor dem Spiegel ihre Nase hässlich zu finden, sondern führt eine viel allgemeinere mögliche Selbstabwertung an. Als Begründung für die Weigerung, diese so vorzunehmen, führt Frau Kaymaz nun eine subjektive Theorie (Z. 06-15) an: Sich selbst „tOtAl HÄSSlich“ (Z. 08) zu finden, assoziiert sie mit einem Verhalten, das in der Aufzählung wie die Symptombeschreibung einer schweren Depression klingt: Wer sich „wirklich tOtAl HÄSSlich“ findet, „der WILL ja gAr nicht mehr lEBen; | hat ja gar kein SINN mehr (--) | WILL ja gAr nichts mEhr (--) | der will nur unter (-) | zuHAUse bleiben (--) | mit NIEmandem (--) | so Asozial leben“ (Z. 08-15). Es hätte also Auswirkungen auf den Lebenswillen, den Lebenssinn, das soziale Verhalten. Die Begründung dafür, nicht vor den Spiegel zu treten und zu sagen „ich bIn ja so HÄSSlich“ liegt also Frau Kaymaz Darstellung nach darin, dass sie sich eben von einem solchen depressiven Zustand distanziert („das WILL ich ja nIcht“, Z. 16) und eine andere Selbstdefinition vorzieht („ich BIN ja nicht so Eine“ Z. 17).

Frau Kaymaz verhandelt an dieser Stelle im Interview die (implizite) Frage, wieviel Bedeutung der unerwünschte Teil des Gesichts bekommen darf. Folgt man ihrer Argumentation, würde es existentielle Folgen haben, der ungeliebten Nase einen Einfluss auf die ganze Person zuzusprechen, denn „wenn jEmand sich wirklich tOtAl HÄSSlich findet (-) | der WILL ja gAr nicht mehr lEBen“. Die scharfe Trennung zwischen dem überwertigen Teil des Gesichts („ich finde meine nAse tOtAl HÄSSlich“) und der gesamten Person („ich bIn ja so HÄSSlich“) bekommt lebensrettende Funktion. Frau Kaymaz spricht dem Merkmal seine Kraft ab, sie „WILL [...] nIcht“ davon beeinflusst werden – es würde sie zu jemandem machen, als den sie sich nicht sieht. Die Textstelle zeigt jedoch auch, wie hoch der Einfluss der äußeren Erscheinung von Frau Kaymaz eingeschätzt wird.

Auch in Frau Widmers Darstellung wird die Wirkkraft eines auf unerwünschte Weise abweichenden Teils des Gesichts deutlich. Anders als Frau Kaymaz kann sie jedoch den Einfluss nicht zurückweisen.

Textstelle 8-13: Frau Widmer prä {18:38-19:14}

01 W: najA gi (.) gibt_s LEUte mit Anderen sa:chen
02 je jeder hat ETwas (.) oder? °hh
03 und naJA: eine nA:rbe
04 was SOLL da:s
05 und (.) IrgendWIE (-) jA versucht dAs (.) auf dAs nicht Achten
06 I: hm_m?
07 W: zu NEHmen mich jEtzt (.) so wie ich bIn.

08 I: hm_M,
 09 W: a:ber (.) das gelINGT mir nIcht
 10 (3.0)
 11 W: das is SCHWIERig
 12 und eben ich ich ACHte auf dA:s
 13 es ist Immer da egal wie beSCHÄFtigt (.) bIn ich
 14 egal wie °hh wie ich mich an etwas interessIERe
 15 und in welchem prozess ich bi:n
 16 das ist Immer dA (.) in JEder situatiOn

In Frau Widmers Darstellung zeigt sich, wie sehr sie sich durch den Makel im Gesicht in ihrem ganzen Sein beeinträchtigt sieht. Den Versuch, die Bedeutung der Entstellung in Perspektive zu setzten („jeder hat ETwas“, Z. 02; „und naJA: eine nA:rbe | was SOLL da:s“, Z. 03-04), stellt sie ebenso wie den Versuch, einfach nicht darauf zu „Achten“ (Z. 08) als gescheitert dar. Es ist ihr aufgrund der Narben und dem entstellten Ohr eben nicht möglich, sich „zu NEHmen [...] jEtzt (.) so wie ich BIN“ (Z. 07). Das Merkmal ist aus dem Aufmerksamkeitsfokus nicht zu entfernen – und zwar nicht nur während des Blickes in den Spiegel, sondern ganz allgemein. Es ist „Immer DA (.) in JEder situatiOn“ (Z. 16). Und es beeinträchtigt nicht nur das Äußerliche, sondern hat einen Einfluss auf sie als gesamte Person. So formuliert sie ähnlich an anderer Stelle:

Textstelle 8-14: Frau Widmer prä {37:44-38:32}

01 W: man kann °hh (-) man kann (.) nIcht genUg sich SAgen
 02 gibt SCHLIMmere sA:chen
 03 mein gott (.) das ist nichts TÖDliches oder
 04 ich bin geSUND (.) ich bin fIt
 05 das ist nur (.) nur eine KLEInigkeit an mIch
 06 wo jetzt verÄndert ist
 07 aber ich (.) ich bin der gleiche MENSCH oder
 08 und °hh (-) vor allem das (.) verHINDert mich nicht °hh (-) ähm
 09 (-) GEISTig und nicht körperlich (-) und
 10 ja (-) ich versuche mich mit solche sprüchen_äh_motivIERen und
 11 (-) ja (-) es Irgendwie funktionIERT °°h ((schluckt)) (1.0)
 12 und dann SAge ich mir (.)
 13 es ist wIrklich nicht so SCHLIMM (.) na (-)
 14 und dann habe ich ein bisschen (-) mEhr (---) NARben (.)
 15 habe ich ein bisschen (-) °hh (--) KRUMMes ((lacht)) Ohr
 16 ((schnieft))
 17 aber Ich bin ICH (1.0)
 18 aber in wIrklichkeit ist es NICHT so
 19 wie ich jetzt alles erZÄHLT habe

In Frau Widmers Ringen zeigt sich, wie schwer es trotz aller Bemühungen bleibt, zwischen Innen und Außen zu trennen: Ihre Beschwörung „Ich bin ICH“ erweist sich als haltlos angesichts des Einflusses, den ihr Gesicht auf ihre gesamte Selbstwahrnehmung hat.

8.1.3 „Dieses dafür schämen“: Der emotionale Gehalt des Gesichts

In den Interviews entsteht eine Trennung zwischen dem sprechenden Individuum und seinem Gesicht: Allein durch die Tatsache, dass das Gesicht zum Gegenstand der Betrachtung und Inhalt einer Erzählung wird, muss Distanz dazu eingenommen, muss es in Beziehung zum sprechenden „Ich-Selbst“ gesetzt werden. Wie diese Beziehung ausgestaltet wird, ist unterschiedlich. In den vorherigen Abschnitten wurde sie auf der Ebene der Passung zwischen Gesicht und dem „Rest“ bzw. der Dominanz bestimmter Teile des Gesichts bezogen auf einen „Rest“ verhandelt. In beiden Fällen wurde dieser „Rest“, dem das Gesicht gegenübergestellt wurde, von den Interviewten unterschiedlich definiert bzw. ausgestaltet. Nun soll ein weiterer Beziehungsaspekt beleuchtet werden, der in vielen Interviews deutlich wurde: Das emotionale Verhältnis, das die Interviewten in Bezug zu ihrem Gesicht oder einem Teil des Gesichts darstellen. Wie emotional das Gesicht besetzt sein kann und was daraus als Folge der emotionalen Bedeutung resultieren kann, zeigte sich auf ganz unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlicher Intensität.

Frau Bauer beschreibt neben ihrer spontanen emotionalen Reaktion auf ihr Gesicht auch die Arbeit, die sie investiert, um damit umzugehen.

Textstelle 8-15: Frau Bauer prä {16:27-17:13}

01 I: können sie sich an bestimmte momente oder situationen erinnern
02 in ihrem LEben (-)
03 wo ihr gesicht eine ganz besondere ROLle gespielt hat (-)
04 wo es auf einmal WICHTig war vielleicht oder (---)
05 (5.0)
06 B: das wüßte ich jetzt NICHT g_rad (.) Einen (--)
07 bestImnten moMENT (.) also
08 (8.0)
09 B: JETZT ist es mir (.) schon auch immer wIchtig also (-)
10 und ich bin eigentlich IMMER_ä::h (-) ein bisschen enttäuscht
11 und mUss dann wieder SAGen (-)
12 es: ist (.) das ist ja nIcht so WICHTig (.)
13 also (.) das WICHTige ist mir (-)
14 dass ich anerKANNT werde (.)
15 oder FREUNde habe oder (-)

Frau Bauer weist in ihrer Antwort auf die Interviewfrage zunächst konkrete „momente oder situationen“ (Z. 01), in denen „ihr gesicht eine ganz besondere ROLle gespielt hat“ (Z. 03) zurück. Sie bemerkt vielmehr, es sei ihr „JETZT [...] schon auch immer wIchtig“ (Z. 09), also auch aktuell und nicht nur in begrenzten Momenten in der Vergangenheit. Nachdem sie ihr Gesicht

als „wIchtig“ markiert hat, nennt Frau Bauer nun die Emotion, die es bei ihr auslöst: sie sei „IMMer_ä::h (-) ein bisschen enttÄuscht“ (Z. 10). Der Terminus „enttÄuscht“ weist auf eine nicht erfüllte Erwartung hin – enttäuscht ist man, wenn man sich anderes erhofft hatte. Auf das Gefühl der Enttäuschung reagiert Frau Bauer dementsprechend mit einer dezidierten Herabsetzung der Bedeutung ihres Gesichts. Sie „mUss dann wieder SAGen | es: ist (.) das ist ja nIcht so wIchtig“ (Z. 11, 12). Sie stellt eine Selbstansprache dar, in der sie versucht, die Wichtigkeit ihres Gesichts, in Perspektive zu setzen: Wichtig sei ihr, dass sie „anerKANNT werde (.) | oder FREUNde habe oder“ (Z. 14, 15).

Frau Bauer nennt als emotionale Reaktion auf ihr Gesicht die Enttäuschung, die sie „IMMer_ä::h (-) ein bisschen“ empfinde. Das Gefühl resultiert, so stellt sie es dar, aus der Tatsache, dass ihr Gesicht ihr „immer wIchtig“ ist – enttäuscht von etwas zu sein setzt voraus, dass eine Bedeutung, eine Erwartung besteht. Dementsprechend versucht Frau Bauer mit der Enttäuschung umzugehen, indem sie die Bedeutung des Gesichts herabsetzt und sich vergegenwärtigt, dass andere Werte als das Äußere wichtig sind. Diese Relativierung bedeutet jedoch eine gewisse Anstrengung – die spontane Reaktion ist die Enttäuschung, damit umzugehen ein Akt, den sie bewusst vornehmen muss. Die sprachliche Begrenzung der emotionalen Reaktion zeigt Frau Bauer auch an anderen Stellen: Beispielsweise, sie sei „SCHON immer | jedes mal ein bisschen ääh gesCHOCKT“ (Textstelle 8-7) bei ihrem eigenen Anblick.

Während Frau Bauer ihre emotionale Reaktion auf ihr Gesicht sowohl in der direkten Darstellung („ein bisschen enttÄuscht“) als auch in der Konsequenz explizit relativiert, zeigt Frau Widmer sowohl auf inhaltlicher als auch auf performativer Ebene eine hohe emotionale Involviertheit.

Textstelle 8-16: Frau Widmer prä {15:39-16:22}

```
01  W:  ich WEIß nicht was das hat mir wEggenommen
02      irgendwie meine meine n_n (-)
03      °hh nicht SE:LBSTwertgefühl
04      sonst ich hm (-) irgendwie selbstSicherheit
05      oder ich ich weiß ich kann das nicht beschrEiben (-)
06      ich fühle mich nicht Sicher
07      ich bin wie wie ei
08      wie- (---) wie Etwas mir FEHLT (.)
09      wie ein TEIL ist von mir wEg
10      (9.0)
11  W:  ich fühle mich nicht GLEICH wie die Andere leute
12      die das nIch <<weinend>durchgemacht haben
13      (--) entschuldigung>
14      ((weint))
```

Frau Widmer sucht an dieser Stelle des Interviews nach einer Beschreibung der psychischen Konsequenzen ihrer körperlichen Veränderung, nach dem, was ihr

„wEggenommen“ wurde. Es wird deutlich, dass es ihr schwer fällt, ihren Zustand in Worte zu fassen – sie reformuliert, bricht ab, reformuliert erneut. Dabei kreist sie semantisch um Selbst, Sicherheit und Verlust. Nach einer langen Pause (9 Sekunden) ändert sie die Richtung der Suche – von dem verlorengegangenen Teil ihrer Selbst kommt sie nun auf ihr Gefühl der Entfremdung zu sprechen: „ich fühle mich nicht gLEICH wie die Andere leute | die das nIch durchgemacht haben“. An dieser Stelle im Interview beginnt sie heftig zu weinen – sie ist emotional offensichtlich hoch involviert. Dabei scheint es weniger das Gesicht an sich zu sein als die „Andersartigkeit“, die Isoliertheit der eigenen Erfahrung, die ihre Betroffenheit auslöst: Das emotionale Problem ist Frau Widmers Darstellung zufolge weniger die körperliche Veränderung selbst, als deren innerpsychische Verarbeitung. Die emotionale Auswirkung der Veränderung ihres Gesichts zeigt Frau Widmer im Interview an unterschiedlichen Stellen auf prosodischer und performativer Ebene durch lange Pausen, Weinen, Abbrüche:

Textstelle 8-17: Frau Widmer prä {10:25-10:43}

01 I: und dAnn war das ohr WEG,
 02 W: hm_M
 03 I: <<leise>wie WAR das,>
 04 (7.5)
 05 W: ((schnauft))
 06 (4.5)
 07 W: ä_SCHLIMM ((lacht))
 08 gAnz SCHLIMM

Auch Yvonne zeigt eine hohe Involviertheit, die sich zunehmend emotional intensiviert. Bei ihr stehen nicht (wie bei Frau Widmer) Trauer und Verzweiflung angesichts der psychischen Auswirkungen der körperlichen Veränderung im Vordergrund, sondern der aggressive Impuls gegenüber einem Teil des eigenen Körpers.

Textstelle 8-18: Yvonne prä {35:14-35:47}

01 Y: des isch ja (.) ds_sch ja Übergroß die NA:se oder;
 02 des PASST gar net in min schlankes g_sIcht (.)
 03 und ich hAb ja en ziemlich schmales G_SICHT oder;
 04 ziemlich (.) ähm (.) schlAnk und (.) und SCHMAL (-)
 05 und ich FIND (-) ich seh irgendwie Uss (.) wie so_n (-)
 06 wie so_n kleine (-)
 07 wie so_n kleines (-) °h RÄ:Bchen
 08 weißt (-) so (-) <<imitierend>u_hu:>
 09 I: RÄBchen?
 10 Y: ja ein RAbe
 11 I: [ach ein RAbe ((lacht))]
 12 Y: [wie so ein RABen] schnAbel sieht doch des aus
 13 weisst

14 I: hm_m
 15 Y: also ich find_s Echt SCHRECKlich;
 16 es (.) wä:h (-)
 17 mIr gefällts GA:R nich und (-)
 18 ey (-) ich HASS es gell
 19 ich HASS mini nA:se; (--)
 20 ECHT
 21 I: hm
 22 Y: und ich bin frOh wenn des TEIL weg isch;

Yvonne wertet ihre Nase in mehreren Schritten ab: Zunächst, indem sie sie mit dem Adjektiv „Übergroß“ (Z. 01) als Abnormität darstellt. Dann, indem sie die Nase sowohl durch den Hinweis auf die fehlende „Passung“ als auch durch die Verwendung der Adjektive („Übergroß“ im Gegensatz zu „schlAnk und (.) und SCHMAL“, Z. 4) in groteskem Gegensatz zu ihrem sonstigen Gesicht erscheinen lässt. Damit macht sie auch deutlich, dass nicht ihr gesamtes Gesicht das Problem ist – dessen isolierte Charakterisierung („schlAnk“, „SCHMAL“), die Yvonne einschiebt, wirkt gerade im Vergleich zur entsetzten Bewertung der Nase positiv. Im Zusammenspiel jedoch mit der Nase, so macht Yvonne deutlich, bekommt ihr ganzes Gesicht einen entfremdeten Charakter. Sie vergleicht sich schließlich mit einem „RÄ:Bchen“ (Z. 07), was trotz der Verniedlichung auch durch die Intonation und der dazugehörigen Inszenierung eines tierischen Lautes (Z. 08) einen abwertenden Charakter hat. Diese Diskrepanz scheint auch zu einem Unverständnis von Seiten der Interviewerin zu führen, die nachfragt, woraufhin Yvonne zunächst das Wort „RAbE“ ohne Verniedlichung gebraucht und dann nachschiebt „wie so ein RabenschnAbel sieht doch des aus“ (Z. 12). In Anschluss an diese deskriptiven Abwertungen nimmt Yvonne zwei stärker emotional konnotierte negative Bewertungen vor: „ich find_s Echt SCHRECKlich“ (Z. 15), „mIr gefällts GA:R nich“ (Z. 17). Die emotionale Komponente dieser Aussagen macht sie expressiv mit einem zwischengeschobenen Laut der Abscheu bzw. des Ekels deutlich: „wä:h“ (Z. 16). In einer Art emotionaler Klimax tritt Yvonne nun tatsächlich sowohl explizit als auch expressiv (hoch involviert) in heftige Beziehung mit ihrer Nase: „ey (-) ich HASS es gell | ich HASS mini nA:se; | ECHT“ (Z. 18-20). Die Formulierung hat appellativen Charakter: Yvonne spricht die Interviewerin direkt an („gell“, „ECHT“), als wolle sie sie von ihrer Sichtweise überzeugen. Die totale emotionale Ablehnung (die im Hass zunächst in der Beziehung bleibt) führt bei Yvonne zum Wunsch eines vollkommenen „Beziehungsabbruchs“ – sie endet den Abschnitt des Interviews mit dem Ausruf „und ich bin frOh wenn des TEIL weg isch“ (Z. 22). In dieser Übersteigerung (es soll natürlich nicht die ganze Nase weg, sondern sie soll verändert werden) zeigt sich der emotionale Impact in Gestalt einer Vernichtungsphantasie. Die emotionale Belastung, die in ihrer Darstellung aus der Form ihrer Nase hervorgeht, führt so weit, dass Yvonne schließlich den Wunsch formuliert, die gesamte Nase („des TEIL“) loszuwerden. Diese benennt sie nun auch nicht mehr als Nase, sondern als „TEIL“ (Z. 22), was auch sprachlich die Trennung von ihr bzw. ihrem Körper verdeutlicht.

Yvonne macht ihre Nase zu einem Beziehungsobjekt, das sie mit zunehmender Heftigkeit zunächst entwertet und dann ablehnt. Sie macht deutlich, dass ihre Nase sie zu etwas macht, das sie nicht ist – zu einem „RÄ:Bchen“, einer Groteske. Von eher

deskriptiven Aspekten kommt sie zunehmend zu emotionalen Beschreibungen und expressivem Ausdruck. Ihre Involviertheit nimmt dabei im Verlauf zu: Yvones Darstellung wirkt, als würde sie im Sprechen vom negativen emotionalen Impact der eigenen Nase fast überrollt. Vom expressiven Ausdruck der Ablehnung und des Ekels („wä:h“) kommt sie zum Ausruf „ey (-) ich HASS es“ und äußert schließlich den übersteigerten Wunsch einer totalen Vernichtung („ich bin froh wenn des TEIL weg isch“).

Ähnlich heftig beschreibt Frau Müller ihre emotionale Beziehung zu ihrem Gesicht bzw. damit verbunden zu ihrem Körper.

Textstelle 8-19: Frau Müller prä {05:47-06:22}

01 M: ä:hm ja,
02 <<undeutlich>(irgen- wie)> ich ihnen schon (.)
03 im VORfeld gesagt h_b
04 ma: °hhh ma SITZT in_em körper fest
05 den ma nicht LIEben kann
06 den ma nicht ANnehmen kann
07 und d_s isch gan- is GANZ schlimm
08 an MANchen tagen geht_s bEsser (-)
09 und DANN wieder- (.)
10 ich sag mal (-)
11 fünfundsechzig tage im jahr geht_s gut
12 und (.) äh (.) DREIhundert tage (-)
13 fühlt man sich (.) MIES
14 und will (.) nur RAUS
15 und WEG
16 und will das verändert haben
17 will das (-) BESSer haben
18 ANDers haben und
19 <<schneller>man fragt sich natür_ich auch
20 warum ICH und (.) warUm und wies0

Frau Müller bezieht sich in dieser Textstelle auf den ganzen „körper“ (Z. 04), obwohl bis dahin ausschließlich vom „Gesicht“ die Rede war. Sie trifft damit eine Verallgemeinerung, die die Problematik verstärkt: Es geht nicht „nur“ um das Gesicht, sondern um das gesamte Körpererleben. Sie beschreibt dann aus allgemeiner Perspektive ganz explizit eine emotionale Beziehung mit dem Körper: Sie beschreibt ihn als ein Gegenüber, das „ma nicht LIEben kann“ (Z. 05), „nicht ANnehmen kann“ (Z. 06). Diese Unmöglichkeit, mit dem eigenen Körper in positive Beziehung zu treten, evaluiert sie auf emotionaler Ebene als „GANZ schlimm“ (Z. 07). Auch wenn es, so macht sie deutlich, „an MANchen tagen [...]bEsser“ (Z. 08) gehe, so stellt sie dem gegenüber die große Mehrheit der emotional problematischen Tage im Jahr (Z. 10-13). Die unpersönliche emotionale Beschreibung, „man“ fühle sich „MIES“ (Z. 13), ergänzt sie durch den (allgemeinen) Handlungsimpuls, dem Gesicht zu entfliehen: man wolle „nur RAUS | und WEG“ (Z. 14, 15). Hier wird der Körper nun vom ungeliebten Gegenüber zu

einem Gefängnis, das den Wunsch zur Flucht auslöst. Anschließend ändert Frau Müller erneut die metaphorische Ebene: Der Körper wird zum Objekt, dass potentiell „verändert“ (Z. 16) oder verbessert (Z. 17) werden kann. Schließlich adressiert sie auf existentieller Ebene das Schicksal, wenn sie fragt: „warum ICH und (.) warum und wieso“ (Z. 20). Die Tatsache, dass Frau Müller in der gesamten Textstelle in der unpersönlichen „man“-Form spricht, kreiert eine grammatikalische Distanz zu dem inhaltlich sehr bedrängenden und persönlichen Thema.

Bei Frau Müller bekommt die Auseinandersetzung mit dem Gesicht eine existentielle Färbung. Sie spricht an dieser Stelle plötzlich nicht mehr über ihr Gesicht, sondern über den „körper“. Durch den Wechsel und den Interviewkontext, in dem bislang ganz explizit nur das Gesicht thematisch war, entsteht der Eindruck einer Generalisierung: Der Körper ist das verallgemeinerte Gesicht. Er wird nacheinander als emotional besetztes Beziehungsobjekt, Gefängnis und formbarer Besitz dargestellt. Schließlich ergeben sich aus seiner individuellen Beschaffenheit Schicksalsfragen, die auf den Kontext einer existentiell bedrohlichen Situation verweisen: „warum ICH und (.) warum und wieso“. Die distanzierte Form, in der Frau Müller spricht, erscheint im Kontrast zum persönlichen und emotional hoch besetzten, depressiv anmutenden Inhalt wie ein Selbstschutz und wie der Versuch, den Geltungsbereich der Aussage über die persönliche Situation hinaus zu erweitern.

In vielen der Interviews, in denen die emotionale Beziehung mit dem Gesicht zum Thema wird, wird diese auch als Motor für den Wunsch nach einem gesichtschirurgischen Eingriff dargestellt. So macht Sandra ihre emotionale Reaktion auf ihr Gesicht (genauer ihre Nase) zum zwingenden Grund für eine Veränderung.

Textstelle 8-20: Sandra prä {18:05-19:04}

01 S: ich hab SCHON angst; (-)
 02 natürlich- (-)
 03 I: [<<pp>hm.>]
 04 S: .h[hhh] (-) ja: (.) wegen den SCHME:Rzen und wie_s au=
 05 =und ich hab AUCH (.) natürlich Angst
 06 dAss (.) dass (.) dass_es vorBEI ist abgesch
 07 und ich DENK-
 08 <<all>oh mein GOTT; (-)>
 09 <<lachend>es ist nicht SCHÖ:N->
 10 oder (-) HÄ:SSlicher als vOrher=
 11 =was zwar fast unMÖglich ist- (-)
 12 .hh aber; (-)
 13 dass ich nachher UNzufrieden bin-
 14 hab ich (.) RIEsen angst davor, (--)
 15 .hhh A:ber; (--)
 16 n_n_ä die diese geFÜhle die jetzt vorhAnden sind
 17 dieses (.) dafür SCHÄmen (.)
 18 das muss verSCHWINDen (.)

19 egal WIE;
 20 Auch (.) mit SCHMERzen und mit Allem (.)
 21 u:nd (.) das motiVIERT mich eigentlich (-)
 22 ich wEiss (.) das mUss (.) diese gefühle müssen WEG, (--)
 23 jE:der TAG is f: (--)
 24 hÄngt von d_äh_äh
 25 des sch
 26 jEden tAg schau ich diese NAsE an (--)
 27 und (.) SO könnt ich das
 28 innerhalb von zwEi wochen bis einem mo:nat (.)
 29 dann: bis es (.) WIRKlich nicht mehr wEh tut; (--)
 30 <<all>könnte das Einfach ein für mal a:lle mal WEG sein,>
 31 <<pp>hm.>
 32 und das: gibt mir SCHON sehr viel mUt

Sandras Motiv für den Eingriff ist in ihrer Darstellung psychisch legitimiert. Der Antrieb zum Eingriff, der sogar ihre „RIEsen angst“ (Z. 14) überwindbar erscheinen lässt, ist ihr zufolge nicht ästhetisch begründet, sondern emotional. Der Wunsch, ein für alle Mal die Scham über das eigene Aussehen loszuwerden, ist stärker als die Angst vor Misslingen des Eingriffs und sogar, wie Sandra weiter ausführt, entscheidender als die damit verbundenen „SCHME:Rzen“ (Z. 04). Sandra formuliert ihren Wunsch nach emotionaler Entlastung als Gewissheit: „ich wEiss (.) das mUss (.) diese gefühle müssen WEG“ (Z. 22). Die Emotion, die Sandra dabei benennt – „dieses (.) dafür SCHÄmen“ (Z. 17) – ist sozial begründet. Scham entsteht erst durch die Antizipation des Blickes der Anderen in der echten oder imaginierten sozialen Situation, durch das Erleben einer Differenz zwischen dem Selbst und den Anderen (Tisseron, 2000, siehe auch Abschnitt 3.2.3). Ihre Gewissheit, dass dieses Gefühl verschwinden muss, begründet Sandra jedoch mit ihrem *eigenen* Blick auf sich selbst. Diesen beschreibt sie als täglich wiederkehrende, fast zwanghaft anmutende Beschäftigung („jEden tAg schau ich diese NAsE an“, Z. 26). Im ersten Formulierungsanlauf (Z. 23-25) klingt gar an, dass für Sandra jeder Tag von diesem Blick auf die eigene Nase abhängt. Sie führt ihre Vorstellung der Heilung aus: Durch den Eingriff, so legt sie es dar, „könnte das Einfach ein für mal a:lle mal WEG sein“ (Z. 30). Diese Formulierung ist nun umfassend: Sie kann, wie bei Yvonne, die endgültige Trennung vom ungeliebten Merkmal meinen. Gleichzeitig verweist sie auf die Hoffnung, den Zwang nach wiederkehrender Selbstbetrachtung überwinden zu können und damit auch die mit ihrem Anblick verbundenen Gefühle, insbesondere die Scham, durch einen Eingriff loszuwerden. Sandra schließt diesen Abschnitt mit der Feststellung, diese Phantasie („das könnte das Einfach ein für mal a:lle mal WEG sein“, Z. 30) gebe ihr „SCHON sehr viel mUt“ (Z. 32), womit sie noch einmal auch auf das Risiko verweist, mit dem der Eingriff potentiell verbunden ist.

Sandra stellt in dieser Textstelle zwei Arten von negativen Gefühlen gegenüber: Auf der einen Seite die „angst“ vor den operationsbedingten Schmerzen und vor einem unerwünschten Ergebnis eines Eingriffs, auf der anderen Seite das unerträgliche sich „SCHÄmen“, angesichts des eigenen Gesichts, der eigenen Nase. In die Waagschale geworfen, ist der Ausgang der Gegenüberstellung klar: „dieses (.) dafür SCHÄmen (.)

| das muss verSCHWINDen (.) | egal WIE;“, „diese gefühle müssen WEG“. Sandra macht also deutlich, was sie alles in Kauf nehmen würde, um sich der Scham zu entledigen – und mit der Scham auch der täglichen Abhängigkeit von eigenen Spiegelbild. Anders als Yvonne stellt sie nicht die „Vernichtung“ des betreffenden Körperteils in den Vordergrund, sondern die „Vernichtung“ der mit dem Körperteil verbundenen *Gefühle*.

Die von Sandra benannte Emotion – das „sich schämen“ – verweist dabei auf einen weiteren Aspekt, der in machen Interviews deutlich wurde: Bisweilen entsteht der emotionale Gehalt des Gesichts oder Gesichtsteils erst durch die Tatsache, dass *Andere* es sehen. Nicht die körperliche Beschaffenheit selbst wird dann als Auslöser für bestimmte Emotionen dargestellt, sondern erst das Zusammenspiel mit ihrer sozialen Sichtbarkeit (siehe dazu auch Abschnitt 3.2.3). So bemerkt Sandra an anderer Stelle:

Textstelle 8-21: Sandra prä {19:12-19:41}

01 S: ich HAB zwa:r (--) ab (--) schon vIele komplimEnte bekommen (-)
02 ja:: du bist GRO:SS (.) schlAnk (.) bla_bla:: (.) °h
03 aber Irgendwi:e (-) ich <<lachend>dEnk dann> IMMER;
04 ja: (.) ja: ihr SAGT das jetzt so:
05 aber (--) ihr <<lachend>hAbt wohl> (.)
06 meine NA:se <<lachend>noch nI:e> richtig gesEhen;
07 und °hh (--) dann SCHÄM ich mich irgendwie
08 wenn (-) wenn ich eine (--) schöne frISUR mache
09 =elegant ANgezogen bin
10 =die haare HOCH stecke °h (-)
11 dann denk ich wirklich_uh: <<lachend>ja> (-)
12 JE:der sieht die nAse;
13 und DANN schäm ich mich sch0:n

Auch an dieser Stelle benennt Sandra das „Sich Schämen“, diesmal explizit im sozialen Kontext. Sie verweist auf zwei unterschiedliche Szenarien, in denen die Nase sie jeweils vor anderen *entlarven* könnte. Zum einen entsteht die Scham Sandra zufolge mit der Vorstellung, die Komplimente anderer würden auf einem unvollständigen Bild beruhen: Hätten sie die Nase „richtig gesEhen“, wären sie zu einem anderen Schluss gekommen. Zum zweiten werden ihre Versuche, sich schön zumachen, durch die Nase boykottiert. In Sandras Darstellung klingt es, als würde die Nase durch die Eleganz der restlichen Erscheinung noch sichtbarer, und die Differenz, die in den Blicken anderer entstehen könnte (ebenso wie die Differenz zwischen ihrem Ich und ihrem Ich-Ideal, vgl. Ettl, 2006, S. 202ff., Abschnitt 3.2.3), gibt den Ausschlag für das Schämen.

Ebenso verweist Yvonne auf die Blicke anderer auf ihre Nase als Quelle für heftige Gefühle.

Textstelle 8-22: Yvonne prä {02:38-03:06}

01 wenn ich an der AMPel steh

02 un_e AUto steht parallel zu mir
 03 hab ich immer das geFÜHL (.)
 04 die GLOTZen mir alle auf die NA:se ja
 05 weil ich so ne RIEsen (.)
 06 so_n RIEsen rÜssel hab (.)
 07 d_nn guck ich immer verSCHÄ:MT rüber,
 08 oder hEb die HAND so hIn ja
 09 ((macht Geste)) SO
 10 I: hm_m
 11 Y: dass man des nicht SIEHT
 12 weil ich SCHÄ:M mich dafür totAl oder
 13 mi_a g_fällts GA:R nicht
 14 I: hm_m
 15 Y: hmm (-) ja.
 16 des is des HAUPTproblem (.) einfach.
 17 I: hm_m.
 18 Y: SELber en proble:m damit zu hAben (--)

Die emotionale Betroffenheit, die Yvonne darstellt, beruht auf der *Vorstellung*, ihre Nase werde für die Augen anderer sichtbar. Sie hat das „geFÜHL“, angeschaut zu werden – dem begegnet sie, indem sie ihre Nase versteckt. Sowohl Sandra als auch Yvonne beschreiben also Scham, die durch die Sichtbarkeit des empfundenen Makels entsteht. In beiden Darstellungen ist es die Vorstellung, die *Phantasie*, andere könnten den Makel erkennen (siehe dazu auch Abschnitt 8.2.2), die zu den heftigen emotionalen Reaktionen führt – es werden keine tatsächlichen Handlungen anderer angeführt. In Yvannes Fall können wir sogar folgern, dass die anderen die Nase gar nicht sehen können – sie ist ja durch die erhobene Hand versteckt. Tatsächlich schließt Yvonne mit der Bemerkung an, das „HAUPTproblem“ sei, „SELber en proble:m damit zu hAben“ – konstruiert also an dieser Stelle ein Problem des emotionalen Erlebens und nicht der tatsächlichen sozialen Reaktionen.

Frau Widmer stellt die soziale Auswirkung in den Vordergrund, die durch ihre eigene emotionale Reaktion auf ihr verändertes Gesicht entsteht.

Textstelle 8-23: Frau Widmer prä {12:27-12:47}

01 W: ich habe sehr viele (.) äh (.) FREUNde (.)
 02 also männliche FREUNde
 03 wo wIrklich gute männliche FREUNdscha:ften sInd
 04 und die hab ich AUCh totAl irgendwie jetzt (-)
 05 gAnz gAnz verNACHlä:ssigt
 06 weil ich: (.) mich: (.) nicht mehr WOHL fil_ä fühle
 07 nicht mehr attraktIV äh (.) fühle
 08 DENke ich °h (---)

Frau Widmer macht die Tatsache, sich „nicht mehr WOHL“ und „nicht mehr attraktIV“ zu fühlen, zur Ursache für die eigene soziale Isolation. Dabei sind es nicht die anderen, die ein Problem mit dem veränderten Aussehen haben und sich deshalb zurückgezogen haben, sondern sie selbst hat die anderen „gAnz gAnz verNACHlä:ssigt“. Das veränderte Gesicht führt ihrer Darstellung zufolge zu einem Unwohlsein mit sich selbst und dieses wiederum zu sozialem Rückzug.

Frau Müller beschreibt hingegen einen anderen Ablauf:

Textstelle 8-24: Frau Müller prä {04:13-04:26}

```
01  M:  ich f (.) ICH selbst (.)
02      ICH persönlich
03      ich fühle mich (.) sehr SCHLECHT weil- (-)
04      EBEN_ich <<schnalzt>tz> (.)
05      man mErkt diese BLIcke
06      diese (.) dummen SPRÜche hört man (.)
07      an sei_m rücken °hh
```

In Frau Müllers Darstellung sind es die „BLIcke“ und die „dummen SPRÜche“ der anderen, die dazu führen, dass sie sich „sehr SCHLECHT“ fühlt. Hier löst also das Gesicht Reaktionen von anderen aus, die dann einen Einfluss auf das emotionale Erleben haben. Auch Herr Kunert stellt, wenn auch aus etwas anderer Perspektive, die emotionale Wirkung seines Gesichts als Folge der Tatsache dar, von anderen gesehen (oder eben nicht gesehen) zu werden.

Textstelle 8-25: Herr Kunert prä {14:18-15:09}

```
01  K:  mir geht's GUT, (-)
02      (1.5)
03  K:  aber ich möcht mich WO:HL fühl_n (.)
04      WÖHler fühl_n
05  I:  m_hm;
06  K:  s_n UNterschied;
07      (3.5)
08  K:  ob_ä::h (-) vom man vom (-) exen_stenTIELLen her
09      =vom AUSkommen her
10      =ob_s einem GUT geht ((schluckt)) (--)
11      Oder ob man so RIChtig ((stösst Luft durch den Mund aus))
12      auf der (--) bühne des lEbens (--) STEHT_un:d;
13      (2.0)
14  K:  ich hab eben auch muSIK gemacht_
15      mach IMmer noch musik_und
16      und (-) °h das ist all: (--)
17      das das läuft (--)
18      n_das gibt so VIEL;
```

19 wenn man dort_äh (--)
 20 auch ANderen menschen frEude machen kann damIt,
 21 (4.0)
 22 K: und ALLes (--)
 23 ich sag_s: (.) in EINem satz (-)
 24 alles wird irgendwi:e (--) SCHWERer (--) zu errEichen;

Herr Kunert konstatiert, es gehe im „GUT“ (Z. 01), macht jedoch deutlich, dass dies nicht ausreicht: Er möchte sich auch „WO:HL fühl_n“ (Z. 02). Mit der Korrektur „WÖHler fühl_n“ (Z. 03) schwächt er die Aussage wieder etwas ab – die (dialektale) Steigerungsform „WÖHler“ weist darauf hin, dass er sich aktuell durchaus auch wohl fühlt, dies aber noch optimiert werden könnte. Im Folgenden präzisiert er die Unterscheidung zwischen „GUT“ und „WÖHler fühl_n“: Ersteres meint das „exen_stentiEllen“ (Z. 08) Auskommen – die Grundbedürfnisse sind befriedigt, es fehlt an nichts. Dem entgegen stellt Herr Kunert den Zustand „so RIChtig | auf der (--) bühne des lEbens“ (Z. 11, 12) zu stehen. Wie auch in anderen Ausschnitten bedient er sich hier dem Bild einer Theaterbühne: Sich wirklich wohl zu fühlen bedeutet für ihn, von anderen gesehen zu werden. Als konkretes Beispiel führt er seine Rolle als Hobbymusiker an. Er nennt den persönlichen Gewinn, den er dadurch erzielt, dass er „ANDeren menschen frEude machen kann damIt“ (Z. 20). Auch hier ist es also die Wirkung auf andere, die für sein emotionales Wohlbefinden verantwortlich ist. Herr Kunert schließt mit der Aussage: „ich sag_s: (.) in EINem satz (-) | alles wird irgendwi:e (--) SCHWERer (--) zu errEichen“ (Z. 23, 24). Die positive Wirkung auf andere wird, so schließen wir, durch das Älterwerden, auf das er sich im Interviewkontext bezieht, schwerer zu erreichen – und damit wird auch das „WO:HL fühl_n“ eingeschränkt.

Herr Kunert stellt in diesem Ausschnitt eine Wirkungskette dar, die zu einem bestimmten emotionalen Befinden führt. Für ihn ist „WO:HL fühl_n“ – über ein „existentielles“ Auskommen hinaus – damit verbunden, eine Wirkung auf andere zu haben. Verändert sich das Gesicht (in seinem Fall durch das Älterwerden), ist es seiner Darstellung zufolge schwieriger, diese Wirkung auf andere zu erreichen, und damit sinkt auch das Wohlbefinden. Sein emotionaler Zustand bewegt sich jedoch, so macht er deutlich, nicht in den negativen Bereich. Es geht im „GUT“ – das ist jedoch nicht alles, was das Leben zu bieten hat.

8.1.4 „Das Gesicht verlässt einen einfach nach unten“: Das eigenmächtige Gesicht

Einige der Interviewten treten mit ihrem Gesicht in Beziehung, indem sie es sprachlich als Gegenüber einführen, das (mehr oder weniger) eigenmächtig handelt. Dabei wird dem Gesicht in manchen Fällen sogar eigene Motivation und Intentionalität zugeschrieben. Dadurch erscheint es von der eigenen Person losgelöst – das Gesicht handelt ohne Zusammenhang mit dem „Rest“.

In einigen der Erzählungen wird ein beunruhigender, bedrohlicher Vorgang dargestellt: Es ändert sich etwas an mir, und ich kann diesen Prozess (zunächst) nicht beeinflussen, ich habe das nicht im Griff. So antizipiert Herr Huber eine Veränderung, die von seinem Gesicht ausgeht, und die er nicht beeinflussen kann:

Textstelle 8-26: Herr Huber prä {07:10-07:29}

01 H: es isch_n_n (.) basaliO:M,
02 auf die med_zINische (-) art,
03 das heisst
04 es isch irgend so_n (.) so_ne WUCHerung
05 die vor sich HIN wuchert (-) °h
06 und wenn man nicht OBacht gibt
07 isch irgendwann die nase mal WEG,
08 ä:h (.) we_ma_s (-) we_ma_s
09 =weil_s immer grösser wird (---)
10 und man muss immer_n: (--) grösseren tEil RAUSSchneiden,

Herr Huber beschreibt einen Vorgang, der völlig unabhängig von ihm als Person erscheint. Das „basaliO:M“ definiert er ich-dyston als „irgend so_n (.) so_ne WUCHerung | die vor sich HIN wuchert“. Es passiert also in Herrn Hubers Darstellung etwas, das nichts mit ihm zu tun hat – etwas „wuchert“ selbstbezogen „vor sich HIN“, allerdings mit potentiell verheerenden Konsequenzen: „wenn man nicht OBacht gibt | isch irgendwann die nase mal WEG“. Herr Huber stellt den sich verändernden Teil seines Gesichts als äußeren Fremdkörper dar, der potentiell verheerenden Schaden anrichten kann, wenn er nicht in Schach gehalten wird. Dabei bleibt unklar, wer „OBacht“ geben muss und wer, falls das Basaliom doch „immer grösser wird“, etwas „RAUSSchneiden“ muss. Die gesamte Schilderung ist so distanziert, dass nicht klar hervor geht, wer eigentlich den Schaden erleidet: Es erscheint kein „Rest“, gegenüber dem sein Gesicht handelt. Ebenso wenig erscheinen konkrete Handlungsträger, die dem wuchernden Teil des Gesichts etwas entgegenzusetzen haben. Es passiert etwas, das der Darstellung zufolge außerhalb von Herrn Hubers Einfluss, aber auch gänzlich außerhalb seiner selbst liegt: Irgendetwas wuchert an irgendjemandem, und irgendein unbestimmter Anderer muss im schlimmsten Fall irgendetwas irgendwo herauschneiden.

Auch Frau Müller stellt sich gegenüber ihrem Körper und dem, was mit ihrem Körper passiert, als völlig wehrlos dar. Anders als Herr Huber taucht sie als erleidendes Subjekt in der Darstellung auf:

Textstelle 8-27: Frau Müller prä {01:03-01:40}

01 M: ja: als ich dann (.) äh SECHzehn war, ä:h
02 hat man (.) das erste mal äh operIERT
03 versuchte man die (.) NA:se ä_gr
04 NASenflügel und die nAse
05 GRA:de (.) zu stEllen (.) ä:h
06 ist (aber) LEIder (.) missglückt
07 man hat dann FREMDmat_rial einges ein operiert
08 u:nd ah das hat der körper ABgestoßen (-)
09 dA:raus folgten (.) wiederum schnitte (.)

- 10 OBERhalb im nasenrücken (-)
 11 so was zur folge hatte
 12 dass ich NOCH mehr (.) nArben (.) hATte (-)
 13 die mich dann WIE nOch mehr störten (-)

Frau Müller beschreibt ihre Erfahrungen mit verschiedenen gesichtschirurgischen Eingriffen in der Vergangenheit. Von Zeile 01-06 erzählt sie von einer ersten Operation im Alter von sechzehn Jahren. In ihrer Darstellung des Ablaufs der Ereignisse bleiben die Handlungsträger (und damit die Verantwortlichen) für die Operation unbestimmt (Indefinitpronomen „man“, Z. 02, 03). Gleichzeitig bleibt durch die Formulierung „hat man (.) das erste mal äh operIERT“ (Z. 02) auch das behandelte Objekt unbestimmt. Das Ergebnis des Eingriffs evaluiert Frau Müller schließlich in gänzlich abstrakter, unpersönlicher Weise mit „ist (aber) LEIder (.) missglückt“ (Z. 06). Es gibt in dieser Formulierung weder Handelnde noch Betroffene – es bleibt sprachlich unterdefiniert, was durch wen bei wem „missglückt“ ist. In Zeile 08 wird nun der „körper“ zum Agens, der das in Folge des missglückten Eingriffs einoperierte „FREMDmat_rial“ (Z. 07) „ABgestoßen“ (Z. 08) hat. Als Konsequenz schildert Frau Müller einen automatischen Ablauf, der wiederum gänzlich frei von Agens und Patiens ist: „schnitte“ „folgten“ (Z. 09) nun einfach, und dies hat wiederum etwas zur „folge“ (Z. 11). Erst hier taucht nun das Ich der Erzählung wieder auf – als das von den Konsequenzen der Abläufe letztendlich betroffene, das erleidende Ich (Z. 12 und 13).

Wie Herr Huber beschreibt Frau Müller Vorgänge, die ihren Körper betreffen, die völlig außerhalb ihres Einflussbereiches zu liegen scheinen. Auch sie stellt Abläufe dar, die von heteronomen Kräften vorangetrieben werden: Die Operation wird von unbestimmten Anderen vorgenommen, für ihr Misslingen gibt es keine Verantwortlichen. Darüber hinaus stellt Frau Müller einen Körper dar, der alle Bemühungen, das Misslungene wieder zu richten, sabotiert. Sie selbst ist diesen Vorgängen ausgeliefert, es kommt ihr dabei kein Einfluss zu. Frau Müller erscheint erst dort wieder als Protagonistin, wo sie die Konsequenzen der Vorgänge erleiden muss.

Ganz ähnlich schildert auch Frau Widmer Abläufe, die außerhalb ihres Einflusses liegen, in denen sie jedoch die Leidtragende ist:

Textstelle 8-28: Frau Widmer prä {00:56-03:13}

- 01 W: das ist gAnz- (-) ganz schlImm gegAngen, (-)
 02 und dadUrch habe ich den gAnzen Ohr verlo:ren. (-)
 03 wEI:l der knorpel hat sich infizIert
 ((92 Sek. Auslassung))
 04 W: die nA:hten haben sich dann infiziERT;
 05 und_und_und entZÜ:Ndet
 06 und_und dann musste man Alles RAUSne:hmen,
 07 und_und °hh ja?
 ((9 Sek. Auslassung))
 08 W: weil alles war DE:Rmaßen entzündet;
 09 und der kn0:rpel hat schon zer (.) zerSCHMOLzen;

10 und sie (.) °h mussten das (.) das gAnze ohr amputIERen

Frau Widmer beschreibt eine unaufhaltsame Folge von Ereignissen, auf die sie keinen Einfluss hat. Die Formulierung „das ist gAnz- (--) ganz schlImm gegAngen“ (Z. 01) ist frei von Agens und Patiens: Es bleibt unklar, wem was passiert ist und wer dafür verantwortlich sein könnte. Erst der nächste Satz bringt die Auflösung „dadUrch habe ich den gAnzen Ohr verlo:ren“ (Z. 02). Hier taucht Frau Widmer als Geschädigte auf, als dramatische Gestalt, die einen Verlust erleiden musste. In der (medizinischen) Begründung, die sie anfügt, ist, wenn überhaupt, der Körper für den Schaden verantwortlich – nicht etwa, wie man auch vermuten könnte, der Operateur: „der knorpel hat sich infizIert“ (Z. 03), „die nA:hten haben sich dann infIZIERT | und_und_und entZÜ:Ndet“ (Z. 04, 05), „alles war DE:Rmaßen entzÜndet“ (Z. 08), „der kn0:rpel hat schon zer (.) zerSCHMOLzen“ (Z. 09). Nun tauchen in ihrer Darstellung unbestimmte andere auf, die quasi vom entgleisenden Körper gezwungen handeln: „dann musste man Alles RAUSne:hmen“ (Z. 06), „sie (.) °h mussten das (.) das gAnze ohr amputIERen“ (Z. 10).

Auch Frau Widmer schreibt sich keinen Einfluss auf die Ereignisse, die ihren Körper betreffen, zu. Sie stellt ein Geschehen dar, das unaufhaltsam voranschreitet und zwingend Taten anderer mit sich bringt, die sie nicht kontrollieren kann. Ihr Körper ist dabei, wie in der Darstellung von Frau Müller, schädigendes Gegenüber.

Alle drei Darstellungen (Herr Huber, Frau Müller, Frau Widmer) haben gemeinsam, dass der Körper als „Fremd-Körper“ erscheint, der auf unkontrollierbare, aggressive und (potentiell) schädigende Weise handelt. Der gesichtschirurgische Eingriff wird in allen drei Darstellungen von unbestimmten Anderen ausgeführt, die auf die Handlungen des Körpers reagieren, indem sie „RAUSSchneiden“ (Herr Huber), „einoperieren“ (Frau Müller“ oder „amputIERen“ (Frau Widmer). Während Herr Huber Vorgänge darstellt, die ganz und gar ohne ein „behandeltes“ Gegenüber auskommen, entwerfen Frau Müller und Frau Widmer einen „Rest“, der durch die Handlungen des Gesichts geschädigt wird. Das Gegenüber in ihren Darstellungen ist das erleidende „Ich-Selbst“.

In anderen Darstellungen werden die Handlungen des Gesichts eher entdramatisiert. Lena beschreibt ihr Gesicht als Handlungsträger einer natürlichen Veränderung:

Textstelle 8-29: Lena prä {00:27-00:37}

01 L: also jo es isch ebe S0
02 dass ich mit dere LIPpe_spalte rächts gebore worde bi (.)
03 I: hm_m?
04 L: und denn durch d_JOHre
05 durch_s Älter wärde
06 het sich das halt so bizli UFE_zoge (.)
((20 Sek. Auslassung))
07 also ich ha jetzt nIt vor ebbis mAche z_lo:
08 ich möcht einfach z_ersch mal wisse
09 <<pronunziert>wAs (.) Isch (.) möglich?>

Lena benennt an dieser Stelle die körperlichen Voraussetzungen, wegen derer sie die gesichtschirurgische Sprechstunde aufgesucht hat. Dabei macht sie deutlich, dass es sich um ein marginales Problem handelt, das im Rahmen des Normalen, Natürlichen liegt. Sie stellt ihre Lippenspalte als immer schon da gewesen und zu ihrer Person gehörig dar („dass ich mit dere LIPpe_spalte rächts gebore worde“, Z. 02). Die Problematisierung erreicht sie durch die Darstellung einer natürlichen Veränderung: „durch d_JOHre | durchs Älter wärde | het sich das halt so bizli UFE_zoge“ (Z. 04-06). In Lenas sprachlicher Darstellung der Geschehnisse in diesem natürlichen Ablauf positioniert sie ihren eigenen Körper als Agens der Veränderung. Das Gesicht ist Subjekt der Handlung, etwas von ihm hat sich „UFE_zoge“. Gleichzeitig rahmt Lena die Vorgänge im „Normalen“. Der Einsatz von *hedges* („halt so bizli“) entdramatisiert und verkleinert den Vorgang sprachlich.

Lena stellt an dieser Stelle einen Vorgang dar, der durch den natürlichen Prozess des Älterwerdens angestoßen wurde und von ihrem Gesicht bzw. der Lippenspalte ausging. Sie macht damit deutlich, dass der Vorgang zwar außerhalb ihrer Kontrolle und ihres Willens liegt, jedoch nicht bedrohlich ist. Etwas an ihrem Gesicht hat sich (eigenmächtig) verändert – und nun ist es an ihr, damit umzugehen. Sie selbst schreibt sie Handlungsfreiheit in Reaktion auf die körperlichen Veränderungen zu. Eine ähnliche Darstellung findet sich bei Frau Favelli:

Textstelle 8-30: Frau Favelli prä {0:27-0:36}

01 F: weil ich sowieso ein bisschen di:e (.) MUNDwinkel runter habe
 02 ein bisschen TRAurig
 03 =und das wird ja Immer (-) MEHR runter kommen
 04 jetzt im äl (.) im (.) im [ALter]
 05 I: [hm_m]
 07 °hh und da hat er ((der Arzt, LS)) mir gesagt
 08 ja das sei KEIN problem
 09 das kann man MACHen

Auch Frau Favelli stellt einen Veränderungsprozess dar, der von ihrem Gesicht ausgeht. Auch sie entdramatisiert das Geschehen sprachlich, rahmt es im Natürlichen und stellt es als außerhalb ihrer Kontrolle liegend dar. In ihrer Darstellung ist die Veränderung jedoch, anders als bei Lena, in die Zukunft projiziert: Frau Favelli greift dem Geschehen vor. Der Arzt wird als konkretes Gegenüber, als Berater eingeführt, der den Handlungsspielraum der Erzählerin gegenüber ihrem Gesicht erweitert.

Die Entdramatisierungen des Vorgangs und seine Rahmung im „Natürlichen“ in der Darstellung im Interview können als Mittel verstanden werden, die Veränderung zu bewältigen: Ihr Einfluss und Geltungsbereich wird für die Jetztzeit „in Schach“ gehalten, durch den Bezug auf das „Natürliche“ wird es vom persönlichen zum eher allgemeinen Problem. Der chirurgische Eingriff erscheint dadurch eher optional – es gibt keine weiteren äußeren Handlungsträger, die dem Körper gegenüber aktiv werden. Dem „Ich-Selbst“ wird die Möglichkeit eingeräumt, eine eigene Handlung zu erwägen.

Auch Herr Kunert stellt einen Prozess dar, in dem sein Gesicht sich eigenmächtig verhält. In seiner Schilderung steht seine eigene Handlungsmächtigkeit dem „abtrünnigen“ Gesicht gegenüber im Vordergrund:

Textstelle 8-31: Herr Kunert prä {00:56-01:14}

01 K: U:nd (-) aus DEM grund bin ich genau hIER her gekommen
02 =um (---) dA jetzt DAS (-) m_ähm problem
03 mit der zunehmenden A:LTERung
04 und_Ähm die HAUT sackt Ab
05 das (.) geSICHT verlässt einen einfach nach Unten (---)
06 zU: beHEben wenn des möglich is

Herr Kunert nimmt an dieser Stelle gleich zu Beginn des Interviews eine allgemeine Problembeschreibung vor: Es geht um das „problem | mit der zunehmenden A:LTERung“ (Z. 02, 03). Folge dieser „A:LTERung“ ist ihm zufolge eine eigenmächtige Entwicklung des Körpers: „die HAUT sackt Ab | das (.) geSICHT verlässt einen einfach nach Unten“ (Z. 04, 05). In dieser Formulierung verschiebt sich der Fokus von der Handlungsebene („die HAUT sackt Ab“) auf die Beziehungsebene („das (.) geSICHT verlässt einen einfach nach Unten“). Das Gesicht wird zu einem Gegenüber, das einem wie auch immer gearteten Rest der Person handelnd entgegen tritt und somit als abgetrennter, eigenständiger Teil (und gar als Aggressor) erscheint. Diesen Prozess stellt Herr Kunert als gegeben dar – er präsentiert den Vorgang als allgemeinen Mechanismus. Er rahmt ihn nun aber als etwas, dem er selbst als potenter Handlungsträger entgegentritt: Er ist „genau hIER her gekommen“ (Z. 01) um „DAS (-) m_ähm problem“ (Z. 02) „zU: beHEben wenn des möglich is“ (Z. 06).

Wie bei Herrn Huber, Frau Müller und Frau Widmer stellt Herr Kunert sein Gesicht als unkontrollierbaren (allerdings weniger aggressiven) Handlungsträger dar. In Herrn Kunerts Darstellung ist das Gesicht ein intentional handelndes Gegenüber, dessen fast unverschämt erscheinende Taten sein Einschreiten erfordern. Dabei macht er, ähnlich wie Lena und Frau Favelli deutlich, dass es sich um ein „natürliches“, ein allgemein gültiges Phänomen handelt: Das fortschreitende Altern führt automatisch (bei jedem) zu Alleingängen des Gesichts. Anders als in der Darstellung von Herrn Huber macht Herr Kunerts Gesicht jedoch nicht etwas „vor sich HIN“, sondern handelt direkt als Beziehungsobjekt auf den „Rest“ der Person bezogen: Es „verlässt einen einfach nach Unten“, es verrät ihn. Dem handelnden Gesicht stellt Herr Kunert nun seine eigene Person entgegen – er will das Problem zielgerichtet lösen, dem abtrünnigen Gesicht entgegenstehen. Limitierender Faktor sind höchstens die technischen Mittel, er selbst ist fest entschlossen.

Die Darstellungen haben gemeinsam, dass in ihnen das Gesicht als eigenständiges Gegenüber dargestellt ist, das unabhängig vom „Rest“ der Person handelt. Sie unterscheiden sich jedoch in der Frage, wie sich die Interviewten angesichts dieser Eigenständigkeit ihres Gesichts positionieren und welche Rolle sie dem gesichtschirurgischen Eingriff zuschreiben. In den Darstellungen von Herrn Huber, Frau Müller und Frau Widmer sind die Veränderungen des Gesichts sowie die dadurch

bedingten plastisch-chirurgischen Eingriffe etwas, auf dessen Veranlassung und Durchführung sie keinen Einfluss haben. Frau Widmer und Frau Müller erscheinen in den Schilderungen als Geschädigte, die heteronomen Mächten ausgeliefert sind. Lena und Frau Favelli entdramatisieren das Geschehen, wodurch sie weniger als Geschädigte, sondern als umsichtige, freie Problemlöserinnen erscheinen. Herr Kunert begibt sich am deutlichsten in die Gegenposition zu seinem entgleisenden Gesicht: Er tritt ihm aktiv handelnd entgegen und stellt den chirurgischen Eingriff als etwas dar, das er selbst veranlassen und nutzen kann.

8.1.5 „Ich könnte jetzt ruhig so rumlaufen bis achtzig“: Das unproblematische Gesicht

Sowohl das Interview selbst als auch die Situation, in der das Interview geführt wurde, *problematisieren* das Gesicht und seine Veränderungen. Umso auffälliger ist es, dass manche Interviewte ein problematisches Verhältnis zu ihrem Gesicht explizit zurückweisen. Dies erscheint besonders bei denjenigen Interviewten kommunikativ naheliegend, die mit ärztlicher Indikation und nicht aus eigener Entscheidung die gesichtschirurgische Sprechstunde aufgesucht haben. So sagt Frau Bauer über ihr Basaliom „also mich hat es eigentlich nicht gestört“ (prä, 03:03), womit sie auch deutlich macht, dass der Veränderungswunsch nicht von ihr selbst kommt, sondern von außen an sie herangetragen wurde. Herr Weber bemerkt bezüglich der Veränderung an seiner Lippe „ich kann leben damit“ (prä, 1:35), womit er zeigt, dass aus seiner Sicht eine kosmetische Operation nicht notwendig ist. Beide können eine (relativ) unproblematische Beziehung zu ihrem Gesicht darstellen, indem sie auf andere als Initiatoren für einen chirurgischen Eingriff hinweisen (siehe dazu auch Abschnitt 8.3.4). Solche Interviewten, die selbstinitiiert mit einem kosmetischen Anliegen in die Sprechstunde kommen, stehen allerdings vor der kommunikativen Aufgabe, ihren Veränderungswunsch (sowohl vor der Interviewerin als auch vor den behandelnden Ärzten) zu begründen. Nicht alle tun dies über eine Problematisierung ihres Verhältnisses zu ihrem Gesicht. Frau Schneider weist im Interview eine problematische Beziehung zu ihrem Muttermal explizit zurück:

Textstelle 8-32: Frau Schneider prä {02:06-02:30}

01 S: also MICH persönlich hat_s: (-) einfach
 02 eben nur (.) in den situatiOnen wo ich SCHNUPfen hatte gestört,
 03 mm: (--) sonst NICHT?
 04 ä:h-
 05 in KEINster weise
 06 ne (--) m_m.
 07 I: m_hm
 08 S: ne: es ist (--)
 09 also es ist auch ein bisschen MITgewachsen
 10 im laufe der JAHre
 11 und °h ä:h (--) nicht WAHnsinnig;
 12 aber man hat schOn_s_gfühl s_ein bisschen GRösser geworden, (--)
 13 und (--) dadurch wurde es wahrscheinlich Auch

14 ein bisschen präSENter
 15 I: m_hm
 16 S: ja: (--) für mich AUCH

Frau Schneider macht deutlich, dass sie aus Gründen der Funktionalität unter dem Muttermal leidet und es sie sonst „in KEINster weise“ störe. Dennoch lässt sie den kosmetischen Aspekt in ihrer Aussage nicht ganz außer Acht. Sie verwendet allerdings einigen kommunikativen Aufwand, um darzustellen, dass dieser für sie eben kein Problem ist. Sie schwächt vielmehr die Veränderung, die „im Laufe der JAHre“ stattgefunden habe, ab: Das Muttermal sei „ein bisschen GRÖsser geworden“ und dadurch „wahrscheinlich Auch | ein bisschen präSENter“. Die Veränderungswürdigkeit bezieht sie dezidiert auf den funktionalen Aspekt. Auch bei Lena finden sich solche normalisierenden, entproblematisierenden Beschreibungen der Veränderung.

Textstelle 8-33: Lena prä {00:33-01:02}

01 L: und denn durch d_JOHre
 02 durch_s Älter würde
 03 het sich das halt so bizli UFE_zoge (.)
 04 °h und au d_naseform isch scho relativ (.) USsergewöhnlich
 05 eifach d_spitze vor ALL_m
 06 I: hm_m
 07 L: und ähm (-)
 08 bi MIR isch_s einfach nu_ma drum gAnge
 09 zum erFA:Hre
 10 wAs könnt mer (.) AKTuell mAche
 11 mit dem hütige STAND von der technik_her (-)
 12 es goht einfach mehr um DAS
 13 also ich ha jetzt NIT vor ebbis mAche z_lo:
 14 ich möcht einfach z_erscht mal WISse
 15 <<pronunziert>WAS (.) ISCH (.) MÖglich?

Lena macht an dieser Stelle deutlich, dass die Veränderung ihres Gesichts einem natürlichen Vorgang folgte („durch d_JOHre | durchs Älter würde“). Dabei schwächt sie das Ergebnis der Veränderung ab: Das (die Lippe) habe sich „so bizli UFEzoge“, die „naseform“ sei „scho relativ (.) USsergewöhnlich“. Sie umgeht damit eine negative Bewertung ihres Gesichts und die Modalisierungen weisen gleichzeitig darauf hin, dass die Veränderungen sich im „Normalen“ bewegen. Die darauf folgenden Ausführungen können vor dem Hintergrund verstanden werden, dass Lena dennoch vor der kommunikativen Aufgabe steht, den Wunsch nach einem chirurgischen Eingriff zu begründen. Anders als Sandra verweist sie nun nicht auf die funktionale Ebene, sondern auf die medizinisch-technische Machbarkeit. Lena bringt die Möglichkeit eines Eingriffs sprachlich *nicht* in einen zwingenden Zusammenhang mit der von ihr beschriebenen

körperlichen Veränderung oder gar einer psychischen Not. Sie macht ihr Gesicht *nicht* zu einem Problem, das eine Lösung fordert. Sie macht vielmehr deutlich, dass sie sich genauso gut *gegen* wie für einen Eingriff entscheiden kann und das erst das Wissen über die vorhandenen Möglichkeiten eine Handlungsintention überhaupt vorstellbar macht. In beiden Textstellen (Frau Schneider und Lena) wird deutlich, dass die Interviewten ihr Gesicht bzw. das zu verändernde Merkmal nicht aus der Distanz abwerten und zurückweisen. Vielmehr verwenden beide kommunikativen Aufwand, um genau dies nicht zu tun. Dies zeigt sich auch im Interview mit Frau Favelli:

Textstelle 8-34: Frau Favelli prä {05:28-05:38}

01 F: ich MEine (--)
02 ich könnte jetzt rUhg so lau (.) RUmlaufen bis (-) achzig
03 wäre mir ja eigentlich °h (-)
04 aber_äh_ich hAb mir geDACHT
05 das LEIST ich mir jEtzt;
06 und (-) und_s tUt mir wahrscheinlich GUT
07 wenn_s dann ein bisschen SCHÖN aussieht
08 und so:

Frau Favelli begründet den Wunsch, einen Eingriff vornehmen zu lassen, mit der Möglichkeit, sich etwas „leisten“ zu können – das Gesicht wird also explizit nicht als problematisch, sondern als – im Sinne der Selbstfürsorge oder der ästhetischen Selbstverpflichtung – optimierbar dargestellt. Ähnlich argumentiert sie an anderer Stelle:

Textstelle 8-35: Frau Favelli prä {42:11-42:19}

01 F: es ginge auch OHne;
02 das ist jetzt wIrklich jetzt so ein ZUSatz
03 was °h (1.0) was einfach ä:h (-) ja (-) eine kleine FREUde.

Auch Frau Favelli macht sich zu einer Handlungsträgerin ohne Not. Der ästhetische Eingriff wird als Surplus zum vorhandenen Wohlbefinden dargestellt. Allen Textstellen ist gemeinsam, dass in ihnen eben keine negative Bewertung des Gesichts vorgenommen werden, sondern es im Gegenteil normalisiert wird. Die Textstellen verweisen darauf, dass die Interviewten eine bestimmte Hörererwartung vermuten: Sie grenzen sich gegen die Vorstellung ab, sie wollten sich operieren lassen, weil sie ein besonders problematisches Verhältnis zu ihrem Gesicht bzw. dem entsprechenden Teil des Gesichts hätten. Gleichzeitig grenzen sie sich damit auch gegen die Vorstellung ab, sie hätten aufgrund des Veränderungswunsches, der sich auf das *Äußere* bezieht, ein persönliches, psychisch bedingtes, „inneres“ Problem. Damit bleibt in den entproblematisierenden Darstellungen jedoch kommunikativ potentiell eine Erklärungslücke. Die Frage ist noch nicht beantwortet, warum ein Merkmal verändert werden soll, obwohl es offenbar nicht als problematisch empfunden wird. Die

Patientinnen und Patienten, die eine ärztliche Indikation in den Vordergrund stellen, müssen diese Lücke nicht explizit füllen. Frau Schneider bietet direkt die funktionelle Beeinträchtigung durch das Muttermal als Erklärung an, Lena betont den Aspekt der technischen Weiterentwicklung, der neue Möglichkeiten eröffnet, Frau Favelli stellt den Eingriff als etwas dar, das sie in Anspruch nimmt, um sich „etwas Gutes zu tun“. Die notwendige Begründung – die aufgrund der Tatsache erforderlich wird, dass ein Veränderungswunsch besteht, nach dem im Interview gefragt wird – findet auf einer anderen Ebene als der Problematisierung des Verhältnisses zum eigenen Gesicht statt.

8.1.6 Zusammenfassung: Ich und mein Gesicht in Beziehung

Es zeigt sich, dass in den Interviews dem Gesicht bzw. bestimmten Teilen des Gesichts ein unterschiedlich starker Einfluss auf die gesamte Person zugeschrieben wird. Die Tatsache, dass ein gesichtschirurgischer Eingriff überhaupt erwogen wird, führt zu mannigfaltigen identitätsbezogenen Beziehungsverhandlungen: Entsorge ich nur etwas, das sowieso nicht zu mir gehört? Oder verändere ich etwas, das für mich bezeichnend ist? Ändere ich meine Identität durch einen gesichtschirurgischen Eingriff ausreichend, oder vielleicht doch zu stark? Kann ich mein „Eigentliches“ hinter meinem Gesicht hervorholen? Oder ist mein Gesicht mein „Eigentliches“? Muss ich mein Gesicht sein?

In diesen identitätsbezogenen Verhandlungen zeigt sich die kommunikative Feinarbeit, die die Interviewten vollbringen, um ihr Gesicht (bzw. einen bestimmten Teil ihres Gesichts) als Teil ihrer selbst oder eben als Fremdkörper zu positionieren. Im Sprechen über das veränderbare und sich verändernde Gesicht schwingt permanent auch die Frage mit, wie sehr es von der eigenen Person überhaupt getrennt werden *kann*, und wie sehr es getrennt werden *muss*, um die eigene Integrität zu wahren.

Der gesichtschirurgische Eingriff fällt in das sensible Spannungsfeld zwischen „Innen“ und „Außen“: Inwieweit betrifft die äußere körperliche Veränderung auch innere Werte, psychische Zustände, das Selbstbild? Ist das erwünscht oder soll es vermieden werden?

Die Beziehungsverhandlungen der Interviewten erscheinen umso schwieriger, je weniger klar es gelingt, das Gesicht oder Teile des Gesichts als zugehörig zurückzuweisen, je stärker es mit dem Rest der Person in Verbindung gebracht wird, je emotionaler es besetzt ist und je weniger Einfluss der eigenen Person bei seinen Veränderungen zugeschrieben wird.

8.2 Mein Gesicht und die Anderen: Der fremde Blick auf mein Gesicht

Im vorherigen Kapitel wurde dargestellt, wie die Interviewten ihr eigenes Gesicht positionieren und in welche Beziehung sie sich dabei zu ihm setzen. Es wurde insbesondere deutlich, dass das Gesicht als Schnittstelle von „Innen“ und „Außen“ dargestellt ist, indem es als vermittelnde Instanz zwischen dem psychischen Selbsterleben und der körperlichen Erscheinung beschrieben wird: Im besten Fall zeigt mein Gesicht, wer ich bin oder wer ich sein will.

In den Interviews wurde das Gesicht noch als eine weitere Schnittstelle thematisiert: Als Schnittstelle zwischen dem „Ich-Selbst“ und den Anderen, vermittelt durch deren Blicke auf das Gesicht. Herr Kunert bezeichnet das Gesicht im Interview pointiert als „interface von innen zur umwelt“ (prä, 15:15). Es ist im sozialen Kontakt besonders

exponiert, es ist permanent den Blicken von Außen ausgesetzt. Im Folgenden wird gezeigt, wie die Interviewten mit dieser permanenten Sichtbarkeit ihres Gesichts umgehen und wie sie in ihren Darstellungen ihr Gesicht von außen, von Interaktionspartnern, positionieren lassen. Der fremde Blick wird häufig als diskreditierend erlebt – er wird als bedrohlich, intrusiv, sogar stigmatisierend dargestellt (8.2.1). Nicht immer sind es jedoch als „real“ dargestellte Blicke, die von den Interviewten relevant gemacht werden. In vielen Schilderungen ist die *Vorstellung*, die anderen würden schauen – die Fantasie über die Blicke der anderen, der imaginierte fremde Blick – als problematisch dargestellt (8.2.2). Doch der fremde Blick wird nicht in allen Fällen zu etwas per se Problematischem gemacht. In einem Interview ist es der Verlust der vormals als positiv empfundenen, identitätskonsolidierenden Blicke, der beklagt wird (8.2.3). Schließlich gibt es noch eine ganz andere Weise, auf die Blicke „von außen“ auf das Gesicht relevant gemacht werden: An einigen Stellen taucht der *eigene* Blick auf das Gesicht als distanzierter, fremder Blick auf (8.2.4). Auch der Blick der Interviewerin wird als der „andere“ Blick in den Interviews relevant (8.2.5). Die verschiedenen fremden Blicke auf das eigene Gesicht werden von den Interviewten auf ganz unterschiedliche Weise thematisiert und bewertet, es werden ihnen ganz unterschiedliche Funktionen in Bezug auf die eigene Identität zugeschrieben.

8.2.1 „Leute, die starren einen richtig an“: Der diskreditierende fremde Blick

In vielen der Schilderungen wird der fremde Blick als bedrohlich dargestellt. Es wird ihm definitorische Macht zugesprochen: Der fremde Blick entscheidet, ob etwas als Normalität oder als Abweichung erscheint, erklärt bestimmte Erwartungen als bestätigt oder enttäuscht, kategorisiert, ordnet ein, bewertet. In manchen Fällen beweist er, was ich selbst schon über mich dachte, er bestätigt das eigene Gefühl und wird als Beleg für die eigenen Selbstabwertungen benutzt. In anderen Fällen entscheidet der fremde Blick sogar darüber, was ich selbst über mich denke – er wird übernommen, verinnerlicht, zur Richtschnur der eigenen Selbstdefinition. Der Blick von Außen auf ein problematisches Gesicht bedeutet meist eine Bloßstellung. Er ist auf das Äußere (das Gesicht) gerichtet, erreicht jedoch, so wird es dargestellt, das Innere – das Selbstbewußtsein, das Selbstverständnis, den Selbstwert.

In Lenas Darstellung taucht der fremde Blick aus zwei unterscheidlichen Richtungen auf: Zum einen beweist er ihre „Normalität“, zum anderen stellt er diese auf verstörende Weise in Frage.

Textstelle 8-36: Lena prä {03:09-04:34}

01 L: also ich: (.) hat zwar die nArbe jo g_SE:
 02 wenn ich in SPIEgel geluagt ha: (.)
 03 aber da ich mi gar nit (.) andersch KENNT ha:
 04 ist desch für mi eigentlich (.) normAl gsi.
 05 I: hmm
 06 L: <<schneller>also i_ha_schon gwüsst ich ha die NARbe halt>
 07 aber thats IT oder?
 08 hätt mich so nit WI:ter gestört (-)

09 mm (.) ich bi interesSANTerwIse
 10 auch nicht g_HÄNslet worde wege (.) wegen dEm (-)
 11 weil man_s jo erstens gor net so guat g_SE: hätt- (.)
 12 und zweitens weil des (.) weiß A: nit- (.)
 13 de_sch einfach kei THEma gsi (.)
 14 also ich bin mir (.) toTAL norma:L vor_komme
 15 in dere kindHEIT (.)
 16 die einzigschte mo:l wo des NIT der fall gsi isch_ei-
 17 isch eigentlich do im spiTAL gsi- (.)
 18 bi den unterSUAchig (-)
 19 <<schnell>weiß AU nit>
 20 das isch als kInd rEcht bruTA:L gsi
 21 HOCKT mer so do (-)
 22 und dann stehen ZE: ärzt um ein umme (-)
 23 ähm frOgen einen SACHen wie äh
 24 äh HÄSCHT du denn frÜ:nde? (-)
 25 jo got_s dir denn GUET? (-)
 26 n_dann denkscht als kind (-)
 27 hm? ((lacht)) o:KEY ((lacht))
 28 I: <<amüsiert>hm_m>
 29 L: und des isch also E:CHT so
 30 also ich HAB (.)
 31 in der kindheit KEIne problem g_ha: mit dEm
 32 i_ha: (.) Immer FRÜNde g_ha:
 33 Immer LÄSsig g_ha: (.)
 34 aber Immer nach dene spiTA:Lkontrolle
 35 bin ich mir vor_cho: wie der letzti mensch
 36 also so (.)
 37 hm? was STIMMT mit mir nit? (.)
 38 MUSS mit mir denn e:bbis nIt stimme ((lacht))
 39 und des HAN ich dene au
 40 <<schnell>also wonn i_denn> Älter gsi bin
 41 han i das mal so MITteilt
 42 dass das (.) nit OPTImal überehunnt ((lacht))

Lena bezieht sich in dieser Textstelle auf ihr Erleben ihres Gesichts in der Kindheit. Sie beginnt mit einer Evaluation, für die sie sowohl den eigenen als auch den fremden Blick auf ihr Gesicht heranzieht: Für sie selbst, im eigenen Blick (im Spiegelbild) sei die „nArbe“ (Z. 01) trotz ihrer Sichtbarkeit immer „normal“ (Z. 04) gewesen, ein zugehöriger Teil ihres Aussehens, der sie „nit WI:ter gestört“ (Z. 08) habe – sie habe sich ja „gar nit (.) andersch KENNT“ (Z. 03). Sie bezieht sich dann wie zum Beleg auch auf den Blick der anderen, wenn sie hinzufügt, sie sei „interesSANTerwIse | auch nicht g_HÄNslet worde wege (.) wegen dEm“ (Z. 09, 10). Auch wenn man aufgrund der Abweichung anderes vermuten könnte, so impliziert sie, wurde sie auch im Blick der anderen als „normal“ eingestuft.

Die Abweichung, so fasst sie zusammen, sei sowohl im eigenen als auch im Blick der anderen „einfach kei THEma“ (Z. 13) gewesen. Schließlich konstatiert sie, sie sei sich „tOTAL norMA:L vor_komme“ (Z. 14), womit sie von der reinen Äußerlichkeit auf ihren gesamten Zustand verallgemeinert. Dieser totalen Normalität im eigenen und im fremden Blick stellt Lena nun in iterativer Zusammenfassung ihre Besuche im Spital entgegen. Sie beschreibt eine prototypische Situation, die sie als „bruTA:L“ (Z. 20) bewertet, in der sie als Kind bei der Untersuchung sitzt, „ZE: ärzt“ (Z. 22) um sich herum, die durch ihre Fragen nach den sozialen Kontakten und dem Wohlbefinden voraussetzen, dass es in diesen Bereichen Probleme geben könnte. Die Fragen verunsicherten damals, so stellt sie es dar, ihr Empfinden von sich selbst als „normal“: Sie deutet es zunächst an mit einem ironisierten „o:KEY“ (Z. 27), das sie in Lachen einbettet. Die Darstellung der kindlichen Reaktion ist gleichzeitig eine Evaluation aus der Jetztzeit – das „o:KEY“ ist Bestätigung und Distanzierung zugleich, es anerkennt auf semantischer Ebene die Fremddefinition und stellt sie gleichzeitig auf performativer Ebene ironisch in Frage. Die Interviewerin reagiert entsprechend amüsiert. Lena betont daraufhin erneut ihr „eigentliches“ Selbsterleben in der Kindheit als normal, und beantwortet implizit auch die Fragen der Ärzte, indem sie der Interviewerin versichert, sie habe „Immer FRÜNde g_ha: | Immer LÄSsig g_ha:“ (Z. 32, 33). Das Selbsterleben kontrastiert sie nun explizit mit den „spiTA:Lkontrolle“ (Z. 34), nach denen sie sich vorgekommen sei „wie der letztI mensch“ (Z. 35). Die Fragen der Ärzte, so macht sie deutlich, lassen sie sich selbst die Frage stellen „was STIMMT mit mir nit?“ (Z. 37). Die Tatsache, dass diese Fragen überhaupt gestellt wurden, verweist darauf, dass etwas nicht stimmen „MUSS“ (Z. 38). Der kindlichen Verunsicherung stellt Lena nun ihre Reaktion im späteren Alter entgegen. Sie habe schließlich den Ärzten „das mal so MITteilt | dass das (.) nit OPTImal überechunnt“ (Z. 41, 42). Durch ihre Darstellung nimmt Lena eindeutige Selbst- und Fremdpositionierungen aus der Jetztzeit vor: Sie zeigt die Definitionsmacht der Ärzte über sie selbst als Kind, entlarvt ihr Vorgehen als unsensibel, und zeigt schließlich, dass sie die Mittel hatte, sich über die Fremddefinition hinwegzusetzen und (in späterem Alter) die Ärzte sogar zureichtzuweisen wusste.

Lena trifft eine Unterscheidung, die sich auf ihr Selbsterleben in der Kindheit bezieht: In ihrem eigenen Blick und in den alltäglichen Blicken der anderen sei sie immer „tOTAL norMA:L“ erschienen, die Narbe sei „einfach kei THEma“ gewesen. Erst der professionelle ärztliche Blick in den Spitalkontrollen, so stellt sie es dar, habe diese Übereinkunft (Mal für Mal) in Frage gestellt. Der fremde, ärztliche Blick wirkt despektierlich. Er lässt in Lenas Darstellung ihre Selbstwahrnehmung als „norMA:L“ wanken – wenn die Ärzte so fragen, „MUSS“ ja etwas nicht stimmen. Im ärztlichen Blick zeigt sich die Abweichung, das Nicht-Normale – er ist das Beweismittel dafür, dass mit ihr „etwas nicht stimmt“. Doch Lena übernimmt den fremden Blick nicht. Aus der erwachsenen Perspektive ironisiert sie den Ablauf im Spital und entlarvt damit die ärztliche Geringschätzung. Darüber hinaus setzt sie ihrer kindlichen Verunsicherung ihr souveränes älteres Selbst entgegen, das den Ärzten „MITteilt“, dass ihr Vorgehen „nit OPTImal überechunnt“. Lena zeigt damit einerseits die Macht, die dem fremden (ärztlichen) Blick in Bezug auf ihr Selbsterleben in der Kindheit zukam. Andererseits macht sie gleichzeitig deutlich, dass sie dieser Macht etwas entgegenzusetzen hat: Sie lässt sich nicht fremddefinieren, sondern nutzt die Situation im Interview sogar, um ihre eigene Souveränität sowie das psychosoziale Versagen der Ärzte deutlich zu machen.

Auch Sandra schildert im Interview, wie der fremde, ärztliche Blick zum „Diagnostikum“ wird: Er beweist die „Abnormität“ und Veränderungswürdigkeit ihres Gesichts.

Textstelle 8-37: Sandra prä {03:28-03:49}

01 S: und dann hat noch de:r (.) doktor ((Name)) hat noch gesAgt-
02 .hh jaa: woll_n sie da oben noch den Hö:CKer wEg-
03 und dann DACHT ich
04 <<lächelnd>U: uh sie nennen_s sElbst HöCKer (-)
05 ich hab eine HöCKer<<lachend>nAse> ((lacht))
06 dann DACHT ich uÄ:h (-)
07 °hh <<lachend>da hh. .hh> (--) dacht ich WIRKlich
08 ich MUSS es machen
09 I: [((lacht))]
10 S: [es ist (.)] wIrklich (.) ZEIT jetzt (-)
11 wenn nicht JETZT dann NIE
12 I: hm, _hm.
13 S: ja. (.) so WERD ich_s mAchen.

In Sandras Re-Inszenierung benennt der Chirurg klar und unumwunden den „Hö:CKer“ und bietet Abhilfe an. Er eröffnet die Möglichkeit, die Nase (und damit Sandra selbst) vom „Hö:CKer“ zu befreien. Damit ist der „Hö:CKer“ als veränderungswürdiges Problem etabliert: Im fremden, ärztlichen, damit „objektiven“ Blick zeigt er sich eindeutig als pathologische Diagnose. Sandra grenzt sich, anders als Lena, gegen diesen Blick nicht ab, sondern sie nimmt das Urteil als endgültigen Beweis für die Richtigkeit ihres eigenen Gefühls der Ablehnung. Sie identifiziert sich mit der Diagnose: „ich hab eine HöCKernAse“.

In beiden Darstellungen wird dem ärztlichen Blick Definitionsheftigkeit zugeschrieben. Der Umgang mit der Fremddefinition ist in beiden Schilderungen jedoch diametral unterschiedlich. Lena entlarvt den entwertenden fremden Blick als professionelle Fehlleistung und hebt dadurch ihre Normalität noch hervor. Sandra identifiziert sich hingegen ganz und gar mit dem diagnostischen Blick. Sie weist nicht zurück, sondern sieht ihn als Bestätigung für die von ihr selbst empfundene Notwendigkeit einer Veränderung.

Auch in Yvones Darstellung wird der fremde Blick nicht zurückgewiesen, sondern zum Beweis für die Veränderungswürdigkeit des Gesichts. Wie Sandra beruft auch Yvonne sich auf eine ganz konkrete Situation.

Textstelle 8-38: Yvonne prä {14:34-15:56}

01 Y: ich war Irgendwie an so_m (.) an so_m MUSIcal, (-)
02 ä:äh an so_m MUSIcal. (.)
03 so_m so_m MUSik open air (.)
04 so ROCK (.) äh (.) open aIr (-)
05 DU und da kam dann_n WILDfremder typ zu mir her und so:, (.)

06 und der hat mich dann irgendwie AA:H_quAtscht (.)
 07 bla bla bla und HIN und hEr (.)
 08 und setzt sich so zu mir A:Hne (.)
 09 und SAGT zu mir
 10 hEY GUCK mal auf die sEite (--)
 11 und ICH so
 12 WARUM? (-)
 13 ja ich möcht mal deinen rIesen zInken ANgucken (.)
 14 aber du hast ja wEnigstens schöne AUGen
 15 DES mAcht_s w!E!tt (--)
 16 ich war SO schockIert
 17 ich war SO schockIert
 18 ich hätt (.)
 19 WIRKlich
 20 am lIebschte wär ich UFFg_standE (.)
 21 und hätt dem die FACHI hAnd ins g_sIcht g_schlA:ge (.)
 22 WIRKlich
 23 am LIEBschte hätt ich_s g_mAcht (.)
 24 ich HÄTT g=sagt
 25 entSCHU:Ldigung aber Äh (.)
 26 wEr BISCHT du? (.)
 27 was erLAU:BSCHT du dir EIgentlich? (.)
 28 was bischt_n du für_ne UNverschämte pers0:n? (-)
 29 hÄTT mer dir kei beNEHme bI:brocht oder- (-)
 30 und WENN i=e groÖi nAse hab (.)
 31 na und dann b=hAlt=s doch für DICH (-)
 32 sowas dArf mer DE:Nke jA
 33 aber sowas SAIT mer doch kEI_m (-)
 34 des isch S0was von verLetzend
 35 und S0was von OberPEINlich oder? also; (--)
 36 jA ich bin FROH gsi
 37 dass es irgendwie KEIner so mIt_kriegt hätt ja?
 38 ich ha denkt
 39 HEY (.) mAnn;
 40 (2.0)
 41 Y: pAss einfach UFF jetzt oder? (--)
 42 <<veränderter Tonfall>jA
 43 des war so die LETZschde situatiOn.> (.)
 44 °hh un DO war für mIch der U:Sschlag gebendi punkt
 45 wo_n ich gsait hab
 46 SO und jEtzt. (.)
 47 jEtzt REICHTS. (---)
 48 KL!A!R (.)

49 der hätt RECHT (.)
 50 der HÄTT ja au rEcht (-)
 51 des SIEHT ja au fURchtbar Us
 52 ich find_s ja AU hässlich (-) ja? (.)
 53 aber da mUss ma_s mir doch nit noch SA:ge (-)
 54 ich WEIß es jo (-)

Yvonne beschreibt an dieser Stelle eine Situation, in der sie unerwartet einem bewertenden Blick von Außen ausgesetzt ist. Die Episode beginnt in einer potentiell völlig unbeschwerten Situation – auf einem „ROCK (.) äh (.) open aIr“ (Z. 04) wird sie von einem „wildfremden Typen“ (Z. 05) angesprochen, der sich schließlich zu ihr setzt. Doch es entwickelt sich kein Flirt – eine mögliche Weiterführung der Geschichte – sondern die Situation wird plötzlich zu einer schockierenden Konfrontation mit dem fremden Blick. In Yvones szenischer Darstellung benennt der „typ“ ihre Nase als „rIesen zInken“ (Z. 13), und stellt sie ihren „wEnigstens schöne[n] AUgen“ (Z. 14) gegenüber, die den Makel „w!E!tt“ (Z. 15) machen würden. Im Interview reinszeniert (und reaktualisiert) Yvonne ihre darauf folgende Reaktion: Sie wiederholt zunächst zwei Mal (wie unter Schock), sie sei „SO schockIert“ (Z. 16, 17) gewesen. Dann schildert sie mit hoher Involviertheit die wütende Reaktion, die sie „am lIebschte“ (Z. 20) gezeigt hätte: Zunächst einen physisch aggressiven Ausbruch (Z. 21), dann eine aggressive verbale Reaktion (Z. 25-31). Die (phantasierte) Erwiderung geht in eine Evaluation des Geschehenen über: Nicht allein der fremde Blick, die Verbalisierung dieses Blickes bedeutet für Yvonne die verletzende Grenzüberschreitung („sowas dArf mer DE:Nke jA | aber sowas SAIT mer doch KEI_m“). Das Aussprechen dessen, was der fremde Blick eingefangen hat, ist für Yvonne nicht nur verletzend, sondern bedeutet eine peinliche Bloßstellung. Es klingt in der Darstellung beinahe, als wären intime Details preisgegeben worden, und die Demütigung könnte nur davon getoppt werden, dass auch noch ein Dritter sie gehört hätte (Z. 36-37). Ab Zeile 42 macht Yvonne eine Wendung. Die geschilderte Situation nimmt sie nun als „U:Sschlag gebendi punkt“ (Z. 44) für eine Veränderung (im Zusammenhang mit dem restlichen Interview handelt es sich hier um die Schilderung eines Anlasses für den gesichtschirurgischen Eingriff). Sie nimmt schließlich den Blick des anderen in sich auf: Sie gibt dem fremden Blick recht und bewertet ihre Nase selbst als „fURchtbar“ (Z. 51) und „hÄsslich“ (Z. 52).

In Yvones Darstellung wird der Blick auf ihr Gesicht (bzw. auf ihre Nase) vom Gegenüber regelrecht eingefordert: Sie soll sogar noch ihren Kopf drehen, damit der „WILDfremde typ“ den „rIesen zInken“ besser sehen kann. Die eigentliche Situation schildert Yvonne dabei recht knapp, deutlich ausführlicher beschreibt sie ihre eigene (innere, fantasierte) Reaktion. Sie weist den Blick zunächst (in ihrer Fantasie) zurück, indem sie ihren Schock und ihre Wut deutlich macht und den anderen als „UNverschämte pers0:n“ disqualifiziert. Gleichzeitig zeigt sie ihre Verletzlichkeit: Der Blick des anderen beschämt sie zutiefst. An dieser Stelle vollzieht Yvonne eine Wendung. Sie weist den Blick nicht mehr zurück, sondern übernimmt ihn, wie Sandra, zum endgültigen Beleg für die Notwendigkeit einer Veränderung – es gibt keinen Aufschub mehr. Im letzten Schritt übernimmt Yvonne dann das Urteil des anderen nicht mehr nur, sondern übertrifft es mit ihren eigenen Adjektiven sogar. Der fremde Blick ist so verletzend, weil er ihr eigenes Urteil über sich selbst laut ausspricht und damit für alle anderen sichtbar macht.

Die szenisch-episodische Schilderung der konkreten Situation „Open Air Festival“ erscheint unter diesem Gesichtspunkt als anekdotische Belegerzählung für die soziale und psychische Unzumutbarkeit ihrer Nase.

Solche Belegerzählungen zum fremden Blick tauchen in vielen der Interviews auf. Sie erscheinen häufig weniger als singuläre Ereignisse als als illustrierende Darstellungen eines allgemeingültigen Sachverhalts (Schwitalla, 1991). Tatsächlich werden von den Interviewten eher selten konkrete Einzelerfahrungen geschildert. In Lenas Fall verweist die Episode auf das verstörende Potential des fremden Blickes und demgegenüber auf die eigene Souveränität im Umgang damit. In Sandras und Yvannes Darstellungen wurde der fremde Blick zur endgültigen Bestätigung der eigenen Abnormität und zum Anstoß einer Veränderung.

In den meisten Fällen werden – auch nach ganz konkreter Nachfrage – die Erfahrungen durch Iterationen und distanzierte Verallgemeinerungen als „typische“ Abläufe dargestellt. Der fremde Blick bekommt dadurch eine Macht zugeschrieben, die weit über singuläre Ereignisse hinaus weist. Frau Müller formuliert die Folge von Aussehen und Angesehenwerden als allgemeines Gesetz, als sozialen Automatismus, der verheerende persönliche Konsequenzen hat.

Textstelle 8-39: Frau Müller prä {01:58-02:18}

01 M: u:n das ist halt HEUT in der gesEllschaf
02 gesEllschaft schon so:: (.)
03 wenn man nicht so GANZ dem entsprI:cht (-) aah
04 ma_wird irgendwie blöd ANgeguckt
05 ma wird (.) blöd ANgesprochen
06 ma wird (.) ähm (-)
07 ja. (-) mein SELBSTbewußtsein ist eigentlich
08 auf dem TIEF punkt
09 also: (.) ganz (.)
10 ich HABE eigentlich kein (.) SELBSTbewußtsein

Frau Müller beschreibt in dieser Textstelle eine automatische kausale Abfolge von Reiz und Reaktion, die sie als gesellschaftliche Tatsache rahmt („:n das ist halt HEUT in der gesEllschaf | gesEllschaft schon so::“, Z. 01 02). Den Reiz definiert sie dabei nur implizit – es ist das abweichende Gesicht, aufgrundddessen man, wie sie elliptisch formuliert „nicht so GANZ dem entsprI:cht“ (Z. 03), also (so legt sie nahe) vom „Normalen“, Erwarteten abweicht. Als (unweigerliche) Konsequenz folgt nun in Frau Müllers Darstellung, dass man „blöd ANgeguckt“ (Z. 04), „blöd ANgesprochen“ (Z. 05) wird. Die Formulierung, die sie verwendet, ist frei von konkreten Handlungsträgern oder konkreten Betroffenen – sie erhebt Anspruch auf Allgemeingültigkeit. In Zeile 7 wechselt Frau Müller nun abrupt die Perspektive. Von der faktischen Beschreibung kommt sie auf ihre persönliche Betroffenheit zu sprechen: „mein SELBSTbewußtsein ist eigentlich | auf dem TIEF punkt“ (Z. 07, 08). Die sequenzielle Folge führt dazu, dass der allgemeine Prozess, den Frau Müller darstellt, als kausale Ursache für ihre persönliche Lage erscheint. Mit anderen Worten: Mit einem Gesicht wie dem ihren, das von den gesellschaftlichen Erwartungen abweicht, zieht man nun einmal immer und

automatisch (negative) Blicke und Reaktionen anderer auf sich, was in ihrem Fall zu einem völligen Verlust ihres Selbstbewußtseins geführt hat. Es sind die unvermeidlichen, automatischen „blöden“ Blicke von Außen, die ihr ganz persönlich die innere Sicherheit rauben.

In Frau Müllers Darstellung wirkt der fremde „blöde“ Blick wie von einer unbestimmten Allgemeinheit ausgesandt. Es gibt kein konkretes, möglicherweise als ignorant kritisierbares Gegenüber. Es gibt nur ein Gesicht, das nicht den Erwartungen entspricht, und eine unvermeidbare allgemeine negative Reaktion darauf. Die Faktizität der Darstellung des negativen Blicks lässt den darauf folgenden, nun als ganz persönlich formulierten Verlust von Selbstbewußtsein ausweglos erscheinen – solange ihr Gesicht so ist wie es ist, so stellt es Frau Müller dar, folgen die „blöden“ Blicke, und folgt der Verlust ihres Selbstbewußtseins.

Die Erfahrungen, die von den Interviewten geschildert werden, gleichen häufig den klassischen Beschreibungen von Stigmatisierungsprozessen (vgl. Cloerkes, 2000; Goffman, 1967/dt. 1975; Gray, 2002; Jacoby, 1994, siehe auch Abschnitt 1.2.3). Die Interviewten präsentieren sich mehr oder weniger stark als „Diskretitierte“ (Goffman, 1967/dt. 1975, S. 12, 56ff.): Die Abweichung ist durch die permanente soziale Sichtbarkeit des Gesichts für andere sofort evident. In sozialen Situationen drängt sie sich der Aufmerksamkeit der Interaktionspartner auf, stößt diese durch mit dem Merkmal gesellschaftlich (implizit) verbundene negative Assoziationen ab und überstrahlt andere Eigenschaften, die den Interviewten sonst noch zugeschrieben werden könnten (Goffman, 1967/dt. 1975, S. 13). Dem fremden Bick wird – in unterschiedlichem Umfang und mit unterschiedlicher Dramatik – das Potential zugeschrieben, die ganze Person auf das Gesicht oder den „abweichenden“ Teil ihres Gesichts zu reduzieren.

Herr Keller beschreibt in augenfälliger Parallele zu Goffmans Theorie die diskreditierende Wirkung des fremden Blickes und seinen persönlichen Umgang damit.

Textstelle 8-40: Herr Keller prä {08:59-09:37}

01 K: a:ber (--) s_isch natürlech scho:: e_so::
02 i ha:_äh (.) e FÜErigsposition gha im brUef °h (.)
03 und ha müesse vor LÜT Anesto:h
04 und ha m (.) de:ne müesse SAche erklÄ:re °h (.)
05 und ä:h EBe;
06 denn isch me natürlech im RAMPeliecht.
07 und °h (-) döt (-) we_me we_me nid so guet Usseht (.) da (--)
08 ja: (.) oder e MAKel het
09 <<schneller>sage mer e mol>
10 nähärte wird das GÄRN e chli A::beto; °h
11 denn mUess mes äbe mit ANDerne sache (--) ä::h_
12 ä_be (.) brueflichs CHÖnne (.) oder irgendwie s0; °h
13 chame so sAche (--) eliminIERe oder oder über (--)
14 verTUSCHe <<schneller>sage mer e mol.>

15 I: m_hm.
16 K: und dAs isch mer eigentlech IMMer glUnge

Herr Keller bezieht sich an dieser Stelle auf eine Situation, in der er auf besondere Weise den Blicken anderer ausgesetzt ist – er steht, aufgrund seiner „FÜErigsposition“, im „RAMPeliecht“. Seiner persönlichen Position stellt er einen allgemein formulierten sozialen Prozess gegenüber: Gerade in einer solch exponierten Stellung mindert der „MAkel“ im Gesicht das Bild, das die anderen von einem haben. Wie Frau Müller bedient er sich einer Tatsachenbeschreibung: Durch den Makel im Gesicht ist der Status als „Führungsperson“ in Frage gestellt – das Aussehen, das nicht dem Erwarteten entspricht, wird zum Stigma. Man wird, hier gleichen sich Herrn Kellers Darstellung und Goffmans Stigmatheorie, durch die offensichtliche körperliche Abweichung zum „Diskreditierten“, das Merkmal droht Macht auf die gesamte Person auszuüben. Die Konsequenz ist Herrn Keller zufolge nun, dass der Makel durch „brueflichs CHÖnne“ oder Ähnliches „eliminiert“ bzw. „vertuscht“ werden muss – der fremde Blick muss weg vom Gesicht hin zu den beruflichen Fähigkeiten gelenkt werden. Das ist es, was Herr Keller dem abwertenden Blick der anderen entgegenzusetzen hat: Es sei ihm „eigentlech IMMer glUnge“, seinen Makel durch sein Können wettzumachen, den Blick von außen also auf seine Fähigkeiten zu lenken. Herr Keller beschreibt einen Stigmatisierungsprozess, ohne sich zum Stigmatisierten zu machen.

Auch Frau Müller schildert an vielen Stellen im Interview Stigmatisierungserfahrungen. Dabei wechselt sie sprachlich immer wieder zwischen der Darstellung von allgemeinen, „typischen“ Abläufen und konkreten eigenen biografischen Erfahrungen.

Textstelle 8-41: Frau Müller prä {15:05-16:26}

01 M: scho:n (.) zum bEispiel (.) im JÜgendlichen Alter;
02 wenn man so das ERste mal Anfängt (.) so
03 in die diskotHEK zu gEhen
04 oder so:
05 (2.0)
06 M: ((schnalzt)) ä:h (--) solche situaTIOnen
07 wenn sie so LA:chen über dIch;
08 und (.) ä:h mich zum beispiel
09 MICH (.) ä:h (.) als BOXer (--) ä:h (.) beschImpft ha:ben
10 oder so:
11 oder (-) ä:hm (-) geHÄnselt halt s0: (1.0)
12 die sind SCHLIMM (.) weil_m (.)
13 ja man ist JUNG;
14 ma: (.) möchte sich (.) möchte sich auch vielleicht (-)
15 engaGIERen ode:r (-) ode:r (--) dAs sind solche (-)
16 ode:r (.) es gibt auch (--) ANDere situaTIOnen (.) egal (-) °h
17 ä:h im im (-) ((räuspert sich)) wenn man im URlaub ist
18 oder s0;

19 oder (-) die leute (--) die STARren einen richtig An
 20 und (-) °h und drehen sich UM (--) so (---)
 21 <<leise>ich h° (--)
 22 mein GOTT (-)
 23 aber> (--) ja (-) man MERKT_s ein (-) dIeses (-)
 24 einfach_chch (.) das geTUSCHEl
 25 und so: °h (-)
 26 und (---) es braucht WE:nig;
 27 wenn man wIrklich so kein (--) sElbstwertgefühl HAT? (-)
 28 das Einem eigentlich schOn einem genOmmen WURde (.) äh
 29 brAucht es WE:nig;
 30 ä:h (--) um mich noch MINderwertiger zu fü:hlen (-)
 31 man fühlt sich auch MINderwertig
 32 <<leiser>ja: (.) genAu (-) das ist das RIChtige wOrt>

Frau Müllers Darstellung changiert zwischen prototypischen Stigmatisierungserfahrungen und dem eigenen biografischen Drama. Das Gehänseltwerden bei den ersten Diskobesuchen, das Angestarrtwerden in fremder Umgebung, das Getuschel anderer sind kulturelle Folien, die Stigmatisierungserfahrungen plausibel abbilden. Gleichzeitig macht Frau Müller genau diese Situationen zu ihrer ganz persönlichen Tragödie: *Sie* ist die Protagonistin, *sie* wurde als „Boxer“ beschimpft, *sie* musste die Blicke und das Getuschel der anderen ertragen und *sie* ist es, die sich in der Konsequenz minderwertig fühlt. Hier spricht Frau Müller zudem einen weiteren Aspekt der Stigmatisierungserfahrung an. Scambler und Hopkins (1986) unterscheiden zwischen dem stigmatisierenden Verhalten anderer („enacted stigma“) und dem Gefühl, stigmatisiert zu sein („felt stigma“).²⁷ Frau Müller erklärt explizit, dass es für sie nur „wenig braucht“, um sich durch das Verhalten anderer „noch MINderwertiger“ zu fühlen. Sie macht dafür implizit (auch) die vergangenen Stigmatisierungserfahrungen verantwortlich: Das „sElbstwertgefühl“ sei ihr „genOmmen“ worden. Es sind nun in der Konsequenz nicht mehr nur die Blicke und Handlungen der anderen, sondern es ist ebenso die persönliche Verletzbarkeit, die biografisch durch ihre spezifische körperliche Abweichung und die sozialen Reaktionen darauf entstanden ist, die sie zur stigmatisierten Person macht.

Sowohl Frau Müller als auch Herr Keller stellen den negativen, diskreditierenden fremden Blick in allgemeingültiger Formulierung als automatische, unausweichliche Reaktion auf ein vom Erwarteten abweichendes Gesicht dar. Während es Herrn Keller jedoch gelingt, den zunächst auf Äußerlichkeiten gerichteten Blick auf seine inneren

²⁷ “Felt stigma (internal stigma or self-stigmatization) refers to the shame and expectation of discrimination that prevents people from talking about their experiences and stops them seeking help. Enacted stigma (external stigma, discrimination) refers to the experience of unfair treatment by others. Felt stigma can be as damaging as enacted stigma since it leads to withdrawal and restriction of social support.” (Gray, 2002)

Werte zu lenken, scheint Frau Müller unter dem fremden Blick (auf ihr Äußeres) schließlich (innerlich) sich selbst zu verlieren.

8.2.2 „Ich habe immer das Gefühl, die glotzen mir auf die Nase“: Der imaginierte fremde Blick

Es hat sich in den Interviews also gezeigt, dass dem fremden Blick große Macht zugeschrieben wird. Er ist Kriterium für Normalität und Abweichung, er beweist, dass ein Teil des Gesichts verändert werden muss oder stellt im klassischen Sinne eines Stigmas sogar die gesamte Selbstdefinition, den gesamten Selbstwert in Frage. In vielen der Interviews werden nun auch Mechanismen beschrieben, sich den fremden Blick von vornherein „vom Leib zu halten“. Er wird durch ganz unterschiedliche Techniken vermieden, ablenkt, abgeblockt. In diesen Fällen erreicht der fremde Blick das Gesicht gar nicht mehr unbedingt. In den Darstellungen wird nicht der „reale“ Blick von außen relevant gemacht, sondern der antizipierte, imaginierte, fantasierte Blick. Entscheidend ist, dass er dennoch in seinen *Auswirkungen* real dargestellt ist.

Sandra beschreibt ihre Versuche, den „Höcker“ auf der Nase für den Blick der anderen unsichtbar zu machen.

Textstelle 8-42: Sandra prä {01:27-08:19}

01 S: ich hab (.) jetzt (.) Immer (.)
02 die letzten (.) <<acc>SECHS jahre etwa
03 =geschaut dass man mich> NICHT von der sEite sIeht-
04 I: <<p>hm>
05 S: wenn jemand mit mir geFLIRTet hat-
06 dann hab ich geSCHAUT dass ich <<lachend>so: hingUcke>
07 und dann dass er das jA: nicht von der seite SIEHT,
08 °hh und in der schu:le ho: (.)
09 sITz ich jetzt zum beispiel ganz VORne, (-)
10 und ich muss nach RECHTS schauen (-) zum (-) ä:h
11 <acc>zu der LEHrerin> (.)
12 und all die HINTen
13 die seh_n mich von der SEite, (.)
14 und das stört mich SCHON ((lacht))
((374 Sek. Auslassung))
15 S: es fällt mir eigentlich in: (-) ALlen situati0:nen auf;
16 wenn ich (.) n:: (.) beim AUtofahren
17 =wenn ich nebendrAn sitze und EINSchlafe (.)
18 dann schlAfe ich nicht SO:: (.)
19 weil dann SIEHT man das alles
20 dann schlAfe ich SO: ((dreht den Kopf auf die Seite)) (.)
21 egAl wie beque (.) UNbequem es ist (-)
22 hAuptsach der nebendrAn <<lachend>sieht mich von VORne> °h (.)
23 ja: (-)
24 weil es sind sehr VIEle situati0:nen

25 wo ich mich eIgentlich nur noch auf die NA:se konzentrIere (--)
 26 und wenn mich jemand dann (.) im TRAM irgendwie lange Anschaut;
 27 °h (.)
 28 und mich vielleIcht (.) ja: ein momEnt (-) kUrZ HÜBSCH findet
 29 oder so: (-)
 30 <<lachend>dann schau ich halt SO:
 31 da °h damit er nIcht> °h dann beim vorBEIfahren
 32 die NA:se von der sEite sieht;
 33 also
 34 ich (-) konzentrIer mich <<pronunziert>exTREM> drauf (-) ja

Sandra beschreibt ganz konkrete Methoden, ihre Nase vor anderen möglichst unauffällig erscheinen zu lassen. Sie illustriert diese Methoden im Interview mit Bewegungen und Gesten. Sie zeigt, wie sie den Kopf dreht, damit der Blick des Flirtpartners, des Fahrers im Auto oder eines anderen Tramfahrers von vorne auf ihre Nase fällt und nicht von der Seite. Sie macht dabei verschiedene Dinge deutlich: Zum ersten, dass sie bereit ist, Mühen und Verrenkungen auf sich zu nehmen, um den Blick der anderen von der Seite ihrer Nase fernzuhalten. Zum zweiten, dass es keine einzelnen Vorfälle sind, sondern „sehr VIEle situati0:nen“, in denen sie diese Methoden anwendet. Zum dritten, dass sie verhindern will, dass einem kleinen Teil ihres Gesichts die Macht zukommt, den potentiell positiven Eindruck, den jemand von ihr im ersten Moment haben könnte (sie „kUrZ HÜBSCH“ zu finden), zu zerstören. Wie an anderen Stellen im Interview stellt Sandra auch im Hinblick auf die fremden Blicke weniger die Angst in den Vordergrund, negativ aufzufallen bzw. bewertet zu werden, als die Sorge, ihr eigentlich vorhandenes Potential könnte durch einen Teil ihres Gesichts überschattet werden. Entscheidend ist in Sandras Darstellung, dass es nicht die fremden Blicke sind, auf die sie sich permanent „konzentriert“, sondern es ist „die NA:se“. Aus ihrer Schilderung geht weder hervor, ob die anderen die Nase überhaupt wirklich anschauen, noch, ob sie diese, falls sie sie anschauen, tatsächlich negativ bewerten. In der einen Situation, in der sie die Blicke der anderen aufgrund des Arrangements im Klassenraum nicht verhindern kann, stört es *sie*, gesehen zu werden – was mit den anderen ist, bleibt unklar. Es ist Sandras eigene Vorstellung der Wirkung ihrer Nase, die sie dazu bringt, die Blicke anderer *von vorn herein* aufzuhalten.

Yvonne beschreibt ein ganz ähnliches Verhalten wie Sandra. Sie hebt als treibende Kraft vor allen Dingen ihr eigenes „gefühl“ hervor, „angeglotzt“ zu werden.

Textstelle 8-43: Yvonne prä {02:38-02:53}

01 Y: wenn ich an der Ampel steh
 02 un_e AUto steht parallel zu mir
 03 hab ich IMmer das gefühl (.)
 04 die GLOTzen mir alle auf die NA:se ja
 05 weil ich so ne RIEsen (.) so_n RIEsen rüssel hab (.)
 06 d_nn guck ich immer verschÄ:MT rüber,

07 oder hEb die HAND so hIn ja ((macht Geste)) s0
 08 I: hm_m
 09 Y: dass man des nicht SIEHT
 10 weil ich SCHÄ:M mich dafür totAl oder

Yvonne rückt ihr eigenes Erleben angesichts möglicher fremder Blicke in den Vordergrund. Auch sie beschreibt an dieser Stelle keine *realen* Blicke. Ihre (automatische) Reaktion (den Kopf zu drehen oder sich die Hand vor die Nase zu halten) *verhindert* mögliche Blicke, bevor sie überhaupt stattfinden können. Anders als Sandra legt sie die Betonung vor allen Dingen auf ihre eigene psychische Reaktion angesichts der Möglichkeit, von anderen angeschaut zu werden. Die Emotion, die sie als Erklärung für ihr Verhalten heranzieht, ist zutiefst sozialer Natur – es ist die *Scham*, die sie selbst angesichts ihres „Rüssels“ vor anderen empfindet. Sie antizipiert eine Blosstellung im fremden Blick und versucht diese durch das Verstecken ihrer Nase zu verhindern. Auch Frau Müller beschreibt ihre Versuche, die Wirkung, die sie selbst ihrer Nase zuschreibt, zu umgehen, indem sie sie vor den Blicken anderer versteckt.

Textbeispiel 8-44: Frau Müller prä {12:39-12:58}

01 M: ich bin TEILweise
 02 zum bEispiel bei VO:Rstellungsgesprächen (.)
 03 schon SO: gesEssen ((senkt den Kopf))
 04 ja
 05 I: m_hm
 06 M: ich hab IMmer geschAut
 07 dass ich diesem (-) <p>vielleICHT</p> zukünftigen Arbeitgeber
 08 gar nicht (-) gerAde ins geSICHT sehen musste;
 09 in der HOFFnung (--)
 10 dass er das nicht (-)
 11 das net so beMERKT
 12 oder (-) sieht
 13 °hh schlimm

Anders als Sandra und Yvonne bezieht Frau Müller sich an dieser Stelle nicht auf Alltagsmomente, sondern auf eine besonders prekäre Situation – das Vorstellungsgespräch. Auch sie demonstriert die Bewegung, die sie macht, um die untere Partie ihres Gesichts zu verstecken. Die Hoffnung, die sie damit verbindet, steht ambivalent zwischen Selbstschutz und Fremdschutz: Sie möchte das eigene Gesicht und damit sich selbst vor den fremden Blicken schützen. Gleichzeitig klingt auch an, dass sie den „vielleICHT zukünftigen Arbeitgeber“ vor dem Anblick ihres Gesichts schützen will – mit dem Ausruf „°hh schlimm“ inszeniert sie dessen mögliches Erschrecken oder Mitleid. Gerade die Situation „Vorstellungsgespräch“ wirkt durch die Darstellung auf doppelte Weise gescheitert. Aus der distanzierten Perspektive eines Aussenstehenden wird deutlich, dass es (wahrscheinlich) weniger das tatsächliche Aussehen ist, das eine

potentielle Gefahr darstellt, als Frau Müllers Verhalten: Sie sitzt mit gesenktem Kopf und abgewandtem Blick vor einem „vielleicht zukünftigen Arbeitgeber“. Sie verhält sich damit in quasi voraussetzendem Gehorsam tatsächlich wie eine stigmatisierte Person, weil sie einen möglichen Stigmatisierungsprozess *antizipiert*.

Die Darstellungen haben also gemeinsam, dass in ihnen keine tatsächlichen, realen Erfahrungen mit fremden Blicken zur Sprache kommen, sondern die Blicke der anderen *antizipiert* werden – es sind die verinnerlichten Anderen, an denen die eigenen Gefühle und das eigene Verhalten ausgerichtet sind. Wie sehr die „inneren fremden Blicke“ handlungsleitend werden können, beschreibt Frau Widmer an verschiedenen Stellen im Interview:

Textstelle 8-45: Frau Widmer prä {21:12-22:25}

01 W: das ist das ist STÄNDig dA: (-)
02 ich mache das (.) ä::h (---) nicht bewUSST;
03 und nicht UNbewusst (.)
04 ich WEISS nicht wie ich das mache;
05 aber das ist_
06 _das ist DA:
07 das ist die ganze zeit DA:
08 ich MUSS diese information nicht irgendwie (-) ä::h (.) ABRufen
09 sonst
10 die ist ständig DA;
11 egal wie ich mich bewE:ge
12 auch wenn ich von velo ABSpringe
13 und helm ANziehe
14 das ist IMmer diese bewEgung schon
15 NARbe zUdecken. (--)
16 und dass es hier Auch (-) zUGedeckt ist (.)
17 das ist schon °h (.) ja:
18 egal wo ich (.)
19 das ist schon diese irgendwi::e (---) moTORisch_ä::h (.)
20 ich WEISS <<lachend>nicht wie ihr das nENnt
21 in psychologi:e>
22 ((lachen beide))
23 entWICKelt
24 dass ich das schon HA:be
25 diese gewOHNheit
26 dass ich (.)
27 das MUSS SITzen;
28 I: mhm
29 (2.5)
30 W: <<all>und ab und zu> wenn ich mich so STütze (1.0)
31 und WEiB o:h jetzt ma: (.) jEmand (.)

32 sof0rt wenn ich das geMACHT habe denk
 33 oh jEtzt (.) jemand kann mein OHR sehen (--) dIng ((lacht))
 34 I: mhm
 35 W: das kommt SO:fort
 36 das ist IMMer präsEnt; (1.0)
 37 das KANN ich (-)
 38 das kann ich nicht °h (--)
 39 das kann ich nich (-) bewUSST (-) wEg machen; (-) ((schluckt))
 40 und mich fühlen normAL
 41 wie es NICHTS wÄre (-)
 42 das KANN ich nicht me:hr
 43 DENKe ich

Frau Widmer beschreibt einen Automatismus, der sie wie unter Zwang bestimmte Bewegungen ausführen lässt, um ihre Narbe vor fremden Blicken zu verdecken. In ihrer Darstellung tauchen die Blicke der anderen dabei nur noch ganz nebensächlich auf, wenn sie denkt „oh jEtzt (.) jemand kann mein OHR sehen“. Nicht die fremden Blicke erscheinen vornehmlich handlungsleitend, sondern der eigene Wunsch, die Narbe zu verdecken. Die Bewegungsfolge, die Frau Widmer beschreibt, erscheint in ihrem Automatismus wie verselbständigt und damit schon unabhängig von den Blicken. Es ist der von ihr selbst empfundene Verlust von Normalität, der „STÄndig dA:“, „IMMer präsEnt“ ist, der ihr Verhalten bestimmt und sie damit in letzter Konsequenz sogar von sich selbst entfremdet. Die Entfremdung, durch die der fremde Blick zur noch größeren Gefahr wird, beschreibt auch Frau Müller eindrücklich.

Textstelle 8-46: Frau Müller prä {04:25-05:04}

01 M: ich selbst hab ein kleines KIND (.)
 02 einen (.) SOHN
 03 der ist (.) VIERzehn monate alt (-)
 04 und ähm (--)
 05 ich hab ANGST wenn der größer wird und realisIert (1.5)
 06 dass sein mAma halt soo AUSSieht also (--) ja
 07 und dass ich halt SCHON hoff dass (.)
 08 äh dass ich NICHT (-)
 09 ich kann NICHT Ähm
 10 <<schmalzt>tz> (-)
 11 ich kann es nicht akzeptIEREN
 12 ich kann_s nicht ANnehmen
 13 äh ich ich (-) BIN noch nicht so weit dass ich könnte Sagen
 14 oKE (.) das bin ICH
 15 das (.) gehört zu MIR und ääh (-)
 16 s (.) das kann <<undeutlich, leise>(i nich)> he °hh (--) nein

In dieser Textstelle geht es um die „ANGST“ (Z. 05) der Erzählerin, „wenn“ ihr Sohn „größer wird und realisiert | dass sein mAmA halt soo AUSSieht“ (Z. 5-6). Frau Müller macht damit deutlich, dass ihr Aussehen etwas ist, das dem Sohn zwar *im Jetzt* noch nicht klar ist, das er *mit dem Größerwerden* – in der Zukunft – jedoch realisieren wird. Durch die Sequenzialität der Aussagen stellt sie einen direkten Zusammenhang zwischen dem Größerwerden des Sohnes und dessen Realisierung ihres Aussehens her: das eine kommt unweigerlich mit dem anderen. Zudem impliziert sie, dass es sich bei dem, was der Sohn realisieren wird, um etwas Negatives oder zumindest um etwas Außergewöhnliches handelt. Der Sohn wird nicht realisieren, *wie* seine Mutter aussieht, sondern *dass sie halt so* aussieht. Den folgenden Abschnitt (Z. 07-16) beginnt Frau Müller mit einer Suchbewegung (Z. 7-10), die in einem Perspektivwechsel resultiert: von der kindlichen Perspektive des Sohnes hin zu ihrer eigenen Evaluation „ich kann es nicht akzeptIEREN | ich kann_s nicht ANnehmen“ (Z. 11-12). Das, was sich dem Blick des Sohnes offenbaren wird („dass sein mAmA halt soo AUSSieht“), ist etwas, das sie selbst (noch) nicht als zu sich gehörig empfindet, von dem sie selbst zu diesem Zeitpunkt nicht sagen kann „OKE (.) das bin ICH | das (.) gehört zu MIR“ (Z. 14-15). Hier scheint eine Heilungsphantasie auf, die auf normative Weise dem psychologischen Diskurs entspricht: Von Akzeptanz wäre Heilung zu erwarten, man müsste das Gesicht „ANnehmen“ wie es ist und sagen können „das bin ICH | das (.) gehört zu MIR“. Dies nicht zu können, trägt den Duktus von persönlichem Versagen. Frau Müller weiß, wie es eigentlich gehen müsste, doch sie kann es trotzdem nicht.

Frau Müller bezieht sich auch an dieser Stelle nicht auf reale Blicke oder reale Stigmatisierungserfahrungen, sondern antizipiert den Blick ihres Sohnes auf ihr Gesicht. Sie impliziert dabei eine ganze Theorie, die in psychologischen Begrifflichkeiten gefasst Folgendes besagt: Der Sohn befindet sich aktuell in einem frühkindlichen Paradies der Verschmelzung mit der Mutter – er ist noch nicht alt genug, als dass er sie kritisch aus der Distanz betrachten könnte. Mit seinem Größerwerden wird er jedoch dieses Paradies verlassen, er wird (automatisch) an Distanz gewinnen und dadurch die Versehrtheit seiner Mutter als solche erkennen. Es ist ihre Fantasie über den zukünftigen Blick ihres Sohnes, die Frau Müller Angst macht. Der Blick, so macht sie deutlich, wird auf etwas fallen, das sie selbst als nicht zu sich gehörig empfindet, und er wird dem Sohn damit eine „andere“ Mutter zeigen, als er zu haben glaubte.

Weder Frau Widmer noch Frau Müller beschreiben tatsächliche Stigmatisierungserfahrungen bzw. Diskriminierungen („enacted stigma“), sondern ein internalisiertes Stigma, eine Selbst-Stigmatisierung („felt stigma“, zur Unterscheidung Scambler, 1998; Scambler & Hopkins, 1986). Der fremde, vielleicht tatsächlich stigmatisierende Blick ist jetzt „hereingenommen“. Er wird vorausgesetzt und als *Scham* oder eine bestimmte Erwartung zur Handlungsgrundlage bzw. zur Referenz für die Selbstwahrnehmung. Frau Kaymaz macht dieses Lavieren zwischen fremdem und eigenem Blick anschaulich.

Textstelle 8-47: Frau Kaymaz prä {34:07-34:48}

01 K: aber ich hab IMMER das Gefühl
 02 die Leute schauen automAtisch auf meine NA:se;
 03 weil irgendwelche auch gemerkt haben (.)

04 das was mit meiner Nase nicht stimmt. (--)
 05 und jetzt hab ich (.)
 06 weil ich SELber komplExe habe
 07 hab ich immer das gefühl sie SCHAUen mich auf die Na:se, °h
 08 sie denken (.) ja (.) ich hab ein schrÄgen NA:se. (1.0)
 09 aber dabEi (.) !WEISS! ich auch (.) im Inneren (.)
 10 nicht JEder achtet auf meine NA:se; (-)
 11 ich mein (.) ich hab (-) bei mir so VIEle positive Sachen (-)
 12 ich bin ein gUter MENSCH (.)
 13 wieso soll denn je:der auf meine NA:se schauen (--)
 14 vor allem einem MÄDchen (--) oder; (1.0)
 15 ich mein sie ist meine FREUNDin;
 16 <<monoton>ich bin mir so sicher
 17 dass meine Freundin jetzt nicht die ganze Zeit
 18 auf meine Nase schaut>
 19 und dass es IHR stÖrt
 20 dass ich ein schrägen Na:se habe.
 21 aber es stört ja MICH;
 22 und das ist für mich ein grund geNUG für alles

Frau Kaymaz führt ihr Gefühl, andere würden ihr „automatisch“ auf die Nase schauen, zunächst darauf zurück, dass „irgendwelche“ ja auch „gemerkt“ hätten, dass etwas mit ihrer Nase nicht stimme. Sie bezieht sich im ersten Schritt also auf tatsächliche Blicke und Reaktionen von anderen. Im zweiten Schritt erklärt sie, unverbunden mit der ersten Feststellung, dass ihr Gefühl daher resultiere, dass sie „SELber komplExe“ habe. Sie argumentiert dann auf rationaler Ebene gegen ihr Gefühl an: Sie wisse, dass nicht jeder auf ihre Nase schaue, wisse um ihre anderen Qualitäten, glaube nicht, dass ihre Nase für ihre Freundinnen wichtig sei. Aber, so schließt sie ihre Argumentation ab, es störe ja sie, und das sei „grund geNUG für alles“ – also auch für einen chirurgischen Eingriff. Frau Kaymaz nimmt die fremden Blicke dezidiert nach innen. Es können ihrer Argumentation zufolge nicht die echten Blicke von außen sein, die sie stören. Es ist die Vorstellung, angeschaut zu werden, und schließlich nicht einmal mehr das. Es ist der eigene Blick auf sich selbst, den sie nicht aushält.

In den Interviews wird somit etwas verhandelt, das in Identitätstheorien vielfach beschrieben ist: In unserem Ringen um Identität übernehmen wir die Blicke der anderen auf uns, wir verinnerlichen sie. Wie in Frau Kaymaz Darstellung geht es nur ganz zu Beginn um reale Blicke, dann findet ein Wechsel statt zu den Blicken, von denen man sich *vorstellt*, dass sie von den anderen kommen. Es ist schließlich nicht mehr trennbar: was erlebe ich tatsächlich an Blicken und Rückmeldungen, und was stelle ich mir vor, was fantasiiere ich darüber, *weil ich selbst mich so sehe?*

8.2.3 „Plötzlich nicht mehr wahrgenommen werden“: Der ausbleibende Blick

Der fremde Blick wird von den Interviewten nicht nur im Hinblick auf Stigmatisierungserfahrungen oder „Stigmatisierungserwartungen“ thematisiert. Eine

Stigmatisierung durch den fremden Blick bedeutet eine Abwertung oder Vernichtung der restlichen Eigenschaften einer Person aufgrund des Stigmas. Herr Kunert schildert seine Erfahrungen mit fremden Blicken aus einer ganz anderen Richtung. Er stellt sein Gesicht bzw. die Veränderungen seines Gesichts *nicht* im Hinblick auf die Gefahr dar, sie könnten als Stigma wirken (in seinem Fall als Stigma des Älterwerdens), sondern er beschreibt gerade das Ausbleiben von fremden Blicken als Problem:

Textstelle 8-48: Herr Kunert prä {06:11-07:09}

01 K: sie sitzen im ZU:G
02 ne ganz allTÄ:Gliche situatio:n (-)
03 es gab (.) pff vor ZEHN fünfzehn zwanzig JA:hren
04 iks (---) AUgenkontakte
05 zu: irgendwelchen LEuten
06 I: hm_M,
07 K: AUch (.) UN:aufgefordert (.)
08 plötzlich: (.) TRIFFT man sich
09 HEute sitzen sitzt ma im zUg drin:
10 u:nd (.)es
11 genAU so gut könnte da nIchts sitzen (--)
12 un des registrIeren sie natÜrlich
13 dass sie plötzlich nicht mehr WAHRgenommen werden (---)
14 net (.) weil sie nit gut DRAUF wÄren
15 ich hab mich WOHL gefühlt (.)
16 mir geht_s GU:T (.) ich bin g_sund (--)
17 HAB eigentlich alles
18 aber man wird als NEUtrum wAhrgenommen (-)
19 die identitÄt ist DA:
20 aber sie is nicht interesSANT für des Umfeld
21 <<leise>hmm>
22 des: (---)
23 desch_s das wAs: we ma älter wird auf ein ZU:kommt
24 ((lacht ganz leise))
25 (---)
26 u:nd des kann man NET einfach:
27 also ich kann net einfach: (.) WEG tun

Herr Kunert bezieht sich explizit auf eine „ganz allTÄ:Gliche situatio:n“ (Z. 02) – die Zugfahrt. Er beschreibt damit ein wiederkehrendes Geschehen, das er nicht als persönliche, biografische Erfahrung darstellt, sondern als allgemeinen Ablauf (durch den Gebrauch von „Sie“ und „man“ anstelle von „ich“): Vor „ZEHN fünfzehn zwanzig JA:hren“ (Z. 03) habe seine schiere Anwesenheit automatisch zu fremden Blicken geführt – „AUch (.) UN:aufgefordert“ (Z. 07) habe es „iks (---) k_AUgenkontakte“ (Z. 04) gegeben. Er kontrastiert diese Erfahrung mit dem aktuellen Zustand: „HEute sitzen_sitzt ma im zUg drin: | u:nd (.)es | genAU so gut könnte da

nichts sitzen“ (Z. 9-11). Es fällt auf, dass er in Zeile 11 die Formulierung „nichts“ verwendet, als ginge es nicht um eine Person, sondern einen neutralen Gegenstand. Das Nicht-wahrgenommen-Werden, so fügt er an, ist deutlich zu spüren. In Zeile 15 wechselt Herr Kunert relativ abrupt von der unpersönlichen Formulierung zum „ich“. Er betont, es gebe keinen Zusammenhang mit seinem Wohlbefinden, er habe sich insgesamt gut gefühlt. Damit tritt er implizit der Vorstellung entgegen, es gehe bei dem Nicht-wahrgenommen-Werden um ein „inneres“ Problem und nicht um ein Problem der Äußerlichkeit. In der Ich-Form spricht Herr Kunert nur an einer Stelle, in der es nicht um einen Verlust von Aufmerksamkeit geht, sondern darum, was er alles „hat“ (und dann noch einmal, wenn es um die Konsequenzen geht, siehe unten, Z. 27). Er wechselt dann wieder in die allgemeine Form: „man wird als Neutrum wahrgenommen“ (Z. 18) und schließt an seine Formulierung „genau so gut könnte da nichts sitzen“ an. Anschließend spricht er noch einmal den Unterschied zwischen Innerlichem und Äußerlichem an: Zwar ist die „Identität“ da (Z. 19) – das Innere stimmt, wie er vorher schon betont hat – doch sie sei „nicht interessant für das Umfeld“ (Z. 20). Das Innere reicht nicht, um von fremden Blicken wahrgenommen zu werden. Schließlich rahmt Herr Kunert den Verlust von fremden Blicken als eine menschliche Erfahrung, die jeden früher oder später trifft: „desch_s das was: we_ma älter wird auf ein zu:kommt“ (Z. 23). Die Interviewerin, die er damit implizit ihrer Zukunft gemahnt, reagiert mit einem Lachen, wodurch sie deutlich macht, dass sie sich durchaus angesprochen fühlt. Herr Kunert macht dann deutlich, dass dieser automatische Verlust der fremden Blicke zumindest für ihn persönlich nicht ohne Konsequenzen bleibt: „u:nd des kann man net einfach: | also ich kann net einfach: (.) weg tun“ (Z. 26,27).

In Herrn Kunerts Darstellung führt das Älterwerden automatisch zum Ausbleiben fremder Blicke und damit zu einer „Entgeschlechtlichung“. Dabei, so macht er deutlich, ist der „innere“ Zustand nicht entscheidend – es geht ihm gut, und die Blicke bleiben dennoch aus, eben weil er (und damit sein Gesicht) älter geworden ist. Die Konsequenz, die Herr Kunert schildert, ist verheerend: Nicht mehr angeschaut zu werden bedeutet für ihn, als unsichtbares Neutrum zu enden. Auch wenn dieses Schicksal jeden früher oder später trifft (auch die Interviewerin) – so macht er deutlich – kann er persönlich dies nicht einfach so hinnehmen.

Im Vergleich mit den realen und imaginierten Stigmatisierungserfahrungen, die in anderen Interviews geschildert werden, liegt die Kränkung in Herrn Kunerts Schilderung eben nicht im Gesehenwerden, sondern im Nicht-Gesehenwerden. Es ist der Verlust des einmal da gewesenen positiven Blickes, der ihn umtreibt, nicht die Angst vor dem negativen Blick. Vom Ausbleiben der Blicke sieht er gar seine gesamte Identität torpediert: Die von ihm geschilderte Bedrohung liegt in seiner sozialen Unsichtbarkeit und der damit einhergehenden geschlechtlichen „Neutralität“, nicht in der Offenbarung von etwas, das er selbst an sich nicht akzeptiert. Herr Kunert präsentiert sein Schicksal als ein allgemeines, das jeden irgendwann treffen wird. Sein Gesicht stellt er nicht als Stigma dar, sondern als Verbindungsstück zwischen ihm und den anderen. Das „Gesehenwerden“ ist unmittelbar mit seiner eigenen Existenz verbunden.

8.2.4 „Mein Gott, wie sieht’n des us!“, Der eigene Blick als „fremder“ Blick

Den fremden Blick auf das Gesicht zu thematisieren, bedeutet stets eine Distanzierung – es erfordert eine Perspektivübernahme im Erzählen. Doch auch die Thematisierung des

eigenen Blicks auf das Gesicht kann eine solche Distanzierung erfordern. Eine Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Gesichts ist kaum denkbar ohne die Antizipation der Wirkung des Gesichts auf andere, also ohne gleichzeitig den Blick der Anderen (wenigstens indirekt) mitzudenken. Die Interviewten müssen quasi aus sich heraus treten und eine fremde Position einnehmen, um sich selbst betrachten zu können (eine „Selbstbetrachtung aus fremder Position“ vornehmen). Eine Möglichkeit zu einer solchen Perspektivübernahme, die in den Interviews relevant gemacht wird, bietet der eigene Anblick auf Fotos.

Yvonne macht die Wirkung deutlich, die es auf sie hatte, sich selbst auf Fotos zu sehen:

Textstelle 8-49: Yvonne prä {10:42-11:05}

01 Y: aber EInes tAges
02 ist es mir halt mal exTRE:M Aufgefallen;
03 <<p>dacht ich (.)>
04 hm (--) KO:misch
05 also Entweder ich bilds mir EIN
06 oder das <<lachend>dIng wird irgendwie immer> GRÖßer; (1.0)
07 des sieht ja toTAL beschIssen aus; (1.0)
08 vor allem auf FOTOS hab ichs dann gesEhen;
09 da ist es mir erst bewUSST geworden; °h
10 nicht wo ich in_n SPIEgel geguckt hab; (1.0)
11 oder wo ich von ANderen drauf Angesprochen bin
12 ä::h gesprochen WURD

Yvonne distanziert sich sprachlich von ihrer eigenen Nase: „das dIng“, so formuliert sie, „sieht ja toTAL beschIssen aus“. Sie beschreibt damit einen Teil ihrer selbst, als wäre er etwas völlig Fremdes, und diese Distanz entsteht ihr zufolge durch die Selbstbetrachtung auf einem Foto. Stärker als beim Blick in den Spiegel oder sogar beim „drauf Angesprochen“ werden durch andere, bietet das Foto ein vermeintlich „objektives“ Bild. Eine Veränderung wird nicht sukzessive miterlebt wie beim täglichen Blick in den Spiegel, sondern sie zeigt sich plötzlich und unvermittelt. Anders als beim „drauf Angesprochen“ werden können die ungünstigen Aspekte kaum zurückgewiesen werden (z.B. indem man den Sprecher disqualifiziert). Auf dem Foto ist das Gesicht nicht mehr beweglich, es zeigt keine Regungen, ein ungünstiger Zustand verändert sich nicht mehr: Das Foto hält einen potentiell entblößenden Anblick ein für alle mal fest – es ist der „geronnene“, unveränderliche Blick von Außen.

Durch diese scheinbare „Objektivität“ des Fotos kann auch ein Gefühl der Entfremdung entstehen, wie Lena in ihrer Schilderung deutlich macht:

Textstelle 8-50: Lena prä {23:30-23:51}

01 L: <<zögerlich>es isch mer NID im SPIEgel ufgfalle->
02 es isch mer uf emne (.) FOTI ufgfalle;
03 (1.5)

04 GLAUB.
 05 I: hm_hm?
 06 L: und des SEHT mer halt denn eIfach oder,
 07 =du hEsch denn wie so zwei CHNORpel vOrne-
 08 und denn ICH so
 09 <<erstaunt>Ö:H? (.) i bi das jetzt wirklich I:> oder,
 10 (---)
 11 isch eigentlich so SCHLAGartig cho-
 12 mir isch des gar nid so bewUSST gsi
 13 dass sich das verändertet

Die Textstelle bezieht sich auf eine Nachfrage der Interviewerin, wie Lena die Veränderung ihrer Nase „ufgfalle“ (Z. 01) sei. Lena erklärt nun zunächst, wie sie überhaupt ihr eigenes Gesicht auf diese Art und Weise von außen beurteilen konnte: Sie antwortet, es sei ihr „NID im SPIEgel ufgfalle“ (Z. 01) – wie man als Hörerin zunächst vermuten könnte – sondern auf einem Foto. Lena gibt dann eine szenische Beschreibung der Situation und markiert dabei deutlich ihre Überraschung über das eigene Antlitz: Sie quittiert ihr eigenes Gesicht auf dem Foto in der szenischen Darstellung mit dem erstaunten Ausruf: „Ö:H? (.) i bi das jetzt wirklich I:“ (Z. 09). Diese Inszenierung von plötzlichem Erstaunen („isch eigentlich so SCHLAGartig cho-“, Z. 11) erklärt auch, warum das Spiegelbild als Herstellung von „Außenperspektive“ in der Erzählung nicht ausreicht. Der Blick in den Spiegel ist alltäglich und findet während einer prozesshaften Veränderung des Gesichts in der Regel so häufig statt, dass er sich an diese Veränderung anpassen kann.

Wie Yvonne stellt auch Lena den eigenen, plötzlich verstörenden Anblick auf dem Foto dem gewohnten Spiegelbild gegenüber. Das Foto führt auch in ihrer Darstellung stärker als der Spiegel dazu, dass sie eine „objektive“ Außenperspektive auf sich selbst einnimmt. Lena sieht sich auf dem Foto und erkennt sich kaum wieder: Ihr eigener Blick auf ihr Gesicht aus der fremden Perspektive erstaunt sie. Aus der fremden Perspektive, die der Blick auf das Foto bietet, kann sie einen neuen, distanzierteren Blick einnehmen, was für sie ein jähes Entfremdungserleben mit sich bringt. Erwartetes und tatsächliches Bild klaffen auseinander: Lena hat Schwierigkeiten, das äußere, fremde Bild mit dem inneren Bild von sich selbst in Übereinstimmung zu bringen.

Auch Yvonne macht das Befremden deutlich, das ihr eigener Blick auf ihr Gesicht aus der fremden Position des Fotos auslöst.

Textstelle 8-60: Yvonne prä {34:37-35:16}

01 Y: und dAnn kam dann dIe ZIT (.) wo irgendwie so:: (.)
 02 jo; (.) mIt (-) WEIß nit (.) drEI vIer fünfezwanzig
 03 da hocksch hat da irgendwie an jedem FESCHT
 04 und an jedere PA:ty umme und so (.)
 05 u:n (.) j0: were da_e da (.) F0tos g_macht und so
 06 und dann siehschte ma die F0tos
 07 und dann DENKSCH (-)

08 EY (--) mein GO::TT (-) wie sieht_n des Us eh
 09 des_sch ja ABartig
 10 ja gut ich mein Ich selber seh mich von de Site ja nIt
 11 I: <<leise>hm>
 12 Y: un wEnn ich mich DREH dann nur mit ei_m Aug oder?
 13 I: hmm
 14 aber wenn des dann ma rIchtig von proFI:L her si_sch
 15 vom SITEprofil
 16 EY ich bin erSCHROcke ja
 17 wo ich so die Erschte FOTOS gesehe hab
 18 denk <<betont>o: GOTT> (.) wie seht_n ich U:s eh
 19 des isch ja (.) ds_sch ja ÜBERgroß die nA:se oder, (.)

Yvonne beginnt diese Episode mit einer Einleitung, in der deutlich wird, dass sie den Beginn eines neuen Abschnittes beschreibt („dAnn kam dann dIe ZIT“, Z. 01). Sie gibt eine zeitliche Orientierung: Die folgende Schilderung handelt von der Zeit, zu der sie „drEI vIer fÜnfezwanzig“ (Z. 02) Jahre alt war. Yvonne bezieht sich also auf eine Situation in der Vergangenheit, der sie jedoch durch ihre sprachliche Ausgestaltung prototypischen Charakter verleiht. Im iterativen Präsens stellt sie eine wiederkehrende Episode dar („jedem FESCHT“, „jedere PA:ty“, Z. 03, 04), in der sie stets aufs Neue der Tatsache ausgesetzt ist, dass „da (.) FOTOS g_macht“ (Z. 05) werden. Von Z. 07-19 beschreibt Yvonne ihre Reaktion auf diese Fotos. Sie nimmt einen Blick von Außen auf sich selbst ein und reinszeniert ihre eigene erschrockene Reaktion auf das, was sie sieht. Dabei macht sie deutlich, dass erst der Blick aus der fremden Perspektive – nämlich der Fotoperspektive – ihr selbst das eigene Aussehen im ganzen, subjektiv verheerenden Ausmaß klar macht. Sie zitiert ihren eigenen Gedanken in direkter Rede: „EY (--) mein GO::TT (-) wie sieht_n des Us eh | des_sch ja ABartig“ (Z. 08, 09). Mit diesem (gedanklichen) Ausruf macht Yvonne ihr damaliges plötzliches Erschrecken über den eigenen Anblick deutlich. Ihre dramatische Reaktion hat einen entfremdeten Charakter, das, worauf sie blickt, wirkt völlig von ihr getrennt. Yvannes spontane emotionale Bewertung des eigenen Anblicks ist verheerend – sie positioniert ihr Gesicht als Auslöser einer Reaktion, die Entsetzen und Ekel widerspiegelt. Durch die Reinszenierung des Ausrufs erreicht sie, dass die Zeit zwischen der damaligen Episode und der aktuellen Gesprächssituation überbrückt ist – im Moment des Erzählens erscheinen Entsetzen und Abscheu aktualisiert und damit noch immer gültig. Yvonne betont dann noch einmal explizit das eigene Erschrecken (Z. 16) und reinszeniert ein zweites Mal detaillierter ihre eigenen Gedanken. Nachdem sie beim ersten Mal ihren gesamten Anblick als „abartig“ titulierte, schränkt sie nun ihre Bewertung ein, indem sie zum ersten Mal explizit das Problem benennt: „des isch ja (.) ds_sch ja ÜBERgroß die nA:se oder“ (Z. 19).

Yvonne bettet in dieser Textstelle ihren eigenen Blick auf sich selbst in die Darstellung einer Außenperspektive ein: Rahmen für ihre Schilderung ist eine *soziale* Szene (Fest, Party), bei der sie sowieso schon fremden Blicken ausgesetzt ist, und bei der sie auch noch fotografiert wird, was ihr einen Blick auf sich selbst gewährt, wie ihn normalerweise nur die Anderen haben. Sie (re-)inszeniert die emotionale Auswirkung ihres eigenen Blicks auf ihr Gesicht aus der fremden Perspektive: Sich selbst wie durch

die Augen der Anderen zu sehen, ruft bei ihr Erschrecken und Ablehnung, gar Ekel hervor.

Sandra stellt einen anderen Aspekt der Betrachtung von Fotos in den Vordergrund. Sie macht die Doppelung der Perspektive deutlich, die dadurch entsteht, dass sie gemeinsam mit anderen sich selbst auf Fotos sieht.

Textstelle 8-61: Sandra prä {21:49-22:23}

01 S: also (.) bei f0:tos ist dann eigentlich GANZ ganz schImm
02 ((lacht))
03 wenn mein freund (-) f0:tos auf (.) von der SEite macht
04 und ich dann auch noch (-) SO: lAche
05 dann (.) dann gibt es (.) einen richtigen BO:gen nach unten
06 vom LÄCHeln (-)
07 und dann (.)
08 schauen wir meistens die f0:tos auf dem GRossen bildschirm an;
09 und dann sitzen wir vielmals viel kolLEgen zusAMmen
10 und schauen dann die FERienfotos an; °h
11 hh° und da wird <<lachend>ich rIchtig SAUer> (-)
12 also ich kann das GAR nicht anschauen (.)
13 ich muss dann sofort WEIter drücken
14 und dann (.) bei geLE:genheit
15 wenn_s mein frEuNd dann nicht SIEHT
16 die f0:tos Löschen
17 er ist dann immer SAUer
18 aber das ist mIr eGA:L

Sandra macht in diesem Interviewausschnitt die verstärkende negative Wirkung deutlich, die Fotos für ihren eigenen Blick auf sich selbst haben. In ihrer sprachlichen Darstellung klingt es sogar, als würden die Fotos zu den von ihr unerwünschten Eigenschaften ihrer Nase noch beitragen – als entstünde der „Bogen“, den ihre Nase macht, erst durch die Tatsache, dass sie von der Seite fotografiert wird. Die Fotos als „Beweise“ dieses Zustandes dann auch noch in Gesellschaft anderer zu betrachten, stellt Sandra als emotionale Zumutung dar: Der eigene Blick auf das fotografisch festgehaltene Gesicht zeigt ihr, was die anderen in dem Moment auf doppelte Weise (in „Echt“ und auf dem Foto) sehen, und das ist Sandra zugefügt kaum auszuhalten. Sie muss die Fotos verschwinden lassen, sei es durch „weiter drücken“ oder durch „löschen“. Um den Wunsch, die Fotos als Beweise der eigenen „Unzulänglichkeit“ zu vernichten, geht es in vielen der Interviews. Die Befragten werden wütend, wenn Fotos gemacht werden, sie verlangen, dass diese vernichtet werden oder vernichten sie heimlich selbst. Fotos halten etwas für die Ewigkeit fest, das sich im Moment der Aufnahme der eigenen Kontrolle entzieht – und dies entsprechend „für immer“ tut, es sei denn, man vernichtet sie. Frau Müller macht deutlich, dass die Angst vor dieser „Ewigkeit“ möglicher Fotos sie gar an fundamentalen Lebensentscheidungen hindert.

Textstelle 8-62: Frau Müller prä {05:07-05:28}

01 M: n_n so!GAR! (-) mein lebenspartner möchte (-)
02 wü würde mich auch sehr gerne HEiraten
03 aber ich habe !ANGST!
04 ich sage immer NEIN weil (.)
05 weil ich habe !ANGST! (.)
06 vor den F0tos
07 I: hm_hm
08 M: es ist eigentlich paraDOX gE (.) Aber °hh
09 wir haben BEIde eigentlich angst vor diesen f0tos
10 die dann (.) entstehen würden (.) das
11 mit diesem geSICHT net

Frau Müller bezieht sich hier auf den Wunsch ihres Lebenspartners, sie zu heiraten, und die „angst vor diesen f0tos | die dann (.) entstehen würden (.) das | mit diesem geSICHT net“ (Z. 09-11). Indem sie zunächst zwei Mal wiederholt „ich habe !ANGST!“ (Z. 03, 05) und dann noch erweitert „wir haben BEIde eigentlich angst“ (Z. 09) macht sie deutlich, dass diese (in einer möglichen Zukunft) entstehenden Fotos sowohl für sie wie auch für ihren Lebenspartner bedrohlich wären – und zwar so bedrohlich, dass sie Grund genug sind, eine Heirat abzulehnen. Die Tatsache, dass bei einer möglichen Hochzeit Fotos – wie auch immer – entstehen würden, setzt Frau Müller als gegeben voraus. Im kulturellen Verständnis, so folgern wir, verlangen gerade Hochzeitsfotos nach äußerlicher Perfektion. Der Ausdruck „diesen f0tos“ (Z. 09) weist darauf hin, dass die Interviewte genau hier eine Kontrastierung vornimmt: zwischen dem, was Hochzeitsfotos normativ abbilden sollen, und der Realität von „diesen f0tos | die dann (.) entstehen würden (.) das | mit diesem geSICHT“.

Auch hier geht es um Blicke von außen: Fotos, die auf einer Hochzeit entstehen würden. Es ist in Frau Müllers Darstellung nicht die Hochzeitssituation an sich, die das Problem darstellt, sondern es ist das auf den Hochzeitsfotos für die Ewigkeit festgehaltene Aussehen: Der geronnene, zementierte Blick von außen auf „dieses Gesicht“ – die fotografische Manifestation der Abweichung von der erwarteten Perfektion – lässt sie wieder und wieder den Heiratsantrag ihres „Lebenspartners“ ablehnen.

Es sind nicht nur Fotos, die den Wechsel vom eigenen zum fremden Blick veranlassen. Es gibt sprachliche Mittel, die von den Interviewten genutzt werden, um diesen Perspektivwechsel auf anderem Wege zu vollziehen. In Herrn Kellers Darstellung wird die emotionale Bedrohlichkeit des eigenen Anblicks erst deutlich, als er sich vorstellt, aus seiner eigenen Perspektive heraus einen anderen Menschen mit ähnlich schwerer „Entstellung“ zu betrachten.

Textstelle 8-63: Herr Keller prä {11:00-11:37}

01 I: wie ist es denn für sie SELBST
02 wenn sie in den SPIEgel schauen?
03 K: ((schmatzt)) ich bin natürlech dr A:blick efang gwö:hnt (-)

04 aber ä:h (.) ich muess scho SA:ge
 05 äh (.) ich wett AU äh (.) äh
 06 wenn ich jetzt (-) mI NID würd kenne
 07 und denn s0 öpper würd SE:H (-)
 08 de wäri Au irgendwie beFANGe. (--)
 09 mir giengs AU eso (---) °h
 10 das isch genAu glych (.) wie wenn öppert (.) äh (.) en ARM ab het
 11 oder irgendwie e so: °h (--)
 12 äh (---) es duet eim irgendwie (.) äh fascht LEID (--) dEnn (-)
 13 also (-) mir (.) MIR gohts eso

Herr Keller antwortet auf die sehr direkte Interviewfrage, wie es für ihn sei, wenn er in den Spiegel schaue (Z. 1 und 2) zunächst mit der Aussage, er sei „natürlech dr A:blick efang gwö:hnt“ (Z. 3). Sowohl in der Interviewfrage als auch in der Antwort wird dabei implizit deutlich, dass der Blick in den Spiegel durchaus Anlass für eine Problematisierung bietet. Herr Kellers Formulierung „dr A:blick“ ist unpersönlich und verweist auf eine potentiell unangenehme Szenerie (im Sinne von: „den Anblick hätte ich mir gerne erspart“). Anstatt sein eigenes Spiegelbild an dieser Stelle jedoch direkt zu bewerten, verweist Herr Keller auf die Gewöhnung – wobei deren konkreter Effekt implizit bleibt. Herr Keller umgeht damit zunächst – vielleicht im Sinne eines face-works angesichts der potentiell gesichtsbedrohlichen Interviewfrage – eine direkte Bewertung des eigenen Anblicks. Er nimmt jedoch anschließend einen Perspektivwechsel vor, indem er den hypothetischen Fall beschreibt, er würde sich selbst (bzw. seinen Anblick) nicht kennen. Er kommt zu dem Schluss, dass er „Au irgendwie beFANGe.“ (Z. 08) wäre, wenn er „s0 öpper“ (Z. 07) sehen würde. Die Formulierung „s0 öpper“ ist dabei noch distanzierter und abwertender als das vorangegangene „dr A:blick“. Indem Herr Keller seiner eigenen imaginierten Reaktion ein „auch“ hinzustellt (Z. 05, 08), macht er gleichzeitig deutlich, dass die Anderen bei seinem Anblick durchaus befangen reagieren. Schließlich stellt Herr Keller noch seine eigene potentielle Reaktion auf jemanden dar, der „en ARM ab het“ (Z. 10). Dabei nimmt er dieses Beispiel als direkten Vergleich mit seiner eigenen Situation („das isch genAu glych (.) wie wenn öppert (.) äh (.) en ARM ab het“, Z. 10). Er beschreibt seine Reaktion auf einen solchen Anblick als mitleidig: „es duet eim irgendwie (.) äh fascht LEID (--) dEnn“ (Z. 12). So erreicht Herr Keller, dass er schließlich doch seinen eigenen Anblick indirekt mit einer emotionalen Bewertung aus seiner eigenen Perspektive versehen hat: so jemand, wie er selbst es ist, würde sein Mitleid erregen.

Herr Keller nimmt in dieser Textstelle einen zweifachen Perspektivwechsel vor. Zunächst macht er deutlich, dass sein Spiegelbild ihn – isoliert betrachtet – nicht besonders beeindruckt. Er selbst hat sich an seinen Anblick „gwö:hnt“. Daraufhin versetzt Herr Keller sich in die Perspektive der Anderen, um zu dem Schluss zu kommen, dass aus deren Sicht angesichts seines Anblicks allerdings ein Grund zur Befangenheit besteht. Er macht dann einen weiteren Perspektivwechsel, indem er wiederum aus seiner eigenen Perspektive heraus begründet, beim Anblick anderer Menschen mit einer vergleichbaren „Behinderung“ – hier setzt er sein Rhinophym mit einer Armamputation gleich – selbst auch Mitleid zu empfinden. Diese darstellerische

„Schleife“ führt dazu, dass Herr Keller schließlich doch sich selbst aus der fremden Perspektive als mitleiderregend bewertet. Was im eigenen Blick zu gesichtsbedrohlich erscheint (eine Selbstbewertung als mitleiderregend), wird aus dem fremden Blick erzählerisch möglich.

Frau Müller stellt ihre eigene emotionale Reaktion auf ihr Spiegelbild als das entscheidenden Moment dar, zu dem sie die Reaktionen der Anderen auf ihren Anblick plötzlich zu verstehen glaubt.

Textstelle 8-64: Frau Müller prä {06:33-07:39}

01 I: sie haben erzählt (.)
02 das fand ich ganz spannend
03 dass si:e (-)
04 dass es so einen ZEITpunkt gA:b (-)
05 wo sie sich (-) wo sie es selber beMERKT haben
06 dass sie ANDers Aussehen
07 M: geNAU
08 I: können sie sich (-) DA noch erInnern?
09 können sie [da was zu erzählen]
10 M: [ja SCHON ja]
11 ich GUCKte in den spIegel
12 h:::a (--) was IST dAs;
13 was ist_d (.)
14 ich hatte dAnn EIgentlich
15 nur di:e (.) NARbe an der Oberlippe
16 eigentlich °h
17 und die nAse war nicht gAnz so:: (-) schön modellIert wie SONST
18 net (.)
19 aber es WAR eigentlich auch net schlImm
20 ich war (.) HATte
21 hAbe ja eigentlich noch mit dem gAnzen noch relativ GLÜCK
22 dass ich °h (-) dass (.) MEIne lippenspalte nicht so Ausge (.)
23 prÄgt wa:r (.)
24 wie man sie (.) SONST (.) auch (.) kEnnt net
25 <<p>auch noch kennt<</p>
26 ja und das war eigentlich SCHON (.) gAnz (.) schlImm und (.) äh
27 (-)
28 ich glaube erst dAnn auch wie ich SELBST bemerkt hab (.)
29 dass ich ANDers bin °h (-) oder anders aussch (.) aussehe (-)
30 ä:h (-) hab ich erst (--) diese: (-) diese: spotterEien und so
31 WAHRgenommen
32 eigentlich (--) erst DANN (-)
33 dass sich das auf !MICH! bezieht
34 dass es (--) ja (---) das MICH betrifft oder dass (--) ja

Die Interviewerin setzt hier mit einer Frage ein, die sich auf eine frühere Passage im Interview bezieht. Sie paraphrasiert dabei zunächst, Frau Müller habe „erzählt“ (Z. 01) „dass es so einen ZEITpunkt gA:b“ (Z. 04) wo sie selbst „beMERKT“ (Z. 05) habe, dass sie „ANDers“ (Z. 06) aussehe. Frau Müller bestätigt die Paraphrase (Z. 07), woraufhin die Interviewerin sie auffordert, von diesem Zeitpunkt zu erzählen (Z. 08-09). Frau Müller greift die Aufforderung direkt auf und beginnt mit einer Reinszenierung ihres Erschreckens oder gar Entsetzens beim Blick in den Spiegel (Z. 11-13). Sie bettet diese Reinszenierung nicht ein – sie gibt keinerlei Orientierung über Zeit und Ort des Geschehens. Der Blick in den Spiegel scheint aus dem Nichts zu kommen und führt zu einer heftigen emotionalen Reaktion. Deren Reinszenierung im Interview wirkt wie eine Reaktualisierung – das Entsetzen, so scheint es, ist noch immer aktuell. Interessanterweise schiebt Frau Müller dann von Z. 14-25 eine Erklärung nach, in der sie der Interviewerin erläutert, dass aus der Perspektive der Erzählzeit, also der momentanen Interviewsituation, der damalige Anblick eigentlich „net schLIImm“ (Z. 19) sei. Dieser Einschub ist vor dem Hintergrund der langen OP-Geschichte der Patientin zu verstehen (siehe Anahng B), bei der es zu einer stetigen Verschlechterung sowohl des kosmetischen als auch des funktionalen Ergebnisses kam. In Zeile 26 wechselt Frau Müller wieder in die Perspektive der erzählten Zeit – von der aus sie das Erlebnis der emotionalen Reaktion beim eigenen Anblick (damals ohne Wissen über den weiteren Verlauf) quasi im Widerspruch zur vorangegangenen Aussage eben doch als „schLIImm“ (Z. 26) bezeichnet. Von Z. 28-34 beschreibt Frau Müller nun die Auswirkung dieser Schlüsselsituation. Erst als sie ihre Andersartigkeit „SELBST bemerkt“ (Z. 28) habe, habe sie die „spotterEien“ (Z. 30) der anderen wahrgenommen und auf sich bezogen. Es fällt auf, dass Frau Müller ihr Anderssein zunächst als weite Kategorie fasst („dass ich ANDers bin“, Z. 29) und dies erst im zweiten Anlauf einschränkt („oder anders aussch (.) aussehe“, Z. 29).

Frau Müllers reinszeniert ihre emotionale Reaktion auf das eigene Spiegelbild in einer zeit- und raumlosen Situation der Vergangenheit. Sie macht ihr eigenes Erschrecken beim Blick in den Spiegel deutlich und begründet es mit dem erstmaligen Erleben von Differenz: Sie stellt erschrocken fest, dass sie „anders ist oder anders aussieht“ als die anderen. Diese Erkenntnis führt in Frau Müllers Darstellung direkt zu einer weiteren Erkenntnis: Erst jetzt, wo sie um ihre Andersartigkeit weiß, wird ihr klar, dass die Anderen sie verspotten (und auch der Spott der Vergangenheit auf sie gerichtet war). Es ist also auch hier der Perspektivwechsel vom eigenen zu fremden Blick, der zu der eigenen emotionalen Bewertung des Gesichts und dem damit verbundenen Erschrecken über die eigenen Andersartigkeit führt. Erst vor diesem Hintergrund der eigenen emotionalen Bewertung bekommt der Blick der Anderen für Frau Müller seine Bedeutung.

8.2.5 „Sie haben mich auch gleich erkannt“: Der Blick der Interviewerin

An dieser Stelle soll abschließend noch auf die (unter Kapitel 1.3, 2.3 und 4.1 schon erwähnte) Besonderheit hingewiesen werden, dass der fremde Blick auf das Gesicht auch in der direkten Kommunikationssituation des Interviews eine besondere Rolle spielt. Die in den bisherigen Abschnitten dargestellten sprachlichen Verhandlungen des fremden Blickes sind aufgrund der Fragestellung der Interviews auf besondere Weise mit der der Hier-und-Jetzt-Situation im Interview verbunden: Darstellungen des Gesichts sind im Hinblick auf die Interviewsituation nicht „neutral“. Das Gesicht, über

das *gesprochen* wird, ist auch in der Situation des Interviews „da“. Damit bekommt die inhaltliche Aussage auch einen *performativen* Aspekt: Sie bezieht die Interviewerin als Beurteilungsinstanz indirekt mit ein, denn sie *verkörpert* im Moment des Interviews den fremden Blick, über den gesprochen wird.

Implizit zeigt dies an ganz unterschiedlichen Stellen:

- in der Schwierigkeit, überhaupt Interviewpartnerinnen zu gewinnen (siehe Abschnitt 5.1.2),
- in der „Zähigkeit“ der Erzählungen und den dadurch notwendigen Nachfragen der Interviewerin (siehe Abschnitt 5.3.2),
- in der Art und Weise der sprachlichen Darstellungen, beispielsweise:
 - o durch sprachliche „Abspaltung“ des problematischen Teils des eigenen Gesichts (siehe Abschnitt 8.1.1),
 - o im schmalen Grad zwischen den (zur Begründung des Operationswunsches notwendigen) Problematisierungen des Gesichts und den gesichtswahrenden Entproblematisierungen (siehe Abschnitt 8.1.5),
 - o im Umgang mit der Darstellung von Stigmatisierungen, beispielsweise indem die Interviewten „allgemeingültige“ Abläufe und Probleme schildern (siehe Abschnitt 8.2.2), was als Bewältigung der beschämenden Situationen verstanden werden kann,
 - o durch die Einbeziehung der Interviewerin in das allgemeine Problemfeld, wie dies Herr Kunert im Interview macht (siehe Abschnitt 8.2.3 und 8.3.2).

Im Folgenden werden zudem einige Textstellen betrachtet, in denen der Blick der Interviewerin explizit adressiert wird. Dies geschah in den Interviews selten, am ehesten zu demonstrativen Zwecken (wie im postoperativen Interview mit Frau Widmer: „darf ich zeigen“ (post, 10:13). So weist Yvonne die Interviewerin auf ein Problem hin, das sie postoperativ an ihrem eigenen Gesicht identifiziert hat.

Textstelle 8-65: Yvonne post {03:48-04:01}

01 Y: du siehst DAS hier
02 I: nee
03 Y: ni[cht,]
04 I: [WAS]denn?
05 Y: guck mal geNAU da ist (.) die eine seite ist
06 I: O:[kee]
07 Y: [hIer] ist es dicker als da
08 I: ahA
09 Y: dir fällt_s wahrSCHEINlich nicht auf

An dieser Stelle findet ein Aushandlungsprozess statt: Yvonne macht die Interviewerin auf etwas an ihrem Gesicht aufmerksam, das sie für offensichtlich zu halten scheint. Sie geht in ihrer Formulierung davon aus, dass die Interviewerin sieht, was sie meint. Die Interviewerin reagiert nicht erwartungskonform. Sie weist durch ihre Reaktion die Offensichtlichkeit des Merkmals zurück.

Kommunikativ ist die Interviewerin in diesem Moment in der prekären Situation, ein zumindest partielles Misslingen des Eingriffs bezeugen zu sollen. Es wird deutlich, dass das direkte „du siehst DAS hier“ potentiell für *beide* Seiten (die Interviewte und die Interviewerin) gesichtsgefährdend ist. Für Yvonne besteht die Gefahr, als tatsächlich „schlecht operiert“ bestätigt zu werden oder, im anderen Fall, mit ihren Ansprüchen als „übertrieben“ darzustehen. Für die Interviewerin kann die Situation insofern zu Beschämung führen, als sie sich gegenüber dem Gesicht der Interviewten direkt positionieren muss. Geht sie mit deren Problematisierung einher, läuft sie Gefahr, die Interviewpartnerin zu diskreditieren. Weist sie die Problematisierung zurück, kann sie als unsensibel oder lügnerisch erscheinen. In allen Fällen wird sie zu einem Exemplar der zuvor als problematisch geschilderten „anderen“, durch deren (reale oder imaginierte) Reaktionen das Problem erst entstanden ist.

Herr Keller zieht die Interviewerin präoperativ als Beweis für die Offensichtlichkeit seines „problems“ heran:

Textstelle 8-66: Herr Keller prä {18:44-19:23}

01 I: war das für si:e irgendwie HEMMend
02 oder SCHWIERig
03 dann auch so diesen (--)
04 das den (.) medizinischen BLICK
05 sag ich mal so
06 PREISzugeben
07 also dass er geSAGT ha
08 <<acc>na man SIEHT ja schon mit was für einem problEm sie hier>
09 K: nei GAR nid.
10 I: gar nicht;
11 K: GAR nid.
12 wil ich bi mer voll bewUSST °h (-) wa (.) was_s proble:m isch und
13 alles
14 und i (.) ich (--) jo
15 will (-) ich ha mi SO vil dermit befAsst;
16 also: (-) isch_s für MI eigentlich (-)
17 isch mir gAnz KLAR- (-)
18 won_Är i::ne cho isch und das GSEIT het (.)
19 han_ich grAd gwüsst °h (.)
20 e jo::
21 isch jo KLA:R (.)
22 me SEHT_S so::; (-) ((schmatzt))
23 sie hän mi au soFORT kennt
24 ((lacht))
25 I: nA: ja (.) ich hab AUSSchau gehalten
26 ((lacht))

Auf die Frage der Interviewerin nach dem „medizinischen BLICK“, antwortet Herr Keller mit der Feststellung, es sei ihm „voll bewusst“ gewesen, „was_s problem isch und alles“. Der medizinische Blick – die Aussage des Arztes (von der Herr Keller zuvor erzählt hatte), man sehe ja schon „mit was für einem problem“ er da sei, hat ihm demnach nichts Neues eröffnet. Er weist damit auch einen Gesichtsverlust bzw. eine Beschämung durch die Aussage zurück: Ihm wurde nur etwas Offensichtliches bestätigt. In Zeile 23 bezieht Herr Keller dann die Interviewerin als beurteilende Instanz mit ein: Sie habe ihn „au sofort kennt“ (Herr Keller bezieht sich auf das erste Treffen, das nach telefonischer Vereinbarung im Foyer des Spitals stattfand). Die Interviewerin versucht, sich gegen diese Zuschreibung zu wehren, indem sie anführt, sie habe ja auch „Ausschau gehalten“. Ähnlich wie im Interview mit Yvonne kommen durch die direkte Adressierung der Interviewerin beide Beteiligten in eine prekäre Situation: Wie der Arzt in der Erzählung spricht Herr Keller aus, was sonst ungesagt bleibt, höchstens implizit mitläuft – nämlich, dass das „problem“ auch für die Interviewerin (die danach fragt) offensichtlich sein muss. Das Lachen beider Interaktionspartner verweist auf die Spannung, die in der Situation entsteht: Die Interviewte ist gezwungen, sich zu positionieren, und Herr Keller ist gezwungen, mit ihrer Positionierung umzugehen. Auch im postoperativen Interview bezieht Herr Keller die Interviewerin als Beurteilungsinstantz mit ein:

Textstelle 8-67: Herr Keller post {14:08-14:52}

01 K: ich fühl mi viel WÖHLer (---) in dere hinsicht (--)
 02 ich han vorhär dank °h (---) AU nid gross problem gha (.)
 03 aber °h äh (--)
 04 me isch IMmer e chli ghemmt gsi (-)
 05 und (.) und JETZT (--)
 06 äh also weni JETZT (---)
 07 muesi SAGE
 08 I: mhm
 09 K: sie chönne ja sälber jo denn drii näh wie_s für SIE gsi isch °h
 10 (---) VORhär und nohärt

Als einziger Interviewter macht Herr Keller im Postinterview explizit, dass es in gewisser Hinsicht unnötig ist, über die Veränderung zu sprechen: Die Interviewerin hat das Gesicht ja direkt vor Augen.

Sowohl bei Yvonne als auch bei Herrn Keller wird durch das Adressieren und Einbeziehen der Interviewerin eine Souveränität deutlich: Die Interviewten zeigen, dass sie um den Blick der Interviewerin wissen und benennen diesen sogar direkt. In beiden Fällen entsteht dadurch ein Kontrollverlust für die Interviewerin, die aufgefordert ist, außerhalb ihrer Rolle als „neutrale“ Forscherin zu reagieren. Damit erreichen die Interviewten in der Situation des Interviews auch eine Rückgewinnung von Handlungsmächtigkeit.

8.2.6 Zusammenfassung: Die Bedeutung der sozialen Sichtbarkeit

Der fremde Blick wird von den Interviewten als etwas erlebt, das zwischen ihrem inneren So-Sein und den anderen vermittelt, wobei es passieren kann, dass der Vermittlungsprozess nicht zufriedenstellend funktioniert. Zum einen ist das Gesicht als „Interface“ widerspessig. Es zeigt den anderen das Innere nicht *verlässlich* an, es ist potentiell verräterisch. Anders herum gesagt, lässt es die Blicke der anderen nicht immer zum eigentlichen „Inneren“ durchdringen. Zum anderen sind die fremden Blicke nicht vollständig kontrollierbar. Sie hängen sich an bestimmten Teilen auf und übersehen andere, sie bleiben aus oder drängen sich auf.

In den Interviews wird deutlich, wie sehr die soziale Sichtbarkeit des Gesichts bei seiner Thematisierung immer schon mitgedacht ist: Die Bezugnahme auf das eigene Gesicht ist in den Darstellungen häufig direkt mit dem Blick der anderen verknüpft – schon allein dadurch, dass das Sprechen *über* das Gesicht es erfordert, die fremde Perspektive einzunehmen. Ein Blick auf das eigene Gesicht wird nur möglich, indem man „aus sich heraustritt“ und sich selbst als Gegenüber betrachtet. Gleichzeitig ist die Darstellung des fremden Blickes nicht trennbar von der eigenen subjektiven Perspektive und zwingt zur (impliziten oder expliziten) Stellungnahme: Es findet immer auch eine Selbstpositionierung statt, mit der die Interviewten etwas über sich aussagen. Erst vor dem Hintergrund des eigenen Bildes, das die Interviewten von ihrem Gesicht haben, erhalten die Blicke der Anderen ihre Sinnhaftigkeit. Es ist die *subjektive Bedeutung*, die dem fremden Blick beigemessen wird, die das Gesicht so identitätsrelevant macht.

Dem fremden Blick wird dabei Definitionsmacht zugeschrieben – wobei egal ist, ob er als real oder imaginiert dargestellt ist. Im fremden Blick werde ich zu der, die ich bin – oder eben zu jemand anderem. Je nach dem also, wie stimmig der fremde Blick in Bezug auf das Selbstbild erlebt wird, brauche/suche ich ihn, oder versuche, ihm zu entgehen.

8.3 Die Veränderbarkeit des Gesichts: Die identitätsbezogene Bedeutung eines möglichen Eingriffs

In den bisherigen Kapiteln wurde das Spannungsfeld aufgezeigt, in dem die Interviewten sich in Bezug auf ihr Gesicht bewegen: Es zeigt *anderen* etwas von *uns*, macht Privates öffentlich sichtbar. Nun sind die Interviewten in einer Situation, in der sie unmittelbar mit der technischen Manipulierbarkeit ihres Gesichts konfrontiert sind. Durch die Möglichkeiten der plastischen Chirurgie ist das „Außen“, sind die körperlichen Gegebenheiten nicht mehr einfach so gegeben. Das Gesicht als „Schnittstelle“ zwischen Innen und Außen wird veränderbar. Damit entsteht die Hoffnung einer Mitbestimmung in Bezug auf die Frage, was genau durch das Gesicht von „Innen“ nach „Außen“ getragen wird.

Bezogen auf die bisherigen Ausführungen heißt das: Sowohl die eigene Beziehung zum Gesicht als auch seine soziale Bedeutung scheinen durch die Veränderung der körperlichen Gegebenheiten verhandelbar. Doch an dieser Stelle entsteht ein Dilemma, denn in dieser Vorstellung von Kontrollierbarkeit ist eine unkontrollierbare Abgabe von Kontrolle und Verantwortung immer schon eingebaut. Die letztendliche Durchführung

eines chirurgischen Eingriffs muss an Experten, an die behandelnden Ärzte, abgegeben werden: Die Veränderung kann stets nur *veranlasst*, aber nicht selbst vollbracht werden. Zudem steht, anders als bei anderen medizinischen Eingriffen, bei plastisch-ästhetischen Eingriffen (wie in Abschnitt 3.1.3 beschrieben) die Indikation zur Disposition. Es muss (sei es innerpsychisch oder kommunikativ) ausgehandelt werden, *wer* eigentlich genau *für was* die Veranlassung sieht oder den Auftrag gibt. Dabei findet immer auch eine Verortung in einem gesellschaftlich widersprüchlich verhandelten Feld statt. Mit dieser Tatsache sind die Befragten in den Interviews konfrontiert. Im Folgenden wird betrachtet, wie sie sich angesichts dessen im Hinblick auf den bei ihnen geplanten Eingriff positionieren. Welche Bedeutung wird dem Eingriff zugeschrieben? Ist er schlichtes Konsumgut, das nach eigenem Ermessen beansprucht werden kann (8.3.1)? Ist er einziges Mittel der Wiedererlangung von Handlungsfähigkeit angesichts als unkontrolliert empfundener Prozesse (8.3.2)? Birgt er Chancen zu einer Rettung, die anders nicht möglich erscheint (8.3.2)? Oder wird er als notwendige medizinische Maßnahme gesehen, die außerhalb des eigenen Tuns und Wollens begründet liegt (8.3.4)? Die unterschiedlichen Darstellungen des Eingriffs sind zudem mit der Frage verbunden, was er leisten soll: Geht es um eine Verbesserung oder gar Optimierung eines sowieso schon guten Zustandes, oder soll ein unerträglich erscheinender Zustand „geheilt“ werden (vgl. auch Kapitel 7.2)?

8.3.1 *„Ich möchte einfach zuerst mal wissen: Was ist möglich?“: Eine Dienstleistung in Anspruch nehmen*

Einige der Interviewten stellen den gesichtschirurgischen Eingriff als etwas dar, das sie wie eine Dienstleistung nach eigenem Ermessen in Anspruch nehmen können. Sie zeigen sich sowohl in der Frage, ob ein Eingriff überhaupt notwendig ist, als auch in Belangen der Durchführung als mündige und handlungsmächtige Personen. Die Ärzte werden als Dienstleister positioniert, die einen Eingriff anbieten und die notwendigen Informationen zur Verfügung stellen. Die Interviewten machen deutlich, dass sie ihre Entscheidung informiert und ohne Not treffen. Als treibendes Moment für den Wunsch nach einem Eingriff stellen sie nicht innere Bedrängnisse durch psychische oder soziale Prozesse dar, sondern die (äußerlich gegebene) Tatsache, dass eine Korrektur überhaupt möglich ist. Die Alternative, einen Eingriff nicht in Anspruch zu nehmen, erwägen die Interviewten explizit.

Lena macht gleich zu Beginn des Interviews deutlich, dass ein Eingriff für sie zwar in Frage kommt, sie jedoch zunächst nur über die neuen technischen Möglichkeiten informiert werden möchte.

Textstelle 8-68: Lena prä {00:15-01:02}

- 01 I: vielleicht ist am EINFACHSTEN
 02 wenn du mi:r (-) ähm (.) ma erzählst (-)
 03 warUM du: (.) überhaupt ins spital gekommen bist
 04 und wie es dazu KA:M dass du: (-)
 05 in die SPRECHStunde gekommen bist überhaupt
 06 L: hm_m, (-) also jo es isch ebe SO

07 dass ich mit dere LIPPEspalte rächts gebore worde bi (.)
08 I: hm_m?
09 L: und denn durch d_JOhre durchs Älter wärde
10 het sich das halt so bizli UFezoge (.)
11 °h und au d_naseform isch scho relativ (.) USSERg_wöhnlich
12 eifach d_spitze vor All_m
13 I: hm_m
14 L: und ähm (-) bi mir isch_s einfach nu_mal drum GANGE
15 zum erfA:hre WAS könnt mer (.) Aktuell mAche
16 mit dem hütige STAND von der technik_her (-)
17 es goht einfach mehr um DAS
18 also ich ha jetzt NIT vor ebbis mAche z_lo:
19 ich möcht einfach z_erscht mal wisse
20 <<pronunziert>WAS (.) ISCH (.) MÖglich?

Auf die Interviewfrage hin beginnt Lena in Z. 06 mit einer Problembeschreibung. Sie benennt die körperlichen Voraussetzungen, wegen derer sie die gesichtschirurgische Sprechstunde aufgesucht hat. Dabei macht sie von Anfang an deutlich, dass es sich um ein marginales Problem handelt, das im Rahmen des Normalen, Natürlichen liegt. Sie stellt ihre Lippenspalte als immer schon da gewesen und zu ihrer Person gehörig dar („dass ich mit dere LIPPEspalte rächts gebore worde bi“, Z. 07). Die Problematisierung erreicht sie durch die Darstellung einer natürlichen Veränderung: „durch d_JOhre durchs Älter wärde | het sich das halt so bizli UFezoge“ (Z. 09, 10). In Lenas sprachlicher Darstellung der Geschehnisse in diesem natürlichen Ablauf positioniert sie ihren eigenen Körper als Agens der Veränderung. Das Gesicht ist Subjekt der Handlung, etwas von ihm hat sich „UFezoge“. Gleichzeitig rahmt Lena die Vorgänge im „Normalen“. Der Einsatz von *hedges* („halt so bizli“) entdramatisiert und verkleinert den Vorgang sprachlich. Der gleiche Eindruck entsteht durch die Formulierung „und au d_naseform isch scho relativ (.) USSERg_wöhnlich“ (Z. 11). Auch hier findet die Rahmung im „Normalen“ statt, die Beschreibung „relativ (.) USSERg_wöhnlich“ entzieht sich einer direkten Wertung²⁸. Lena erreicht damit die für eine Erklärung des Veränderungswunsches nötige Problematisierung, ohne eine Not darzustellen. Sie beschreibt die körperlichen Voraussetzungen so, dass sie erzählerisch als Anlass für eine Konsultation gelten können, jedoch nicht notwendigerweise veränderungsbedürftig erscheinen.

Von Zeile 14 bis 20 stellt die Interviewte nun eine „informierte Entscheidungsfindung“ dar. Dabei bezieht sie sich nicht mehr explizit auf die vorher beschriebenen körperlichen Voraussetzungen – die Absätze erscheinen unverbunden und sind nur durch ihre sequentielle Abfolge zusammengehörig. Lena übernimmt sprachlich zunächst die Patientenrolle: „bi mir isch_s einfach nu_mal drum GANGE“ (Z. 14). Sie gebraucht mit der Wendung „bi mir“ eine klassische Konstruktion, wenn über Patienten gesprochen wird („Bei Patient A geht es um...“), wo sie im Vergleich dazu beispielsweise hätte sagen können „mir ist es darum gegangen“. Durch die von Lena gewählte Formulierung ist nicht sie Agens des Satzes – es bleibt vielmehr sprachlich offen, *wem* es darum ging. Dies erzeugt eine Distanzierung von

²⁸ Insbesondere im Vergleich mit Frau Müller, die für die Beschreibung einer ganz ähnlichen körperlichen Konstitution das Wort "mIssbildungen" verwendet.

dem Anliegen einer verändernden Operation. Gleichzeitig bewirkt Lenas erneuter Gebrauch von *hedges* („einfach nu_mal“) eine Entdramatisierung des Vorgangs. Auch hier macht sie also deutlich, dass sie unter keinerlei Handlungsdruck steht.

In Zeile 15 und 16 stellt Lena nun ihr Anliegen dar, das sich als Wunsch nach Informationsgewinn zeigt – es geht um die Frage der Machbarkeit. Damit macht sie gleichzeitig deutlich, dass nicht eigentlich die Veränderung ihres Gesichts der Anlass für ihr Aufsuchen der Sprechstunde ist, sondern mehr noch die Entwicklung der technischen Möglichkeiten für einen Eingriff („es goht einfach mehr um DAS“, Z. 17). In den Zeilen 18 bis 20 tritt Lena schließlich als starkes Agens auf – sie ist diejenige, die über alles, was folgen mag, die Entscheidungshoheit hat. Die Formulierung „also ich ha jetzt NIT vor ebbis mAche z_lo: " (Z. 18) stellt einen möglichen Eingriff als Dienstleistung dar, den sie bei Belieben „machen lassen“, also selbstbestimmt in Auftrag geben kann (den sie aber zunächst nicht plant in Anspruch zu nehmen). Gleichzeitig bleibt unklar, was genau dieses „ebbis“ umschreibt – auch hier gibt nur die sequentielle Abfolge Aufschluss über das Anliegen. Was Lena jedoch deutlich macht, ist, dass sie sich (nur) über eine (technische) Dienstleistung informiert hat, die von ihr nach sorgfältiger Information und Abwägung in Anspruch genommen werden *könnte*. Es wird kein Leidensdruck dargestellt, es erscheint keine Notwendigkeit für einen Eingriff zu geben. Vielmehr verneint Lena eine Handlungsintention und betont die Vorrangigkeit der Informationssuche („z_ersch“ , Z. 19).

Lena zeigt sich an dieser Stelle gleich zu Beginn des Interviews als eine Person, die unter keinerlei Handlungsdruck steht. Sie zeigt sich auf unterschiedlichen Ebenen im Interview als kompetente und handlungsmächtige Verhandlungspartnerin, die im Verlauf der Ereignisse frei agieren kann. Die Möglichkeit eines Eingriffes wird von Lena als Möglichkeit zur selbstbestimmten Inanspruchnahme einer Dienstleistung dargestellt. Damit positioniert sie sich selbst als mündige Nutzerin eines medizinisch-technischen Angebots, die nach informierter Abwägung ihrer Möglichkeiten eine verantwortliche Entscheidung für oder gegen einen Eingriff treffen wird. Das Ziel eines Eingriffes bleibt vage: Lenas Darstellung zufolge hat sie eine angeborene Anomalie, an der sich im Verlauf der Zeit noch etwas geändert hat, und hier will sie Einfluss nehmen. Gleichzeitig marginalisiert und normalisiert sie die stattgefundenen Veränderungen und die dadurch bedingten körperlichen Auffälligkeiten. Im Verlauf des Interviews bleibt diese Gratwanderung zwischen Veränderungswürdigkeit und Normalität ein wichtiges Motiv: Lena versucht, ihren Operationswunsch nachvollziehbar zu machen, ohne ihr Gesicht, so wie es jetzt ist, als Problem darzustellen.

Ähnlich nachdrücklich macht Frau Favelli im Interview deutlich, dass sie nicht unter einem problembedingten Handlungsdruck steht. Wie Lena zeigt sie sich als selbstbestimmte Verhandlungspartnerin gegenüber dem Leistungserbringer Arzt.

Textstelle 8-69: Frau Favelli prä {00:08-14:10}

- 01 I: wie KAM_S denn überhaupt dazu (.)
02 dass sie hier HERgekommen sind
03 zur operATIO:N;
04 F: weil meine SCHWEster dAs gemacht hat
05 I: DAS hat sie auf die idEe gebracht;

06 F: ja
 07 I: m_hm?
 08 F: sie ist JÜNGer als ich (.) ein jAhr; (-) °h
 09 und ich finde es ist bei Ihr gUt gekOMMen
 10 und ich DENKe °h ((unverständlich, ca. 1.0 Sek))
 11 ich war dann beim doktor ((NAME))
 12 hab gefrAgt was er MEINT (.)
 13 sagte Er er kann bestImmt etwas MACHen;
 14 dass ich äh °h (.)
 15 weil ich sowieso ein bisschen die (.) MUNDwinkel rUnter hAbe?
 16 <<p>ein bisschen TRAurig>
 17 und das wird ja immer (.) MEHR runter kOMmen
 18 jetzt im äl (.) im (.) im [alter]
 19 I: [hmm]
 20 F: und da hat er mir geSAGT
 21 <<p>ja das sei kEin problEm
 22 das kann man MACHen>
 23 I: m_hm? (-) was wollen si:e (.) da genau (-) oder was:
 24 F: ich mu (.) NUR mein hAls straffen
 25 und da ein bisschen meine ((strafft mit den Händen die Wangen))
 26 I: m_hm?
 27 F: also ich mach nIcht das GANze gesicht;
 28 I: m_hm?
 ((21:45 Min Auslassung))
 29 F: Oh:ne meine SCHWster
 30 hätt ich da jetzt vielleicht NICHT dran gedAcht. (--)
 31 das ist schOn (-) weil <<dim>ich das jetzt geSEhen habe>
 32 I: m_hm-
 33 F: (2.5)
 34 und das geSPRÄCH mit doktor ((name))
 35 ich finde er war sEhr_ä:h (-) reaLISTisch (.)
 36 wie er das erKLÄRT hat und so (.)
 37 und hat (-) mich AUfmerksam gemacht f °hh
 38 was er mACHen kann und was er (-) mACHen WILL;
 39 <<p>und jetzt hoff ich dass das Auch KLAPPT>

Frau Favelli macht schon in ihrer Antwort auf die Interviewfrage deutlich, dass es für sie in Bezug auf einen gesichtschirurgischen Eingriff keinen Handlungsbedarf gibt, der in einem persönlichen Problem begründet wäre. Sie konstatiert als Anlass für ihre Konsultation, sie sei gekommen „weil“ ihre „SCHWester das gemacht hat“ (Z. 04). Die Interviewerin schließt an diese abgeschlossene elliptische Feststellung mit einer auffordernden und erweiternden Aussage mit Frageintonation an, wobei sie der Aussage von Frau Favelli eine fehlende Information hinzufügt. Sie suggeriert, dass der Anblick der operierten Schwester die Interviewte „auf die idEe gebracht“ (Z. 05) habe, selbst einen

gesichtschirurgischen Eingriff in Anspruch zu nehmen. Frau Favelli bejaht diese Erweiterung und detailliert dann nach kurzem Zögern und einem Aufforderungssignal der Interviewerin. Dabei lässt sie in ihrer Darstellung weiterhin Lücken, die von der Hörerin gefüllt werden müssen. So beginnt sie mit der Erwähnung, ihre Schwester sei „JÜNGER“ als sie (Z. 08) – der Beweggrund für diese Aussage bleibt unklar, vielleicht dient sie dazu, eine Vergleichbarkeit der Situation deutlich zu machen oder um zu zeigen, dass sie selbst eigentlich schon spät dran ist für einen Eingriff. Das Ergebnis, das sie bei der Schwester sehen konnte, bewertet Frau Favelli dann aus ihrer Sicht als „gut geKOMMEN“ (Z. 09). Folgt man der sequentiellen Darstellung, wird deutlich, dass Frau Favelli, nachdem sie ihre Schwester nach erfolgreicher Operation gesehen hat, mit deren behandelnden Arzt in Kontakt getreten ist. Die Interaktion mit dem Arzt beschreibt sie in indirekter Rede als Beratungsgespräch mit einem Experten, bei dem sie ein Angebot einholt (Z. 11-12). Bis zu diesem Zeitpunkt hat Frau Favelli noch nicht erwähnt, welche Art von Eingriff sie eigentlich in Anspruch nehmen möchte. Erst in Z. 15 und 16 macht sie implizit deutlich, welches Merkmal ihres Gesichts durch einen Eingriff verändert werden könnte („weil ich sowieso ein bisschen die (.) MUNDwinkel rUnter hAbe? | ein bisschen TRAurig“). Dabei normalisiert und entdramatisiert sie den Ist-Zustand durch den wiederholten Gebrauch von hedges („sowieso“, „ein bisschen“). Zudem antizipiert sie eine zunehmende unerwünschte Verstärkung dieses Merkmals in der Zukunft (Z. 17 und 18). Gleichzeitig stellt Frau Favelli diese körperliche Eigenschaft jedoch nicht als zwingend veränderungswürdig dar – sie zählt sie auf, als wäre ihre (präventive) Korrektur ein zusätzlicher Nutzen eines Eingriffs, jedoch kein hinreichender Grund. Der Arzt nimmt in dem Szenario seine Aufgabe als Dienstleister an und macht deutlich, dass er ihre Anfrage problemlos und selbstverständlich bedienen kann. Dabei bleibt weiterhin unklar, was Frau Favellis Anliegen ist, von dem sie den Arzt sagen lässt „das kann man MACHen“ (Z. 22). An dieser Stelle steigt die Interviewerin mit einer Frage nach dem genauen Anliegen ein (Z. 23). Frau Favelli beantwortet diese Nachfrage mit einer sprachlichen und gestischen Beschreibung des Eingriffs, wobei sie wiederum dessen Ausmaß verkleinert („NUR“, „ein bisschen“). Sie schließt ab mit der Aussage „ich mach nIcht das GANze gesicht“ (Z. 27). Anders als Lena benutzt sie also nicht die kausative Wendung „etwas machen lassen“, sondern macht sich grammatikalisch selbst zur Handlungsträgerin in Bezug auf die Durchführung des Eingriffs. Gleichzeitig ist kommunikativ klar, dass sie selbstverständlich ihr Gesicht nicht selbst „macht“, sondern ein Arzt den Eingriff vornehmen wird.

Im folgenden Abschnitt (Z. 29-40) wird noch einmal deutlich, dass Frau Favelli die Beweggründe für den geplanten Eingriff nicht im Sinne einer ästhetischen Problematik rahmt. Sie stellt keinerlei Beziehung zwischen dem Eingriff und ihrem Gesicht her. Vielmehr stellt sie in Frage, ob sie überhaupt an einen Eingriff „gedAcht“ (Z. 30) hätte, wenn sie „das“ (Z. 31) nicht bei ihrer Schwester gesehen hätte. Als zweiten Anlass stellt sie anschließend das Gespräch mit dem Arzt dar. Dabei stellt sie dessen „realistische“ (Z. 35) Beratung in den Vordergrund – sie beschreibt ihn als einen Anbieter, der sie kompetent informiert und ihr seine Möglichkeiten und Einschätzungen darlegt (Z. 37, 38).

In beiden Abschnitten fällt auf, dass Frau Favelli an keiner Stelle den Eingriff explizit benennt. Die Interviewerin bringt in der Einstiegsfrage das Wort „Operation“ ein. Frau Favelli greift diese Titulierung nicht auf, sondern nutzt an verschiedenen Stellen das Pronomen „das“ oder den Euphemismus „etwas machen“. Dabei bleibt sprachlich vage, um was es sich bei dem „das“ bzw. dem „machen“ handelt. Der medizinisch-intrusive Charakter des Eingriffs bleibt dadurch unerwähnt. Einzig die abschließende Aussage, sie „hoff“ nun, „dass das Auch KLAPPT“ (Z. 40), weist auf die prekäre Möglichkeit einer medizinischen Komplikation hin.

Wie Lena präsentiert Frau Favelli sich als Konsumentin, die aus freier Entscheidung und ohne innere oder äußere Not einen (schon bewährten) ärztlichen Dienstleister um Rat fragt. Der Arzt ist Anbieter, der ihr ein Angebot macht und mit seiner Expertise ihren Ansprüchen gerecht wird. Als konkreten Anlass für die Konsultation stellt Frau Favelli das Gewährwerden von *Möglichkeiten* durch das Beispiel ihrer Schwester dar. Die Schwester ist Qualitätssiegel, der Arzt Garant für Machbarkeit und gutes Gelingen. Den medizinischen und potentiell risikobehafteten Aspekt des Eingriffs bagatellisiert Frau Favelli sprachlich dadurch, dass sie ihn an keiner Stelle mit einem konkreten oder gar medizinischen Terminus wie „Operation“ benennt. Sie nutzt ausschließlich Pronomen und Umschreibungen, die neutral bzw. harmlos klingen und nicht auf den intrusiven Charakter des Eingriffs hinweisen. Frau Favelli stellt den Nutzen ihrer Handlung nicht in Frage – Sinn und Zweck eines Eingriffs bleiben hinter der Tatsache zurück, dass er eben *machbar* ist. Den Eingriff stellt sie damit als Angebot dar, das sie im Rahmen einer Art „ästhetischen Selbstverpflichtung“ in Anspruch nehmen kann. Frau Favelli betont, ähnlich wie Lena, dass sie einen gesichtschirurgischen Eingriff nicht deshalb in Erwägung zieht, weil sie unter körperliche Merkmalen oder Veränderungen leiden würde. Es geht nicht darum, eine große Veränderung zu erreichen, sondern darum, eine zur Verfügung stehende Möglichkeit der Optimierung und Selbstfürsorge in Anspruch zu nehmen. Ähnlich argumentiert Herr Kunert: „und weil das möglich ist heutzutage | möchte ich das versuchen“ (prä, 04:13). Frau Favelli führt an anderer Stelle im Interview aus:

Textstelle 8-70: Frau Favelli prä {14:46-15:27}

01 F: also es ist Eigentlich SCHÖN (-)
 02 für mich SELBER dass ich das mache
 03 I: für sie SELBER-
 04 F: ja (1.0) ich glaube ich FÜHL mich nachher gut
 05 und also ich fühl mich auch JETZT gut
 06 also es ist nicht (.)
 07 dass ich irgendwi:e °h (-) probleme hätte SO weiter zu lEBen (-)
 08 ist jetzt wirklich ZUFall? (-) durch meine schwESTer
 09 dass ich geSAGT hab
 10 doch das mach ich AUCH (-)
 11 und sonst wär ich so Auch zuFRIEDen gewe:sen
 12 wenn ich das nicht ä:h (-) <<p>zufällig getroffen hätte>
 13 I: <<p>m_hm>
 14 F: also ich kann NICHT sagen
 15 dass ich irgendwi:e (-)
 16 mit MIR selber überhaupt (.) nicht (-) nicht zufrieden bin
 17 oder etwas ANderes haben möchte;
 18 ich hatte es Eigentlich immer (---) GUT gefunden so

Auch hier macht die Interviewte deutlich, dass der Eingriff für sie nur ein „Surplus“ darstellt. Sie handelt nicht aus Not, es geht nicht darum, ein psychisches Leid zu verringern, mit sich selbst ins Reine zu kommen oder anderen zu gefallen. Es ist ein Zufall, dass sie überhaupt auf die Idee gekommen ist, und das Ziel ist eine Verbesserung der Befindlichkeit *zusätzlich* zur schon vorhandenen Zufriedenheit. Als Erklärung reicht für sie, dass die Möglichkeit vorhanden ist. Darüber hinaus erklärungsbedürftig ist es nur, weil die Interviewerin fragt, und das Fragen lässt eine Lücke entstehen: Frau Favelli muss sich fast anstrengen, um den Eingriff näher zu begründen, und weist dabei eher mögliche Vermutungen zu den Ursachen (sie mache es für andere oder würde sich aktuell nicht gut fühlen, habe Probleme, sei nicht zufrieden) zurück.

Frau Meyer kann ihrer Darstellung zufolge trotz medizinischer Indikation selbstbestimmt die Entscheidung über den Eingriff treffen.

Textstelle 8-71: Frau Meyer prä {04:55-05:12}

01 M: es es ist Irgendwie GRÖßer geworden; (.)
02 es war am Anfang sehr KLEIN (.)
03 und es ist GRÖßer geworden;
04 dAnn hat es mich schon geSTÖRT (.)
05 aber ich hätte es jetzt nicht (--)
06 wenn sie jetzt gesAgt es sei eine WARze (--)
07 ja: (-) dann hätte (--) hätt ichs wahrscheinlich AUCH wEgmachen
08 lassen

Wie Lena und Frau Favelli stellt auch Frau Meyer sich eher als Empfängerin einer Dienstleistung denn als Patientin dar. Ihrer Darstellung zufolge ist in ihrem Gesicht etwas eigentlich Fremdes auf irritierende Weise gewachsen. Dennoch stellt Frau Meyer keine Notwendigkeit dar, den vermeintlichen Fremdkörper entfernen zu lassen. Vielmehr erlaubt sie sich die Überlegung, ob sie dies unter anderen medizinischen Voraussetzungen überhaupt in Erwägung gezogen hätte. Dabei kommt sie selbstreflexiv zu dem Schluss, dass sie einen solch störenden Fremdkörper auch ohne medizinische Indikation entfernen lassen würde. Was sie in dieser Textstelle also darstellt, ist die Entscheidung, selbstbestimmt zu veranlassen, dass ein störendes Objekt aus ihrem Gesicht entfernt wird, das dort sowieso nicht hin gehört.

Auch Frau Schneider entscheidet selbstbestimmt, die chirurgische Entfernung eines störenden Objekts „in ANgriff“ zu nehmen.

Textstelle 8-72: Frau Schneider prä {01:29-01:57}

01 S: ich hab (.) ä:hm (--) <p>mit einer> (-)
02 die Auch bei uns im spiTAL arbeitet
03 mich da drüber unterHALten
04 die Auch so was ÄHNliches hatte; (.)
05 und sich das WEGmachen hat lassen °h (.)
06 und die dann gefunden hat

07 ach (-) geh doch mal da HIN zum doktor ((name)) und de:r (-)
 08 I: <<p>ja:>
 09 S: ja. (--) macht dir das sIcherlich (-) SCHNELL (.) weg
 10 <<p>und
 11 dAs ist ja kein DING>
 12 I: m_hm
 13 S: und das war jetzt vor KURZem (.) vor zwei mOnaten oder so (-) °h
 14 und da hab ich gesagt (.)
 15 ja ist
 16 nach (.) nach dem sOmmer und nach meinen FErien und so weiter
 17 <<acc>nehm ich das jetzt einfach mal in ANgriff>

Frau Schneider marginalisiert sprachlich sowohl die Entscheidung für den Eingriff als auch dessen Durchführung. Den Arzt positioniert sie mit den Worten der Kollegin als Problemlöser, der eine Dienstleistung zu ihren Gunsten erbringt – er hat die Mittel, ihr das störende Muttermal „SCHNELL (.) weg“ zu machen. Frau Schneider übernimmt den Vorschlag der Kollegin und macht ihn zu ihrer eigenen Intention: Sie will einen Eingriff, so sagt sie, „in ANgriff“ nehmen. Damit verwendet sie eine Formulierung, durch die sie sich zum selbstbestimmt handelnden Subjekt macht, das endlich eine aufgeschobene Aufgabe erledigt. Ähnlich wie Frau Meyer positioniert Frau Schneider sich als handlungsfähige Entscheidungsinstanz, die eine Entfernung eines störenden Merkmals durch die entsprechende Fachkraft veranlasst.

Auch Frau Tran stellt sich im Interview an unterschiedlichen Stellen als Person dar, die den Eingriff als bestehendes Angebot für sich nutzen will. Sie stellt dabei den Selbstgestaltungsaspekt des Eingriffs in den Vordergrund:

Textstelle 8-73: Frau Tran prä {14:07-15:55}

01 T: aso ich will net (.)
 02 rE:in dass ich nachher <<lachend>usgseh wie en euroPÄer> (-)
 03 nei_nei ich (.) eifach (-)
 04 eben wie gsEit (--) Optisch versCHÖNere eifach (-)
 05 aso au (-) eifach erGÄNze (-)
 06 aso JA: nöd grOss öppis verÄndere (-)
 07 sondern ich han em herr ((NAME)) gseit
 08 ich will: °h (-) _n schono (.) dass ich wieder asiAtisch usgsehn
 09 nöd grossi auge und dänn so_ne DÜNni schmAli nAse (.)
 10 sondern Eifach nur CHLIInigkeite verÄndere
 ((26 Sek Auslassung))
 11 und (.) es sind nöd grOß I:griffe;
 12 dass ich da mues öppis GROSS verÄndere-
 13 aso ich (.) wenn (.)
 14 Au wieder (-) ((schmalzt)) in de SPRÄCHstunde
 15 zeig ich Immer wieder Föteli vo asiAtische frAue

16 und nöd (.) wie megan FOX (.)
 17 aso amerikAnische europÄische frAue °h
 18 säg ich ebe (.) ich will SO verÄndere
 19 <<p>dass ebe doch de TYPisch asiAtisch dInne isch>
 20 I: m_hm
 21 T: es sind CHLI:ni I:griff
 22 I: m_hm (---) m_hm
 23 (2.0)
 24 I: ähm: (1.0) gibt_s denn auch VORbilder (.)
 25 jetzt konkrEterweise (-) AUCH wieder im hinblick (---)
 26 s (.) sie sAgten sie gucken Eher bei asiAtischen frauen (-)
 27 gibt_s da WELche wo (.) si:e (--) so (xxx xxx)
 28 als VORbilder sehen (.) für sIch?
 29 T: m::h (.) es sind versCHIEdeni (.)
 30 <<acc>aber (-) ich WEISS nöd>
 31 bi EInere persOn (.)
 32 wo ICH sie zum Erschte mal gsEh ha
 33 <<acc>han ich gsEit>
 34 <<betont>!WOW!> (-) die will ich UNbedingt (--) so (.) so: Usgseh
 35 WÜNSCH ich mir (-)
 36 ich WÜNSCH ich wär Au so wie sIe (--)
 37 isch glaub mIss korEA [gsi] (1.0) °h zweitausendsieben
 38 I: [mhm]
 39 T: ja (-) bi ihre hät mer en USSchlag geh
 40 won ich so (-)
 41 <<flüsternd>woow (-) ja (-) so will ich AU si>

Frau Tran macht deutlich, dass sie sehr klare Ziele hat, die sie durch den Eingriff erreichen möchte und die sie dem behandelnden Arzt entsprechend kommuniziert. Wie Lena und Frau Favelli stellt sie ihr aktuelles Gesicht explizit *nicht* als Problem dar, sondern als optimierbar. Es geht ihr zufolge mehr um eine „Verschönerung“, eine „Ergänzung“, als um eine „Veränderung“ – insbesondere, so betont sie, nicht um eine ethnisch bezogene Veränderung. Frau Tran möchte den eigenen Bezugsrahmen „asiatische Frauen“ beibehalten – sie möchte, so kann man zugespitzt reformulieren, sie selbst bleiben – nur besser.

Wie Lena und Frau Favelli stellt sie den Arzt als Anbieter dar, an den sie auf differenzierte Weise ihre Wünsche heranträgt. Sie macht sich selbst zur selbstbestimmten Entscheidungsträgerin, die den Eingriff zur Selbstgestaltung nutzen will. Dabei scheint der Selbstgestaltungsgedanke bei ihr schließlich doch über die rein „äußere“ Ebene hinaus zu gehen – Frau Tran will nicht nur aussehen wie „Miss Korea“, sie möchte vielleicht gar „so sein“.

Auch Frau Kaymaz und Frau Widmer stellen den Dienstleistungsaspekt in den Vordergrund – allerdings, wenn sie sich auf den *vergangenen* gesichtschirurgischen

Eingriff (vor dem ersten Interview) berufen, der in beiden Fällen schief gelaufen ist und der Grund für ihre neuerliche Konsultation in der plastischen Chirurgie ist. Sie stellen sich als Personen dar, die den misslungenen Eingriff in der Vergangenheit freiwillig und selbstbestimmt in Anspruch genommen haben. In ihrem Interview projizieren sie die Inanspruchnahme der Dienstleistung also nicht in die Zukunft, wie Lena, Frau Favelli und Frau Tran, sondern blicken mit dem Wissen über den Ausgang der Ereignisse auf ihre eigene Haltung in der Vergangenheit zurück.

Textstelle 8-74: Frau Kaymaz prä {00:16-00:41}

01 K: ich hab schon ma:l (-) meine nAse ästhetisch opeRIERT,
02 I: m_hm;
03 K: u:n:d (-) es ist NICHT so: (-) rAusgekommen wie ich es wöLLte
04 ich hab_s in ((südeuropäisches land)) gemAcht,
05 und (--) ja: (.)
06 ich hab mich ganz spontAn eigentlich für das entSCHIEden;
07 aber mit der wEile hab ich es dann dann DURCHgezogen
08 weil ich Eigentlich beEINdruckt war; (-)
09 mit das was sie mir <<lachend>verSPROchen> haben;
10 aber schlussENDlich ist es nicht so rAusgekommen
11 wie ich es WöLLte

Frau Kaymaz übernimmt in ihrer Darstellung die Handlungsmacht und damit auch die Verantwortung für den vergangenen Eingriff (eine kosmetische Nasenkorrektur). Sie stellt ihn als Maßnahme, die sie selbst „wollte“ dar, nicht als etwas, das ihr „passiert“ ist. In ihrer Darstellung tauchen zunächst nicht einmal für die Durchführung der Operation andere Handlungsträger als sie selbst auf. Ihre Formulierungen fokussieren auf sie als Verursacherin: „ich hab's (...) gemacht“, „ich habe mich dafür entschieden“, „ich habe es durchgezogen“. Die (unbestimmten) Ärzte („sie“) stellt Frau Kaymaz erst auf diese Ausführung folgend als Dienstleister dar, deren Angebot – das, was sie ihr „versprochen“ haben – als Ursache für ihre Inanspruchnahme des Eingriffs erscheint. Wer für das Misslingen des Eingriffs verantwortlich ist, bleibt unklar. Frau Kaymaz ist „schlussendlich“ unzufrieden mit dem Ergebnis der Dienstleistung, da es nicht ihrem Anspruch gerecht wird.

Auch Frau Widmer schildert ihre frühere Entscheidung für einen Eingriff (eine kosmetische Ohranlegung) als eine zum damaligen Zeitpunkt völlig unproblematisch erscheinende Inanspruchnahme einer Dienstleistung.

Textstelle 8-75: Frau Widmer prä {04:42-05:16}

01 W: WEIL (.) ich hab_irgendwie (.) gesEhen (.)
02 hm? (.) das ist GÜNstig, (-)
03 da br_BRAUche ich nicht lange dort bleIben, (-)
04 das ist gAnz schnell zum erLEdigen, (.)
05 warum NICHT?

06 endlich muss man die entscheidung TREFFen (-)
 07 Ich wollte schon IMmer (--) °hh
 08 <<leise>dann habe ich [gemacht]>
 09 I: [hmm] (--) hm_M (-)
 10 W: ich habe SCHON die rIsiken Abgecheckt
 11 un mit dem A:RZT gespr0:chen
 12 auch wie: die: (.) JA, (.) wie gesAgt wurde
 13 das ist JA: (.) das hA:rmloseste was nur gI:bt_s
 14 da wird jeden ta:g (-) MEHrere gema:cht und (-) jA-

Der Abwägungsprozess, den Frau Widmer beschreibt, würde auf alle möglichen Entscheidungen passen. Er könnte genau so beispielsweise für eine neue Einbauküche oder die Anmeldung auf einer Dating-Website klingen: Es erscheint schon abenteuerlich, ein bisschen verwegen, aber keinesfalls fahrlässig. Im Gegenteil wird ihr vonseiten des Dienstleistungserbringers versichert, es sei „das hA:rmloseste was nur gI:bt_s | da wird jeden ta:g (-) MEHrere gema:cht“. Der einzige Hinweis, dass es sich um einen medizinischen Eingriff handelt, findet sich darin, dass sie eben diesen Dienstleistungserbringer als „A:RZT“ spezifiziert.

Frau Kaymaz und Frau Widmer beschreiben sich aus der jetzigen Perspektive, in der sie um den ungünstigen bzw. katastrophalen Ausgang der Eingriffe wissen, als zum Zeitpunkt vor dem Eingriff selbstbestimmt handelnde Konsumentinnen, die unter keiner Not und keinem Handlungsdruck standen, sondern die eigenen Möglichkeiten zur Selbstoptimierung nutzten. Ihre nachträglichen Schilderungen sind damit ganz ähnlich konstruiert wie die in die Zukunft gerichteten Argumentationen von Lena, Frau Favelli und Frau Tran.

8.3.2 „Da gibt's nur ein Mittel, das abzuschneiden, und das will ich jetzt versuchen.“: Das Schicksal in die eigene Hand nehmen

In vielen Interviews wird in Bezug auf den gesichtschirurgischen Eingriff weniger stark die freie und selbstbestimmte Entscheidung in den Vordergrund gestellt. Der Eingriff wird vielmehr als etwas dargestellt, das zwar beherzt und aus eigenem Willen veranlasst werden kann, die Notwendigkeit, dies auch zu tun, wird jedoch mit schicksalhaften Verläufen begründet. Es wird eine Ereigniskette beschrieben, an deren Ende der Eingriff als notwendige Maßnahme steht. Der Eingriff wird damit als eine Möglichkeit dargestellt, sich selbst angesichts der Unwägbarkeiten des Lebens einen Handlungsspielraum zu verschaffen.

Herr Kunert stellt sich als kompetenten Handlungsträger dar, der mit dem gesichtschirurgischen Eingriff die scheinbar einzige Möglichkeit ergreift, folgeschwere Veränderungen seines Gesichts aufzuhalten oder gar rückgängig zu machen.

Textstelle 8-76: Herr Kunert prä {00:09-02:05}

01 I: vielleicht könnten sie mir als ERStes mal erzÄ:hlen,
 02 wie_s dazu gekOMMEN ist
 03 dass sie jetzt (---) ins spiTAL gekommen sind,

04 K: °hh (-) der grund warum ich hier HER gekommen bin (.) ist
 05 weil ich vo:r circa
 06 (2.5)
 07 K: ZWANzig jAhren (---)
 08 I: m_hm
 09 K: SCHON mal hier wa:r (--) mit_ä:h (-) einem Anderen (-) problem
 10 das meine (.) das mich selber (.) SEHR belastet, (.)
 11 das war (-) die NA:se,
 12 und das ist hier (-) geMACHT worden °h
 13 und danAch war das wie_ne WIEdergeburt (--)
 14 für MICH.
 15 I: mhm
 16 K: ha_(.)_bin: (.) sehr glücklich_
 17 _dass ich das geMACHT hab dA:mals, (--) ((schmatzt))
 18 wie ein zweites Leben,
 19 U:nd (-) aus dEm grund bin ich genau hIEr her gekommen
 20 _um (---) dA jetzt dAs (-) m_ähm problem
 21 mit der zunehmenden A:lterung
 22 und_Ähm die hAUT sackt Ab
 23 das (.) gesIcht verlässt einen einfach nach Unten (---)
 24 zU: behEben wenn des möglich is
 25 un:d (.) und_ich erHOFF mir
 26 dass ich DA wenigstens (.) wieder (--) ein paar (-) jA (-)
 27 nein das ziel ist NICH
 28 dass man paar jü JAHre jünger nur aussieht
 29 sondern das ZIEL ist
 30 und das geht eigentlich jetzt in einklang mit ihrer stu:die
 31 identiTÄT (.) un gesICHT (--)
 32 dass man sich wieder WOHL fühlt (--) in seiner hAUT (.)
 33 und (.) wie FÜHLT man sich wo:hl (--)
 34 indem man WAHRgenommen wIrd (.)
 35 Ohne dass man (.) um wAhrnehmung SU:CHT
 36 plötzlich FESTstellt (.) da kommen reflExe (.) von de umwe:lt
 37 des WAR so (.)
 38 des ist so in IHrem Alter (-)
 39 ((schmatzt)) des nImmt AB (.)
 40 und plötzlich IST man (-)
 41 läuft man UNerkannt durch die WELT
 42 und NUR weil (.) eIn orga:n (-) des menschlichen körpers
 43 noch nicht gemErkt hat dass das wAchstum AUFGehört hat
 44 näm_ich die HAUT (--)
 45 u:nd da gibt_s nur ein MITtel
 46 das ABzuschneiden

Herr Kunert antwortet auf die Interviewfrage zunächst mit einer Episode, die als Begründung für die Wahl des Krankenhauses beginnt. Er habe sich für das Unispital entschieden, weil er dort „vo:r circa | ZWANzig jAhren“ (Z. 05-07) schon einen ästhetischen Eingriff an der Nase habe durchführen lassen. Er hebt dabei den psychischen Aspekt des Problems „nase“ in den Vordergrund, wenn er sagt, es habe ihn „SEHR belastet“ (Z. 10). Das Ergebnis dieses ersten Eingriffs schildert Herr Kunert denn auch als „WIEdergeburt“ (Z. 13) – es sei „wie ein zweites Leben“ (Z. 18) gewesen. Es fällt auf, dass in seiner Schilderung keine handelnden Personen außer ihm selbst auftreten. Für den Vorgang der Operation gebraucht er die passivische Formulierung „das ist hier (-) geMACHT worden“ (Z. 12). Obwohl Herr Kunert mit der Begründung für die Wahl des Operationsortes beginnt, bezieht er sich nicht auf die Kompetenz der Ärzte oder die Qualität der Klinik. Er macht das damalige Erlebnis eines glücklichen Neubeginns, das offenbar in der Klinik begonnen hat, zum Anlass für die neuerliche Konsultation. Dabei stellt er seine eigene Handlungsinitiative in den Vordergrund: Er erzählt, er sei immer noch glücklich, dass er „das geMACHT“ habe „dA:mals“ (Z. 17). Mit diesem Vorspann macht Herr Kunert gleich zu Beginn des Interviews indirekt seine Erwartung an einen weiteren Eingriff deutlich. Es lässt sich erkennen, dass für ihn seine Entscheidung für einen Eingriff mit der Heilserwartung verbunden ist, Einfluss auf das ganze Leben zu nehmen – quasi aus eigener Kraft die höchste Stufe der Erlösung, eine „Wiedergeburt“ mit einem „neuen Leben“ zu erreichen.

An diese einleitende Sequenz schließt Herr Kunert die Schilderung der aktuellen Situation an: Es geht diesmal um „dAS (-) m_ähm problem | mit der zunehmenden A: lterung“ (Z. 20, 21). Diese Formulierung lässt die „zunehmende alterung“ als einen Prozess erscheinen, der jenseits von individueller Konstitution als allgemein bekanntes Problem existiert. Die Darstellung erzeugt eine Distanzierung. Offensichtlich geht es im Folgenden nicht um ein persönliches Problem, das in der Person Herr Kunert begründet liegt, sondern um eine normative Problematik, von der er allerdings auch betroffen ist und die für ihn Anlass für eine erneute Konsultation bietet. In den Zeilen 22 und 23 spezifiziert Herr Kunert nun das „problem“. Er stellt den Körper als Handlungsträger dar, der eigenständig Dinge tut (siehe Abschnitt 8.1.4). Er präsentiert den Vorgang als allgemeinen Mechanismus, den Umgang mit dem Problem schildert er nun jedoch als seine *persönliche* Handlungsinitiative. Herr Kunert präsentiert sich im nächsten Schritt explizit als aktiver Problemlöser, indem er seinen in Zeile 20 begonnenen Satz in der Rolle des Handelnden beendet: Er ist gekommen, um das Problem „ZU: behEben wenn des möglich is“ (Z. 24).

Im Folgenden schildert Herr Kunert nun das „ZIEL“ (Z. 29), das er mit diesem Schritt erreichen will.²⁹ Er startet dabei mit einer persönlichen Offenbarung: „und_ich erHOFF mir“ (Z. 25). Was er zunächst als Ziel seines Hoffens anzuführen beginnt („dass ich DA wenigstens (.) wieder (-) ein paar (-) jA (-)“, Z. 26) bricht er ab, und vervollständigt den Satz dann in der Verneinung: „nein das ziel ist NICH | dass man paar jü JAHre jünger nur aussieht“ (Z. 27, 28). Mit dieser Reformulierung wechselt Herr Kunert von der Darstellungen seiner persönlichen Motive erneut in die Präsentation einer allgemeinen Theorie: Er korrigiert den Selbstbezug „ich“ (Z. 26) hin zum unpersönlichen Pronomen „man“ (Z. 32). Als übergeordnetes allgemeines Ziel einer gesichts chirurgischen

²⁹ Der folgende Teil der Feinanalyse dieser Textstelle wurde zum Teil bereits veröffentlicht Schäfer-Fauth et al. (2014a) und Schäfer-Fauth et al. (2014b).

Operation nennt er, „dass man sich wieder WOHL fühlt (-) in seiner HAUT“ (Z. 32). Es folgt eine Darstellung von Mechanismen, die dazu notwendig sind. Auf seine eigene rhetorische Frage „und (.) wie FÜHLT man sich wo:hl“ antwortet Herr Kunert selbst mit: „indem man WAHRgenommen wird (.) | Ohne dass man (.) um wAhrnehmung SU:CHT | plötzlich FESTstellt (.) da kommen reflExe (.) von de umwe:lt“ (Z. 34-36). Es braucht dieser Theorie zufolge den Blick des anderen, um sich in seiner eigenen Haut wohl zu fühlen. Dieser Blick erfolgt automatisch – die Wahrnehmung durch die anderen ist nicht durch eigenes Verhalten willentlich herbei zu führen. Vielmehr stellt Herr Kunert das Gesicht als einen aktiven Reiz dar, der – solange er verlässlich funktioniert – als Reaktion automatisch Wahrnehmungsreflexe der sozialen Umwelt verursacht.

Herr Kunert wechselt nun wieder kurz auf die Ebene der persönlichen Erfahrung: Er führt an, dass dies bei ihm selbst in der Vergangenheit tatsächlich genau so funktioniert hat („des WAR so“, Z. 37) und adressiert dann direkt die deutlich jüngere Interviewerin („des ist so in IHrem Alter“, Z. 38) um sie schließlich in die wiederum allgemeine Aussage „des nIMmt AB“ (Z. 39) mit einzubeziehen. Hier setzt Herr Kunert – erneut eine ganze Theorie präsentierend – das Problem an. Mit dem Älterwerden nehmen ihm zufolge die Reflexe aus der Umwelt ab. Die Folge, die er darstellt, ist verheerend: „und plötzlich IST man (-) | läuft man UNerkannt durch die WELT“ (Z. 40, 41). Das Ausbleiben der Reflexe aus der Umwelt stellt er als existentiellen Identitätsverlust dar – man verschwindet als sozial wahrnehmbare Person. Der Einbezug der Interviewerin an dieser Stelle kann als Versuch der Rückgewinnung von Agency in der Interviewsituation gesehen werden: Der Einbezug der Interviewerin führt dazu, dass sie nicht mehr „neutrales“ Gegenüber ist, sondern in den Problemkomplex einbezogen.

Schuld an seiner Misere ist Herrn Kunert zufolge der selbstbestimmt handelnde Körper: All dies geschieht „NUR weil (.) eIn orga:n (-) des menschlichen körpers | noch nicht gemErkt hat dass das wAchstum AUFGehört hat | näm_ich die HAUT.“ (Z. 42-44). Wie schon in den Zeilen 24f wird der Körper auch hier als eigenständiger Handlungsträger dargestellt, dem Herr Kunert wie einem Gegenüber eigene Intentionen jenseits seiner eigenen unterstellt und der bei ihm dem entsprechend Ärger auslösen kann. In der Folge übernimmt Herr Kunert wieder die Handlungsmacht, indem er das einzig mögliche „MITtel“ (Z. 45) ergreift, das ihm zur Verfügung steht: Er begegnet dem abtrünnigen Gesicht mit bedingungsloser Aggression („da gibt_s nur ein MITtel | das Abzuschneiden | und (.) dEs will ich jetzt versUCHen“, Z. 45-47). Dabei wechselt er in der letzten Zeile schließlich von der allgemeinen Darstellung zum persönlichen „ich“ zurück. Angesichts eines unaufhaltsamen Mechanismus, der jeden trifft (auch die Interviewerin), ergreift er aktiv handlungsmächtig die einzig ihm zur Verfügung stehende Option, nämlich den gesichtschirurgischen Eingriff. Er formuliert es an dieser Stelle sogar, als würde er selbst etwas „abschneiden“ (Z. 46), also den Eingriff nicht etwa veranlassen und in ärztliche Hände übergeben, sondern ihn selbst durchführen.

Herr Kunert stellt sein Gesicht als Gegenüber dar, das durch selbstbestimmte Taten die soziale Realität verändert – momentan zu seinen Ungunsten. Die altersbedingten Veränderungen seines Gesichts bringen, wie er beschreibt, das Ausbleiben von erwünschten sozialen Reaktionen mit sich (ein Mechanismus, der, wie er deutlich macht, auch die Interviewerin irgendwann treffen wird) – das Gesicht ist in Begriff, ihn nach unten zu verlassen, und dadurch droht die anerkennende Wahrnehmung seiner Person durch Andere ganz und gar zu verschwinden („plötzlich IST man (-) | läuft man

UNerkannt durch die WELT“). Die Problematik, der er sich ausgesetzt sieht, geht also weit über eine rein körperliche Veränderung hinaus: Herr Kunert stellt den Vorgang als bedrohlich für seine gesamte körperliche und soziale Integrität dar. Es droht ein Boykott seiner Person durch das Gesicht. Dem ergibt Herr Kunert sich nun jedoch nicht. Er macht zwar deutlich, dass es „nur ein MITtel“ gibt, dem zu entgegnen (nämlich den gesichtschirurgischen Eingriff), dieser Alternativlosigkeit begegnet er nun jedoch ganz aktiv. Er formuliert seine Reaktion auf die gegebene Situation sogar so, als würde er den Eingriff selbst durchführen: „u:nd da gibt_s nur ein MITtel | das Abzuschneiden | und (.) dEs will ich jetzt versUchen“. Angesichts der schicksalhaften (weil altersbedingten) körperlichen und daraus folgenden sozialen Veränderungen positioniert sich Herr Kunert als beherzt handelnder Problemlöser, der die ihm zur Verfügung stehenden Mittel aktiv nutzt, weil es notwendig wird. So bemerkt er an anderer Stelle im Interview: „wenn man nichts macht und man einfach die zeit für sich laufen lässt | dann passiert auch nichts | dann wird_s einfach immer weitergehen“ (prä, 03:55). Aus der Schilderung seiner chirurgischen Vorgeschichte ergibt sich, dass es fast fahrlässig erschiene, den gesichtschirurgische Eingriff nicht in Anspruch zu nehmen: Es geht nicht nur darum, dem entgleisenden Gesicht entgegen zu treten, sondern es geht auch um die Wahl zwischen dem existentiellen Verschwinden als Person und der Möglichkeit für einen selbstinitiierten Neubeginn – eine Wiedergeburt. Gleichzeitig *ermächtigt* Herr Kunert sich im Interview durch die Art der Schilderung, den allgemeinen Geltungsanspruch seiner Aussagen, die offene Adressierung der Interviewerin und den direkten Verweis auf die Studie: Er macht deutlich, dass er weiß, worüber er spricht und er mit seinem Problem nicht allein ist, und dass seine Lösungsstrategie ihn auszeichnet.

Auch Frau Tran macht deutlich, dass sie den Eingriff nutzt, um ihr Schicksal selbst in die Hand zu nehmen. Sie stellt ihre Entscheidung für eine ästhetische Veränderung von Nase und Augenlidern in den Zusammenhang mit der Notwendigkeit, ihr Leben grundsätzlich zu ändern.

Textstelle 8-77: Frau Tran prä {06:25-08:49}

01 I: und dann. (-) gab_s dann plötzlich (.) diesen PUNKT,
 02 wo sie gesa:gt haben
 03 jetzt ist das JA:HR (--) wo ich Alles mAch.
 04 wie kam_s DAzu? (-)
 05 was hat sich da verÄndert.
 06 T: ich WÜSStis eigentlich Au nÖ:d;
 07 ich bi sÄlber erstuhnt über mich SÄLber (.)
 08 äs het (-) ä:hm:
 09 <<acc>ich han dA:zumal en noie> (-) JOB gha, (-)
 10 es isch ganz en Anderi WÄLT.
 11 aso ich bi SÄLber gstellt.
 12 aso mini eltere (.) mini (.) kollege sind (--)
 13 ähm (--) °h (.) äh_wäg gsi

14 aso ich bi WÜKich aLE:i in zÜri gsi (.)
15 hani müesse hAlt dermit KLAR cho dasch (.)
16 ich bi_ich bi so eini wo gär BINde la:_
17 _wo nöd gÄrn aLEI isch; °h
18 wo gärn das (-) das beKANnte sicher gärn hät
19 also noii WÄLT (.) noii °h herUsforderig_
20 _dasch für mIch
21 han ich immer MÜEH gha (.) demit. (-)
22 und da:zu hani ebe de noii JOB übercho:,
23 noie UMfä:ld (.)
24 noi (.) äh (.) frÜndeskreis °h (.) Arbeitskolle:ge;
25 isch Alles so NOI für mIch cho;
26 und dänn de verluscht halt wo: (-) min FRÜND (.)
27 also isch denn mini beZIEHig zuÄnde gange (-) nach drü jA:hr
28 und dänn bini Au wider in e DEpressivi phA:se gsi °hh (-)
29 also ich han dänn wirklich
30 d_wÄlt wIrklich nur no ne (.) NEgativ dänn gSE:h.
31 und dänn Irgendwänn isch de PUNKT cho won ich gseit ha
32 ne (-) es isch FERTig dermit.
33 I: m_hm?
34 T: es wird zYt dass ich a mich DÄNke,
35 lUeg dass es mir gUet GAHT,
36 <<p>und SO isch de pUnkt ch0>
37 I: <<p>m_hm.>
38 T: <<p>genau;>
39 I: <<p>m_hm?> und wIe ging_s dann WEIter.
40 können sie dAs erZÄhlen?
41 T: ä:h °hh ja: (-) nachdäm ich de punkt GSEHN han: (-)
42 han ich min JOB gschmisse, ((lacht))
43 <<f>ja so:> (-) han gseit (.) ne (.)
44 ich chan NÜMme in däre wÄlt si.
45 ich will gern d_WÄLT gse:h,
46 drum bin ich jetzt au nümme am SCHAFFe,
47 ich bi jetzt UShilf,
48 I: m_hm;
49 T: ((schmatzt)) in zwei verschidnige fIrme am SCHAFFe °h
50 I: m_hm;
51 T: möcht chönne (.) frEi sÄlber entscheide
52 wie ich wött gärn SCHAFFe, (-)
53 wie gseit (-) WÜRKlech (-) d_prioriÄt (-) mich SÄlber luege (-)
54 wAs (.) mich interessIert (.)
55 gan ich go MACHe eifach (.)
56 ich wett jetzt demnächst °hh in d_A:sieküschte übere ga:,

57 chli Ferie mache, (.)
 58 in dere stadt wo mIch interesSIERT (.)
 59 aLEI (---) vor allem;
 60 will (--) ebe wie gsEit ich bi en mÄnsch (.)
 61 ich müess öpper ha: für d_FE:rie (.)
 62 dass ich jA nÖd aLEI bin;
 63 <<acc>jetzt han ich gsEit> MOL,
 64 jetzt gani mAl aLEI-
 65 es müend nÖd MÖNet si <<acc>oder so> (.)
 66 es LANGed zwei wUche,
 67 eifach mal aLEI (-)
 68 Übere ga: (--) und OFFe si für Alles.
 69 (2.0)
 70 T: ja (-) dAsch so min PUNKT.
 71 und ebe dur de I:griff: (-) han ich gsEit MOL (---)
 72 da wil ich au (--) wil (.) ebe (.) JAHrelang han ich studIert-
 73 SÖLL ich? (.)
 74 LOHNT sich das gÄld? (.)
 75 söll ich das WÜRKlich mAche? (.) °h
 76 isch es nÖd zu riskANT? (.) °h
 77 und nÄr isch_s EifAch (.)
 78 ich meine es gaht um MI:CH-
 79 ICH muess mich w0:hl fühle
 80 I: m_hm;
 81 T: drUm han ich mich (.) <<p>dÄnn> (.) dezue entSCHIDE

Mit der Detaillierungsfrage (Z. 01-05) greift die Interviewerin etwas auf, das Frau Tran an einer früheren Stelle im Interview gesagt hat – die Bemerkung „sit letscht jahr bin ich in phase | mach_s eifach hauptsach häschs gmacht“ (prä, 01:40). Die Nachfrage veranlasst Frau Tran zu einer Selbstreflexion. Sie beginnt mit der Feststellung, „ich bi sÄlber erstuhnt über mich SÄLber“ (Z. 07), womit sie gleich zu Beginn deutlich macht, dass die von der Interviewerin aufgegriffene handlungsorientierte Einstellung nicht ihrem üblichen Selbsterleben entspricht. Frau Tran macht dann wie zur genaueren Erläuterung der Hintergründe eine Auflistung von Dingen, die sich „dA: zuma l“ (Z. 09; vermutlich in der Zeit vor dieser neuen „phase“) für sie geändert haben. Sie eröffnet ein Szenario, in dem für sie alles neu und fremd war („en noie> (-) JOB“, Z. 09; „Anderi WÄLT“, Z. 10) und sie auf sich „SÄLber gstellt“ (Z. 11) und „aLE:i“ (Z. 14) war.

Frau Tran macht dann einen Einschub mit der erklärenden Selbstaussage, „ich bi_ich bi so eini wo gÄr BINde la:“ (Z. 16), „_wo nÖd gÄrn aLEI isch;“ (Z. 17), die „MÜEH“ mit „noii WÄLT (.) noii °h herUsforderig“ (Z. 19) hat. Diese Selbstcharakterisierung problematisiert das vorher gezeichnete Szenario – die neue Situation erscheint im Lichte dieser Darstellung als besonders schwierig. Wie zur Bekräftigung wiederholt Frau Tran dann von Z. 21 bis 25 noch einmal, wie neu und anders in dieser Zeit alles für sie war und fügt weitere Belege für ihr Alleinsein hinzu. In dieser gesamten Situationsbeschreibung (Z. 09-14 und 21-26) tritt Frau Tran kein einziges Mal als handelndes Subjekt auf.

Sie beschreibt vielmehr eine Welt, in der sie sich wie in einem *Zustand* einfach befindet. Weder handelt sie aktiv, noch wird sie behandelt – die Dinge um sie herum sind einfach so wie sie sind. Ein eindrückliches Beispiel ist die Formulierung „noi (.) äh (.) fründeskreis °h (.) Arbeitskolle:ge; | isch Alles so NOI für mIch cho;“ (Z. 24 und 25), bei der es weder Verlassene noch Verlassende gibt – nur einen „verluscht“, bzw. eine „beziehung“, die „züände gange“ ist. Frau Trans Situationsbeschreibung kumuliert schließlich in der Aussage, sie sei „dänn (...) Au wider in e DEpressivi phA:se gsi °hh“ (Z. 28). Dieser Zustand führt in der Darstellung zu einem Umschlagpunkt. Frau Tran erscheint plötzlich als handelndes Subjekt, wenn sie sagt, sie habe „d_wält wIrklich nur no ne (.) NEgativ dänn gse:h.“ (Z. 30). Durch diese Wendung in die aktive Form entsteht sprachlich die Möglichkeit, durch selbstbestimmtes Handeln Einfluss zu nehmen: Wenn das Problem darin besteht, dass sie selbst aktiv die Welt auf eine bestimmte Art und Weise sieht, kann sie sich auch aktiv dazu entscheiden, sie anders zu sehen. Diese Möglichkeit nimmt Frau Tran ihrer Darstellung nach nun in Anspruch. Sie zitiert sich selbst mit der Entscheidung, selbstbestimmt eine Veränderung in Angriff zu nehmen: „ne (-) es isch FERTig dermit. | (...) | es wird zYt dass ich a mich DÄNke, lUeg dass es mir gUet GAHT“ (Z. 33-35). Damit ermächtigt sie sich in einem reflexiven Prozess selbst wieder zum Handeln.

An dieser Stelle schließt Frau Tran nun mit der konsolidierenden Aussage „und SO isch de pUnkt chO | (...) | genau“ (Z. 36-38) ihre Erzählung ab. Die Interviewerin fordert daraufhin erneut zu einer Detaillierung und Fortführung der Erzählung auf (Z. 39, 40). Frau Tran fährt in ihrer Antwort nun in der sprachlich aktiven Form fort. Sie ist in den folgenden Ereignissen, die auf den erzählerischen Wendepunkt folgen, handlungsmächtige Schmiedin ihres eigenen Schicksals. Sie erzählt, sie habe ihren „JOB gschmisse“ (Z. 42) und „gern d_WÄLT gse:h“ (Z. 45), „chönne (.) frEi sÄlber entscheide“ sie „wött gärn SCHAFFe“ (Z. 52). In Zeile 53 und 54 zieht sie dann ein erstes Fazit, wenn sie konstatiert, sie selbst sei nun die „priorität“ (Z. 53), es gehe darum zu sehen, was sie „interessIert“ (Z. 54) und dann einfach zu „MACHe“ (Z. 55). Frau Tran bringt zwei Beispiele für diese neue Lebenseinstellung. Zunächst erzählt sie, dass sie allein die Asienküste bereisen möchte (Z. 56-62). Als nächstes führt sie den geplanten gesichtschirurgischen Eingriff als Beispiel an. Sie erzählt von ihren Abwägungen: sie habe „JAHrelang“ die Frage „studIert“ (Z. 72), ob sie den Eingriff wirklich machen lassen solle. Sie habe sich gefragt, ob sich das Geld „LOHNT“ (Z. 74), ob der Eingriff „nöd zu riSkANT“ (Z. 76) ist. Schließlich sei sie, so das erneute Fazit, zu dem Schluss gekommen „es gaht um MI:CH“ (Z. 78), „ICH muess mich wO:hl fühle“ (Z. 79) und diese Überlegung sei der Grund gewesen, warum sie sich nun (aktiv und handlungsmächtig) für den Eingriff „entSCHIDE“ (Z. 81) habe. Damit stellt sie die Vorstellung, mit dem Eingriff etwas Gutes für sich zu tun, über ihre Bedenken.

Frau Tran macht deutlich, dass ihre Entscheidung für einen gesichtschirurgischen Eingriff Resultat einer bestimmten Lebensphase ist. Sie beginnt mit der Beschreibung einer Lebenssituation ohne Handlungsträger, in der die Dinge in depressiver Manier einfach geschehen. Schließlich stellt sie (sowohl inhaltlich als auch sprachlich) einen Umschlagpunkt dar, ab dem sie beschließt, ihr Leben auf unterschiedlichen Ebenen selbst in die Hand zu nehmen – es wird „Zeit“, so sagt sie, dass sie an sich denkt. Wenn sich etwas ändern soll, „muss“ es jetzt darum gehen, dass sie sich „wohl“ fühlt. Das Problem bzw. das handlungstreibende Moment, das Frau Tran durch ihre Schilderung zeichnet, ist die Notwendigkeit, sich der Depression entgegenzustellen und sich

selbstbestimmt ihres Lebens zu ermächtigen, sich selbst in den Mittelpunkt ihres Wollens zu stellen und keine Kompromisse mehr einzugehen. Den gesichtschirurgischen Eingriff stellt sie als eine ihrer Handlungsoptionen dar. In ihrer Entscheidung, das Leben von nun an selbst in die Hand zu nehmen, ist er ein Akt der Selbstfürsorge, bei dem ihr eigenes psychisches Wohl im Mittelpunkt steht. Die Veränderung ihres Gesichts im Rahmen der eigenen Vorstellungen wird dadurch in ihrer Darstellung zum Mittel einer Selbstbefreiung durch Selbstgestaltung.

In beiden Fällen wird also der Eingriff als notwendige Maßnahme angesichts schicksalhafter Geschehnisse geschildert. Ihm wird etwas Zwingendes zugeschrieben: Den Argumentationen zufolge wäre es fahrlässig, einen Eingriff nicht zu erwägen bzw. das eigene Glück nicht selbst in die Hand zu nehmen. Herr Kunert stellt ihn als einzig gangbare Möglichkeit dar, das eigene soziale Verschwinden aufzuhalten, Frau Tran schildert ihn als eine Maßnahme unter anderen, sich aus der Depression zu befreien und ihre Zukunft und ihr Wohlergehen selbst in die Hand zu nehmen. Die bewusste Entscheidung für den Eingriff wird als Autonomiegewinn dargestellt. Anders als im vorherigen Abschnitt (8.3.1) werden keine Dienstleistungsträger relevant gemacht, an die der Auftrag übergeben wird – es spielt in den Darstellungen keine Rolle, *wie* der Eingriff stattfindet – entscheidend ist, *dass* er im Angesicht zunächst heteronom erscheinender biografischer Geschehnisse als Mittel der Wahl zur Selbstermächtigung erkannt wird. Der Eingriff wird damit als Möglichkeit dargestellt, sich in der Welt als handelndes Subjekt und Schmiedin des eigenen Glücks zu positionieren.

Sandra führt die Blicke anderer als störende Faktoren an, die sie mit unterschiedlichen Methoden zu kontrollieren versucht, die jedoch letztendlich außerhalb ihres Einflussbereiches liegen. Den Eingriff stellt sie schließlich als zwingende, von ihr bewusst in Anspruch genommene Maßnahme dar, um diesen Blicken doch zu entgehen.

Textstelle 8-78: Sandra prä {01:24-03:49}

01 S: °hhh und DANN (.) Eigen_lich- (---)
02 ich hab (.) jetzt (.) IMmer (.)
03 die letzten (.) <<acc>SECHS jahre etwa_
04 _geschaut dass man mich> NICHT von der sEite sIEht-
05 I: <<p>hm>
06 S: wenn jemand mit mir geFLIRTet hat-
07 dann hab ich geSCHAUT dass ich <<lachend>so: hingUcke>
08 und dann dass er das jA: nicht von der seite SIEHT,
09 °hh und in der schu:le ho: (.)
10 sItz ich jetzt zum beispiel ganz VORne, (-)
11 und ich muss nach RECHTS schauen (-) zum (-) ä:h
12 <acc>zu der LEHrerin> (.)
13 und all die HINTen
14 die seh_n mich von der SEIte, (.)
15 und das stört mich SCHON ((lacht))
((94 Sek. Auslassung))

16 S: und dann hat noch de:r (.) doktor ((name)) hat noch gesAgt-
 17 °hh jaa: woll_n sie da oben noch den HÖ:CKer wEg-
 18 und dann DACHT ich
 19 <<p>U: uh sie nennen_s sElbst HÖCKER (-)
 20 ich hab eine HÖCKER<<lachend>nAse> ((lacht))
 21 dann DACHT ich u↓Ä:h (-)
 22 °hh <<lachend>da hh° °hh> (--) dacht ich WIRKlich
 23 ich MUSS es machen
 24 I: [((lacht))]
 25 S: [es ist (.)] wIrklich (.) ZEIT jetzt (-)
 26 wenn nicht JETZT dann NIE
 27 I: hm,_hm.
 28 S: ja. (.) so WERD ich_s mAchen.

Sandras Darstellung der fremden Blicke gipfelt in der Benennung des „Höckers“ auf ihrer Nase durch den behandelnden Chirurgen. Durch die Sequenzialität ihrer Schilderung entsteht der Eindruck einer unausweichlichen Kausalkette: Jetzt, wo das Problem ausgesprochen ist („woll_n sie da oben noch den HÖ:CKer wEg“) und der Chirurg damit gleichzeitig eine Lösungsmöglichkeit eröffnet hat („den HÖ:CKer wEg“ zu machen), gibt es keine andere Wahl und keinen Aufschub für die Veränderung mehr. Sandra sieht sich gezwungen, die Situation ohne weitere Zeitverzögerung selbst in die Hand zu nehmen: „ich MUSS es machen“, „wenn nicht JETZT dann NIE“.

Es zeigt sich, dass an diesen Stellen – ganz im Gegensatz zu den Selbstdarstellungen der Interviewten als Dienstleistungsempfänger – die kosmetisch-chirurgische Verbesserung als Heileingriff dargestellt wird. Dementsprechend grenzt Sandra sich dezidiert von der Vorstellung ab, der Eingriff sei reiner „Luxus“:

Textstelle 8-79: Sandra prä {14:27-14:57}

01 S: IRgendwo hab ich auch Angst
 02 dass man dann SAGT (.)
 03 ja:: h_es gibt vIel SCHLIMMes.
 04 und du gehst (.) FREIwillig (.) unter_s mEsser. °h
 05 Andere haben KREBS und sO: (--)
 06 was Eigentlich bis jetzt Auch Immer MEINne mEinung wAr;
 07 ich dachte AUCH immer;
 08 ah: (.) DU: LUXusmÄdel (-) willst deine nAse korrigIeren;
 09 aber °h (.) mittlerWEile muss ich sAgen
 10 es ist NICHT luxus;
 11 es_s_(.)!TÖRT! mich !SO! exTREM FEST- (-)
 12 die MUSS weg. (-)
 13 und das ist nIcht etwAs seit einem hAlben jAhr
 14 ich mEin °h (-) die stÖrt mich seit (.) sIeben_Acht JA:hren

In der Darstellung wird deutlich, dass Sandra den Eingriff eben nicht als etwas empfindet, dass sie „FREIwillig“ in Anspruch nimmt. Die Nase wird von ihr schon so lange als so störend erlebt, dass kein anderer Weg vorstellbar erscheint. Im Erzählverlauf an dieser Stelle gibt es eben nichts „Schlimmeres“, der Eingriff ist in ihrer Sichtweise weder „FREIwillig“ noch „luxus“: Die Nase „MUSS weg“ (und ist sprachlich dabei schon als fremdes Objekt abgespalten, vgl. 2.1).

Frau Kaymaz, die schon einen misslungenen Eingriff hinter sich hat, stellt einen möglichen weiteren Eingriff zur Korrektur der ersten Operation als Möglichkeit dar, das Schicksal quasi nachträglich zu verändern.

Textstelle 8-80: Frau Kaymaz prä {18:34-19:14}

01 K: ja. (--) also ich würd es Un (.) verzüglich jetzt (.) MACHen.
02 nur eben ich hab ANGST (.)
03 dass es wIRklich (--)
04 ich will ja nICht dass es schLImmer RAUSkommt.
05 weil (.) ich hab ja schon diese erfahrung geMACHT,
06 ich will dass (-)
07 WENN er_s jetzt machen wIrd (.)
08 dass es VIEL besser aus (.) sieht.
09 I: m_hm;
10 K: also fast perFEKT aussieht.
11 so.
12 I: m_hm.
13 K: so: dass es mir (--) das was passIert ist (.) vergESSEN kann.
14 <<acc>also dass ich das Alles vergESSEN kann jEtzt.>
15 was paSIERT ist; (.)
16 dass ich einmal eine nICht schöne NA:se gehabt habe, (.)
17 dAnn dass ich es opeRIERT habe, (-)
18 und dass es !NOCH! schlimmer gewOrden ist,
19 also ich will jetzt wIRklich (--) so: opeRIERT werden
20 dass ich (--) NICHT mehr an das dEnke

Frau Kaymaz stellt als Ziel eines erneuten Eingriffs dar, ihren Leidensweg zu vergessen. Sie will damit nicht nur den misslungenen Eingriff rückgängig machen, sondern die gesamte Problematik „Nase“ in Hinblick auf ihr vergangenes Leben auslöschen. Sie will, anders formuliert, ihr gesamtes Schicksal („das was passIert ist“) in Bezug auf ihre Nase nachträglich verändern. Dabei zeigt Frau Kaymaz deutlich, dass sie sich als verursachende Kraft sowohl bei der anstehenden Entscheidung für einen erneuten Eingriff als auch bei seiner möglichen Durchführung sieht. Auch bei ihr geht es also darum, mit dem Eingriff selbstbestimmt und handlungsmächtig einer schicksalhaften Ereigniskette zu begegnen.

8.3.3 „Das ist eigentlich so mein letzter Anker“: Der Auswegslosigkeit begegnen

Einige der Interviewten schildern die Ereignisse, die zu dem Wunsch nach einem gesichtschirurgischen Eingriff geführt haben, auf eine Weise, die ihn als einzigen Ausweg aus ihrer aktuellen Situation erscheinen lässt. Sie schildern Abläufe in der Vergangenheit, die aus dem Ruder gelaufen sind. Sie stellen sich als Notleidende dar, die mit dem Eingriff den scheinbar letzten Strohalm ergreifen, der sich ihnen bietet. Als Ziel des Eingriffs erscheint dabei nicht die Optimierung der eigenen Situation, sondern eine *Verringerung des Schadens* bzw. der Versuch, mit einer als unerträglich erscheinenden Situation umzugehen.

In zwei der Interviews sind es misslungene vorangegangene gesichtschirurgische Eingriffe, die einen weiteren Eingriff alternativlos erscheinen lassen. Frau Müller schildert, wie die sozialen Reaktionen auf ihr Gesicht sie dazu getrieben haben, in der Vergangenheit mehrere gesichtschirurgische Eingriffe zu veranlassen. Diese haben zu einer Verschlechterung ihres körperlichen wie auch ihres psychischen Zustandes geführt („dass ich NOCH mehr (.) nArben (.) hATte (-) | die mich dann wI: NOCH mehr störten“). Dennoch erscheint für sie in der aktuellen Situation als einzige Möglichkeit ein erneuter Eingriff.

Textstelle 8-81: Frau Müller prä {00:42-09:48}

01 M: und natÜrlich dann auch_äh in der schule:: (.)
02 es ist sehr brutAL für ein kind wo:: mIssbildungen_hat
03 es wird SEHR sehr gehänselt
04 und ich glaub DAS hat mich °hh dazu getrieben
05 ALLE weiteren (.) operationen
06 Immer wieder Immer wieder zu MACHen und zu verbEssern
07 das irgendwie (-) WEG hAben (-) zu wollen
08 nicht me:hr °hh und äh
09 ja: als ich dann (.) äh SECHzehn war, ä:h
10 hat man (.) das erste mal äh operIERT
11 versuchte man die (.) NA:se äg_gr
12 NASenflügel und die nAse grA:de (.) zu stEllen (.) ä:h
13 ist (aber) LEIder (.) missglückt
14 man hat dann FREMDmat_rial einges ein operiert
15 u:nd ah das hat der körper ABgestoßen (-)
16 DA:raus folgten (.) wiederum schnitte (.)
17 OBERhalb im nasenrücken (-)
18 so was zur FOLge hatte
19 dass ich NOCH mehr (.) nArben (.) hATte (-)
20 die mich dann wI: NOCH mehr störten (-) äh (.)
((7 Min. 27 Sek. Auslassung))
21 der WUNSCH (.) und der DRANG danach
22 ist so:: (--) STARK (-) ä:h (-)
23 das ENDlich (.) mACHen (.) zu wollen.

24 also: <<acc>diese operatiON Endlich?> °hh ä:h (--)
 25 weil für MICH is_e (.) ich hab für MICH so: °h
 26 <<acc>entschieden> °h
 27 ä:h (.)vIel SCHLIMMer kann_s eigentlich gar nicht mehr (--)
 28 WERden;
 29 also (-) vom (.) äsTHEtischen her (--)
 30 ä:hm (-) ja? (---) und (--)
 31 dsch eigentlich so mEin (.) lEtzter Anker
 32 nämlich di:e (-) diese (--) m:: (-) beVORstehende operatiOn jetzt

Frau Müller beschreibt einen allgemeinen sozialen Mechanismus, den sie als automatische Folge eines Gesichts wie des ihren darstellt. Wenn man so aussieht wie sie, so lautet ihre implizite Aussage, wird man unweigerlich sozial ausgegrenzt – eine „sehr brutale“ Erfahrung. In Frau Müllers Darstellung tauchen keine personalen Handlungsträger auf, die durch ihre Taten für das Leid des Kindes „wo:: mIssbildungen_hat“ verantwortlich wären. Sie stellt einen automatischen Ablauf dar, der ausschließlich durch das Gesicht begründet ist. Genau diesen Ablauf macht Frau Müller nun zur Ursache für den eigenen drängenden Wunsch nach Veränderung. Als einzige Möglichkeit erscheint es, den Stimulus, auf den automatisch die Reaktionen folgen – also das Gesicht – zu verändern. Ihre durch ihr Gesicht bedingte Situation trieb sie demzufolge in der Vergangenheit zu unzähligen chirurgischen Eingriffen, die sie aus ihrer Not heraus selbst veranlasste: Sie wurde, so schildert sie es, dazu „getrieben | ALLE weiteren (.) operationen | Immer wieder Immer wieder zu MACHen und zu verbEssern“. Sie macht jedoch nicht die Erfahrung, durch diese Übernahme von Handlungsmacht ihr Leben verändern zu können. Sie stellt die Eingriffe vielmehr wiederum als eine unbeeinflussbare Folge von Fehlschlägen dar, die zu einer stetigen Verschlimmerung ihrer Situation führten. Auch hier entwirft sie keine Handlungsträger, die Schuld an ihrer zunehmend desolaten Situation tragen. Die Ereignisse erscheinen schicksalhaft, unaufhaltsam. Frau Müller stellt sich als Leidtragende dar, die erst dort als Subjekt erscheint, wo sie die Konsequenzen der Eingriffe zu tragen hat („dass ich NOCH mehr (.) nARben (.) hATte (-) | die mich dann wI: NOCH mehr störten“). Auch den anstehenden Eingriff stellt Frau Müller – trotz der vergangenen Erfahrung, mit chirurgischen Eingriffen eben nichts bewirken zu können – als einzig gangbare Möglichkeit dar – wobei tatsächlich offen bleibt, was genau sie erwartet. Sie setzt all ihre Hoffnungen in diesen letzten Ausweg, weil es (zumindest „vom (.) äsTHEtischen her“) nicht mehr schlimmer werden kann: Die Operation ist ihr „lEtzter Anker“.

Auch Frau Widmer beschreibt einen Prozess von chirurgischen Eingriffen in der Vergangenheit, bei über den sie die Kontrolle verloren hat und an dessen Ende der chirurgische Eingriff als einziger Ausweg erscheint.

Textstelle 8-82: Frau Widmer prä {00:27-28:04}

01 I: <<schnell>vi_lleicht> (.) wenn sie erst ma erZÄ:HLen (-)
 02 ähm (.) wIe_s überhaupt dazu gekOMmen is? (.)

03 dass sie hier im spiTA:L sI:nd?
 04 W: ((schnalzt)) also. (.)
 05 ich hA::tte zuE:rst ANlegeplAstik ((schluckt))
 06 also. (.) ich HA:Tte (.)
 07 EIN ohr war (.) mE:hr Abgestanden als der andere?
 08 I: ahA?
 09 W: u:nd da hab I:CH (.)
 10 dAs wollt ich schon ziemlich LANG ma:chen
 11 aber da wurde IMmer (-)
 12 mein famIlie (.) mein mAnn (.) ABgeredet
 13 und dA irgendwIe (-) hatte ich ZEIT dazu
 14 und da hab ich das gEMACHT
 15 das habe ich gemacht in ((osteuropäisches land))-
 16 I: hm_m.
 17 W: u:nd ääh (-)
 18 das ist gAnz- (--) ganz SCHLIMM gegAngen, (-)
 19 und dadUrch habe ich den gAnzen Ohr verLO:ren. (-)
 20 WEI:L der knorpel hat sich infizIert
 21 uund- (.) jA. (-) so WA:R die geschich<<ausstoßend>te>-
 22 I: o:KEY?
 23 W: u:nd (.) jetzt seit zwei:: JA::Hre: mm:: (-)
 24 bin ich in_Äh (.) unispital Basel,
 25 I: <<leise>hmm>
 26 W: in wiederHERstellende chirurgIe
 27 und die: versUchen (.) das Alles aufzuBAUen
 28 I: hm_m.
 29 W: ich hA:be scho:n <<schnell>iks iks iks> operaTIONen hInter mIr
 30 (-) wei:l- (.)
 31 sie haben versUCHT ä::h
 32 ein äh ohr aus dem rIppenknorbel AUfzubAUen (.)
 33 und ä:h HAUTtransplanta:t (-) und äh fAscienLA:ppe:n u:nd (.)
 34 JA. (.) es ist- (.)
 35 und NEUN o: pes habe ich hinter mir schon. (-)
 36 I: hm_M?
 37 W: <<leicht lachend>ich habe viel DURCHgemacht.>
 ((25 Min. 40 Sek. Auslassung))
 38 W: und jEtzt haben wir mit doktor ((name)) entSCHIE:den
 39 dass (.) wi:r (.) noch (.) geSUNde o:hr operIeren.
 40 weil die sind jEtzt nIcht GLEICH (.)
 41 das ist_d ganz KLEIne (.)
 42 und das An:dere ist jetzt <<lachend>größer>
 43 und dass wir das An:dere (.) jetzt anPA:ssen (-) zu de:m o:hr
 44 damit sie symmE:trisch ausSE:Hen. (.)

45 das natürlich (-) das macht mir jetzt am mEisten ANGST;
 46 noch bei geSUNdem o:hr etwas AntU:n; (-)
 47 aber ich weiß es ist Einzige möglichkeit
 48 mEhr oder wEniger
 49 dass das (-) dass ICH (-) ja: (.)
 50 dass es etwas vielleicht verbESSert (-)
 51 <<monoton>meine situaTION und mein Aussehen.>

Auf die Eingangsfrage der Interviewerin hin (Z. 1-3) beginnt Frau Widmer von Zeile 4 bis 7 mit einer Erklärung der Ausgangssituation in der Vergangenheit. Dabei kategorisiert sie sich zunächst als Patientin der plastischen (nicht der kosmetischen) Chirurgie, indem sie den medizinischen Ausdruck „ANlegeplAstik“ (Z. 5) verwendet. Die Formulierung ist frei von Handlungsträgern, sie beschreibt eher einen Zustand (wie: „ich hatte Masern“). Von Z. 9-15 beschreibt sie Handlungsabläufe, in denen sie selbst die Initiatorin ist. Sie benennt einen eigenen Veränderungswunsch und suggeriert gleichzeitig, dass sie auch die Möglichkeit hat, diesen praktisch umzusetzen („dAS wollt ich schon ziemlich LANG ma:chen“, Z. 10). Sie führt nun ihre Familie und ihren Mann als Gegner dieses Wunsches ein, die ihr „Abgeredet“ (vermutlich im Sinne von ausgeredet/abgeraten, Z. 12) hätten. Ab Zeile 13 macht Frau Widmer deutlich, dass sie schließlich (dennoch) eigenmächtig die Initiative ergriffen hat: Sie hatte „ZEIT dazu“ und hat es „geMACHT“ (Z. 13 und Z. 14). Von Zeile 17-21 verändert sich ihre Darstellung der Agency deutlich. Nun beschreibt Frau Widmer Abläufe, in denen sie sich keinerlei Handlungsmächtigkeit zuschreibt. Die Formulierung „das ist gAnz- (- -) ganz SCHLIMM gegAngen“ (Z. 18) ist frei von Agens und Patiens: Es bleibt unklar, wem was passiert ist und wer dafür verantwortlich sein könnte. In Zeile 19 folgt als eine Art erzählerischer Höhepunkt die Auflösung „und dadUrch habe ich den gAnzen Ohr verLO:ren.“. Hier taucht Frau Widmer als Geschädigte auf, als dramatische Gestalt, die einen Verlust erleiden musste. In Zeile 20 fügt sie noch die medizinische Begründung an, um dann in Zeile 21 die „geschich<<ausstoßend>te>“ zunächst abzuschließen. Auf das auffordernde Hörersignal fährt die Interviewte dann mit den auf diesen ersten erzählerischen Höhepunkt folgenden Ereignissen bis in die Gegenwart fort. In ihrer Darstellung ist sie Patientin ohne eigene Handlungsmächtigkeit. Unbestimmte Andere („die:“, Z. 27; „sie“, Z. 31) „versUCHen“ (Z. 27, Z. 31) den Schaden zu beheben, das Ohr wieder „AUFzubaUen“ (Z. 27, 32). Frau Widmer stellt ein aussichtsloses Unterfangen dar: All diese Bemühungen waren nur Versuche und haben offenbar zu „iks iks iks“ (Z. 29) weiteren Operationen geführt. Die Tragik dessen was sie „hInter“ sich (Z. 29, 35) hat, fasst sie in Z. 37 evaluativ zusammen: „ich habe viel DURCHgemacht.“.

Später im Interview kommt Frau Widmer auf den bevorstehenden chirurgischen Eingriff zu sprechen. Das „geSUNde o:hr“ (Z. 39) zu operieren, stellt sie als gemeinsame Entscheidung und gemeinsames Handlungsvorhaben von sich und dem zuständigen Chirurgen dar (Z. 38, 39, Z. 43) – wobei für die Hörerin klar ist, dass sie das Ohr nicht gemeinsam operieren werden. Frau Widmer gesteht sich damit eine (beschränkte) eigene Handlungsmächtigkeit bei den kommenden Ereignissen zu. Dies macht auch vor dem Hintergrund Sinn, dass sie selbst die Operationen immer wieder veranlassen muss. Frau Widmer macht ihre emotionale Ambivalenz gegenüber dieser Planung deutlich. Der Schritt mache ihr „ANGST“ (Z. 45), ihrem „geSUNdem o:hr etwas AntU:n;“ (Z. 46), also selbstschädigend zu handeln, gleichzeitig „weiß“ sie, „es ist Einzige möglichkeit“ (Z. 47), an ihrer physischen und psychischen Situation etwas zu verändern (Z. 50, 51). Frau Widmer stellt sich hier also zwar den chirurgischen Entscheidungen

gegenüber (begrenzt) handlungsmächtig dar, macht jedoch gleichzeitig deutlich, dass sie angesichts ihrer momentanen Situation keine andere Wahl hat. Um ihre „situation“ sowie ihr „Aussehen“ (Z. 51) zu verbessern, muss sie diesen Schritt ungeachtet ihrer Angst wagen.

Wie Frau Müller stellt auch Frau Widmer die Ereignisse, die dem Interview vorausgegangen sind, als Abfolge unkontrollierbarer Fehlschläge dar. Bei der ersten Entscheidung für eine „ANlegeplAstik“ schreibt sie sich selbst noch Handlungsinitiative zu – sie hat den Eingriff gegen den Rat ihrer Familie in Anspruch genommen. Das Ergebnis war jedoch verheerend („das ist gAnz- (--) ganz SCHLIMM gegAngen“, „der knorpel hat sich infizIert“). Auch die Versuche, den Fehler zu beheben, haben zu keinem Erfolg geführt. Frau Widmer macht deutlich, dass die Ereignisse nach der ersten Entscheidung außerhalb ihrer Handlungsmacht lagen – es geschah etwas mit ihrem Ohr, und der entstandene Schaden wird von unbestimmten anderen versucht zu beheben, die allerdings scheitern. Wie Frau Müller taucht auch Frau Widmer erst an der Stelle ihrer Schilderung wieder als Subjekt auf, wo sie die Konsequenzen ihrer Fehlentscheidung tragen muss („und NEUN o: pes habe ich hinter mir schon. (-) | <<leicht lachend>ich habe viel DURCHgemacht>“). Der nun anstehende Eingriff ist eine direkte Folge der vorangegangenen Ereignisse. Sie stellt ihn als gemeinsame Aufgabe des behandelnden Arztes und ihrer selbst dar. Gleichzeitig macht sie deutlich, dass sie keine andere Möglichkeit sieht, als ihrem gesunden Ohr etwas „anzutun“, wenn sie ihre Gesamtsituation verbessern will. Wie Frau Müller setzt sie ungeachtet der früheren Fehlschläge und ihrer daraus resultierenden Angst all ihre Hoffnung in den Eingriff.

In beiden Schilderungen stellen sich die Interviewten als Initiatorinnen für vorhergehende gesichts chirurgische Eingriffe dar, die unaufhaltsam schief gelaufen sind. Sie machen niemanden für die Fehlschläge verantwortlich: Ihren Darstellungen zufolge sind sie einfach so geschehen – allerdings mit verheerenden Konsequenzen. Trotz dieser Erfahrung wird ein erneuter gesichts chirurgischer Eingriff als einzig gangbare und unausweichliche Möglichkeit dargestellt, eine Verbesserung zu erreichen.

Auch Yvonne stellt die Notwendigkeit eines Eingriffs über mögliche negative Konsequenzen. In ihrer Darstellung sind es bestimmte *sozialer Reaktionen* auf ihr Gesicht, die einen gesichts chirurgischen Eingriff als alternativlos erscheinen lassen.

Textstelle 8-83: Yvonne prä {17:26-18:56}

01 Y: wenn dIr schon WILDfrEmdi lüt des sa:gen ja (-)
02 irgendwie (--) kla:r ich könnt (.) im GRUND gno
03 könnt ich °h (--)
04 en fü:chte (--) DRECK dadruf gä: (--) weisch; (.)
05 was fremdi LÜT mir sa:ge;
06 aber DENnoch ich merk ja Au
07 dass des dEne Uffallt oder;
08 oder dass die des sogAr SA:ge
09 also muss ja was DRA si (--) ja?
10 I: <<p>hm>

11 Y: und dEs isch der GRUND.
 12 I: <<p>hm>
 13 Y: unter anderem halt au noch
 14 der beSTÄTigt quAsi dEs,
 15 was mIch sElber an MIR scho stÖrt;
 16 obwohl der frEmd isch für mich aber TROTZdem. (--)
 17 ds_isch (.) TROTZdem (-) goht dir des
 18 irgendwie (-) in in in KOPF ihne weisch;
 19 und denksch (.) hm (--) wieso SAIT_n der des jetzt
 20 (2.0)
 21 Y: ja ich weiß (--) hab ne häßlichi NA:se
 22 oder e groÖßi nase (.) °h toll (.)
 23 aber äh (-) des SAIT dir dann Au noch jE:mand;
 24 und beSTÄtigt dich quAsi no (---) hm.
 25 I: <<p>hm: (1.5) hm> (--) und VORher
 26 hatt_s_t du (.) HATT_s_t du zwEifel oder
 27 Y: vorher war nUr des mit (.)
 28 <<acc und betonend>oh gott KOMMT des gut-
 29 verHEILT des gut-
 30 WIRDS nachher wieder genAu so schlImm- °h (.)
 31 kommt wieder en HÜCKel- °h ähm (.)
 32 hab ich schmErzen NACH der op-
 33 kann (.) wie seh ich Aus
 34 nacher gefAll ich mir nicht und DANN? (-) was mache
 35 DIE sache.
 36 und DANN als des wAr da hab ich gesagt;
 37 so. (-) scheiß auf ALLES?
 38 des wird Irgendwie schon GU:T gehen?
 39 machs. machs (.) es kann nur BESSer werden

Yvonne macht deutlich, dass alle Zweifel, die sie angesichts eines chirurgischen Eingriffs gehabt haben mag, angesichts der Tatsache, von anderen auf ihr Gesicht angesprochen zu werden, für sie bedeutungslos werden. Sie kann sich von den Aussagen nicht distanzieren, sie gehen ihr „in KOPF ihne“ und „bestätigen“, was sie selbst „stört“. Sie ist von ihrem Gesicht in keiner Weise distanziert – Kritik am Gesicht trifft direkt ihr Selbstwertgefühl. Der Eingriff wird ungeachtet möglicher negativer Konsequenzen (wie sie von Frau Müller und Frau Widmer beschrieben sind) zu einer *Notwendigkeit*, um den eigenen Mangel zu beheben.

Die bisherigen Darstellungen (2.3.1-2.3.3) unterscheiden sich in der Frage, als wie „freiwillig“ die Inanspruchnahme des gesichtschirurgischen Eingriffs in den Ereignissen dargestellt wird. Allerdings sind es trotz aller Ambivalenzen schließlich die Interviewten selbst, die eine Entscheidung für oder gegen einen Eingriff treffen.

8.3.4 „So kann man einfach nicht herum laufen – hat der gefunden“: Sich behandeln lassen

Die in diesem Abschnitt dargestellten Textstellen unterscheiden sich von den bisherigen insofern, als die Interviewten sich explizit *nicht* als Handlungsträger in Bezug auf den Eingriff darstellen: In den Erzählkonstruktionen wird jede Verantwortung für die Bewertung der Notwendigkeit und die Durchführung des Eingriffs abgegeben. In ihren Darstellungen folgen die Interviewten in ihren Entscheidungen dem Urteil anderer. Der Eingriff wird als Maßnahme des sozialen Anstands dargestellt. Der entscheidende Unterschied zu den bisherigen Ausschnitten ist, dass die Interviewten sich an den entsprechenden Stellen im Interview als behandelte Patienten positionieren.

Bei den Interviewten, die solche Darstellungen machen, handelt es sich – wenig überraschend – um solche mit einem medizinisch verordneten Eingriff aufgrund von pathologischen Veränderungen im Gesicht. Wichtig erscheint an dieser Stelle jedoch noch einmal darauf hinzuweisen, dass auch bei diesen Interviewten der ästhetisch-rekonstruktive Teil des Eingriffs nicht zwingend ist, sondern als kosmetische Wiederherstellung durchgeführt wird. Zudem findet sich nicht bei allen Interviewten mit pathologischen Veränderungen diese Darstellungsform (so stellt sich beispielsweise Frau Meyer als Dienstleistungsempfängerin dar).

Herr Huber macht deutlich, dass die Abläufe und Entscheidungen außerhalb seines Ermessensbereichs liegen. Er stellt sich als den Prozessen rund um den Eingriff ausgeliefert dar.

Textstelle 8-84: Herr Huber prä {03:35-09:34}

01 H: dann gIng_s ne wEile
02 bis man zum geSPRÄCH geladen wurde, (-)
03 und vom gespräch bis man zum o: pe-termin kömmt, °h (-)
04 aber jetzt isch_s dann MORgen so weit
05 ENDlich
06 und ich wEiss net was man mit mir ANstellt alles, (.)
07 wie tIEf das alles gewAchsen isch, (.)
08 ich hOff dass noch was ÜBrig bleibt von der nA:se
((5 Min. 34 Sek. Auslassung))
10 H: hAut wird transplanTIERT
11 sagt MAN. (-)
12 damit_s wieder °hh (--) wieder irgendwie
13 es ZU isch
14 das LOCH (-)
15 und nicht so auffÄLLig wird

In Herrn Hubers Darstellung erscheinen keine konkreten Handlungsträger – die von ihm angerissenen Abläufe folgen einer inneren Logik, die im medizinischen System begründet liegt und der er selbst nur Folge leisten kann. Über medizinisches Vorgehen und Ziel des Eingriffs kann er nur spekulieren, die Hoffnung bezüglich des Ergebnisses

ist bescheiden: Herr Hubert hofft „dass noch was Übrig bleibt von der nA:se“ – eine eigene Agenda darüber hinaus wird nicht deutlich.

Noch expliziter positioniert sich Frau Bauer als „fügsame Patientin“, die im Verlauf der Ereignisse eigentlich keine eigene Meinung hat, sondern sich dem Urteil der behandelnden Ärzte einverständlich „ergibt“.

Textstelle 8-85: Frau Bauer prä {02:01-04:36}

01 B: und dAnn hat dIe (.) ä:h (-) dIe: (.) chiRURgin gesagt
02 jA jetzt könnte man da diese SALbe anstreIchen
03 I: [hmm]
04 B: [die da]nn das (.) WACHStum der (-) zEllen hIndert (.)
05 und dann HAT der ((Arzt,LS)) halt gesagt
06 jA_ÜBERall am körper aber nIcht an der nAse
07 weil das sIeht <<nachdrücklich>S00 schEUßlich AUS dann> (-)
08 I: hmm
09 B: und das kAnn man einfach NIEmandem zUmuten
10 I: hmm
11 B: und dann (-) hat SIE sElber gesagt
12 also JETZT wäre (.) besser eine plastische chirurgie
13 I: hMm.
14 B: und hAt er mich dort ANgemeldet
((1 Min. 48 Sek. Auslassung))
15 B: un: e_sieht (.) EInfach nich schön AUS (.) oder?
16 I: okE:
17 B: un da hat_er_gesagt
18 naja jetzt kann man nIcht NOCHmAl also (-)
19 jetzt muss man dAs mal GRÜNDlich mACHen und_äh (-)
20 und (.) E:ben AUCH
21 dass es nachher (.) IRGENDwie wieder_äh so::
22 <<lachend>richtig aussieht>
23 also so kann man einfach nicht HERUM laufen (-)
24 <<ansteigend>hat DER gefunden>
25 also wie es JETZT ist -
26 wenn_s jetzt alles WEG wäre (.)
27 würd_s mich NICHT groß stören

Im ersten Teil dieser Episode läßt Frau Bauer ihre behandelnden Ärzte sprechen. Sie reinszeniert in direkter Rede, wie ihre „chiRURgin“ (später „sie“) und ihr Hausarzt („der“) über die beste Behandlung ihres Basalioms räsonieren. Dabei läßt sie die beiden zu dem Schluß kommen, dass ein chirurgischer Eingriff besser sei als das Auftragen einer „SALbe“. Als wichtigstes Argument gegen die Salbe zitiert sie ihren Hausarzt mit den Worten: „weil das sIeht <<nachdrücklich>S00 schEUßlich AUS dann> (-) | (...) | und das kAnn man einfach NIEmandem zUmuten“ (Z.7-9).

Die Formulierung, die sie wählt, ist ambig: Kann man es niemandem zumuten, so aussehen zu müssen, oder kann man es niemandem zumuten, jemanden anschauen zu müssen, der so aussieht? Die Handlung wird in der Darstellung ausschließlich von den Ärzten vorangetrieben. Sie entscheiden über die richtige Behandlung, der Hausarzt meldet Frau Bauer schließlich im Spital an. Etwas später im Interview konstatiert Frau Bauer in Einklang mit der ärztlichen Meinung „un: e_sieht (.) EInfach nicht schön AUS (.) oder?“ (Z. 15). Als Konsequenz dieser Feststellung läßt sie nun wiederum den Arzt sprechen: Er ist der Meinung, man müsse diesmal (anders als offenbar die Male zuvor) „dAs mal GRÜNDlich mAchen“ (Z. 19), also die Nase gründlich behandeln, „dass es nachher (.) IRGENDwie wieder_äh so:: | <<lachend>richtig aussieht>“ (Z. 21, 22). Mit der Formulierung „richtig aussieht“, die Frau Bauer ihrem Arzt in den Mund legt, umgeht sie eine Evaluation des vorherigen Zustandes ihrer Nase. So hätte sie ihn beispielsweise auch sagen lassen können: „dass es wieder gut aussieht“ – was dann als Eitelkeit hätte ausgelegt werden können. Frau Bauer reinszeniert anschließend wiederum in direkter Rede die Begründung ihres Arztes dafür, dass die Nase wieder „richtig“ aussehen soll: „also so kann man einfach nicht HERUM laufen (-) | <<ansteigend>hat DER gefunden> | also wie es JETZT ist“ (Z. 23-25). Diese normative Feststellung ist erneut ambig in Bezug auf die Frage, an wen sie sich richtet: Ist es die Patientin, der nicht zugemutet werden kann, so herum zu laufen, oder sind es die anderen, denen der Anblick der Patientin nicht zugemutet werden kann? Frau Bauer beschließt diesen Abschnitt indem sie betont: „wenn_s jetzt alles WEG wäre (.) | würd_s mich NICHT groß stören“ (Z. 26, 27), womit sie sich auf die Krebszellen bezieht. An dieser Stelle macht sie zum ersten und einzigen Mal in dieser Episode explizit ihre eigene Einstellung zum chirurgischen Eingriff deutlich: Demzufolge geht es ihr selbst – anders als den Ärzten – ausschließlich um die Entfernung der Krebszellen und es ist kein Thema, ob man „so herumlaufen“ kann.

Frau Bauer macht durch ihre Darstellung deutlich, dass nicht sie mit der Frage von „Äußerlichkeiten“ beschäftigt ist, sondern ihre Ärzte. Indem sie in ihren Ausführungen die Ärzte sprechen läßt, kommt sie darum herum, den gesichtschirurgischen Eingriff zu rechtfertigen – er ist ja nicht ihre Idee. Damit umgeht sie auch eine Selbstdarstellung, die sie als eitle Person zeigen könnte. Sie interessiert sich nicht für ihr Aussehen, es sind die Anderen, die ein Problem haben. Frau Bauer nimmt in ihrer Darstellung den gesichtschirurgischen Eingriff quasi von inneren Beweggründen weg und macht ihn zu einem Verhandlungsfeld von sozialem Anstand: Das Gesicht, wie es jetzt ist, könnte ein Problem für andere darstellen, es ist etwas, das man anderen nicht „zumuten“ kann. Für dieses Problem läßt sie ihren Arzt eine Lösung finden: Die Nase muss „gründlich gemacht“ werden, so „dass es nachher (.) IRGENDwie wieder_äh so:: | <<lachend>richtig aussieht>“. Auf den sozialen Anstand verweist auch Herr Keller in seiner Darstellung, wenn er als Begründung für die Inanspruchnahme eines Eingriffs auf ein mögliches Treffen mit den Eltern der Freundin seines Sohnes verweist (Textstelle 7-58): „damit wenn (.) | wenn_s denn zu sonere | (1.0) | zu somene träffe chiem (-) | dass: | (1.0) | dass de denn au einigermaße ussehsch“. Der Eingriff erscheint dann weniger als Möglichkeit denn als soziale Verpflichtung im Sinne des Seelenfriedens der Anderen.

8.3.5 Zusammenfassung: Der Eingriff zwischen Handlungsmächtigkeit und Kontrollverlust

In den Interviews zeigte sich, dass der geplante Eingriff am Gesicht unter ganz unterschiedlichen Gesichtspunkten dargestellt wird. Bei den gewählten Darstellungen handelt es sich um Schlüsselstellen zum Verständnis von Motivation und Zielsetzung der Interviewten über die vordergründigen Aspekte hinaus, die unter Kapitel 7.1 beschreiben sind: Warum wird ein Eingriff erwogen und was soll damit erreicht werden?

In den Darstellungen der Interviewten im ersten Abschnitt (8.3.1) finden sich insbesondere Formulierungen der Veranlassung: Die Interviewten machen deutlich, dass sie *selbst* entscheiden, was notwendig ist, und sie veranlassen eine Veränderung, die dann von *anderen* durchgeführt wird. Die Interviewten nehmen ein zur Verfügung stehendes Angebot in Anspruch, wie man einen Architekten beauftragt, weil man selbst ein Haus nicht konstruieren kann. Die Interviewten stellen sich dabei als informierte Kunden ohne psychischen oder sozialen Druck dar: Ziel ist die Optimierung eines ohnehin schon guten Zustandes.

Im zweiten Abschnitt (8.3.2) klingen die Formulierungen, als machten die Interviewten selbst etwas mit ihrem Gesicht: Sie stellen sich selbst als Handelnde dar – auch wenn klar ist, dass der Eingriff nicht von ihnen selbst durchgeführt werden kann (auch Herr Kunert wird nicht selbst „versuchen“ etwas „abzuschneiden“). Als Ziel des Eingriffs soll unerwünschten, nicht in der eigenen Kontrolle befindlichen Ereignissen begegnet werden – durch den Eingriff soll Kontrolle oder Handlungsfähigkeit wiedererlangt werden. Die bewußte Entscheidung für einen Eingriff ist als Autonomiegewinn gegenüber schicksalhaften Ereignissen dargestellt.

Bei den Darstellungen der Interviewten im dritten Abschnitt (8.3.3) verschwinden die Handlungskategorien. Es steht weder im Vordergrund, dass andere zum Handeln beauftragt werden, noch, dass die Interviewten selbst handeln. Vielmehr wird hier vom *Zustand* her formuliert. Die Interviewten machen deutlich, dass eine gegebene Situation nicht mehr schlimmer werden kann, dass ein Eingriff die einzige Möglichkeit zur Verbesserung ist. Hier entscheidet niemand explizit – die (zwingende) Indikation für einen Eingriff wird der Situation an sich zugeschrieben. Eine Verbesserung wird in dem Moment weder erwartet noch erhofft.

In vierten Abschnitt (8.3.4) schließlich verweisen die Interviewten in allen Aspekten auf andere. Die Beurteilung der Notwendigkeit, die Entscheidung für einen Eingriff sowie dessen Durchführung werden den Behandlern zugeschrieben. Indem sie jede eigene Agenda zurückweisen, entziehen sie sich dem gesamten Feld von persönlicher und sozialer Infragestellung und Verantwortung.

Die verschiedenen Arten, sich selbst in Zusammenhang mit der Möglichkeit zu einem Eingriff darzustellen, bewegen sich also vornehmlich auf den Polen Kontrolle vs. Kontrollverlust bzw. Handlungsmächtigkeit vs. Ohnmacht. Die dargestellten Interviewten übernehmen in abnehmendem Maße *Verantwortung* für die geplante Veränderung ihres Gesichts. Gruppe 1 stellt einen maximalen Entscheidungsspielraum dar (die Interviewten machen deutlich, dass sie sich auch anders entscheiden könnten). Gruppe 2 entscheidet sich zwar bewusst und aktiv, jedoch aus einer Notwendigkeit

heraus – die Alternativen heißen handeln oder sich in ein ungewolltes Schicksal ergeben. Gruppe 3 stellt eine Situation dar, in der ein Eingriff alternativlos als einzige Möglichkeit zur Rettung erscheint. Gruppe 4 gibt die Verantwortung problemlos und konfliktfrei an andere ab.

8.4 Das chirurgisch behandelte Gesicht: Die identitätsbezogene Bedeutung der postoperativen Veränderung

Im folgenden Kapitel stehen die postoperativen Interviews im Vordergrund. Es wird gezeigt, wie die Interviewten über das Ergebnis ihres gesichtschirurgischen Eingriffs sprechen. Dabei werden immer wieder auch die Darstellungen aus den präoperativen Interviews herangezogen. In der Auswertung zeigte sich, dass die postoperativen Interviews einer ganz anderen darstellerischen Logik folgen als die präoperativen Interviews. Das, was in den präoperativen Interviews auf die Zukunft ausgerichtet war (es gibt einen bestimmten Zustand, der kurz vor einer Veränderung steht), muss jetzt als *status quo* verarbeitet werden: Es muss ein *Ergebnis* integriert werden. Es zeigte sich, dass bei der Bewertung des Ergebnisses auch der Behandlungsprozess eine Rolle spielt. Die Frage, an welchen Stellen die Kontrolle über die Abläufe und das Behandlungsergebnis behalten werden konnte und wo ein Kontrollverlust stattfand, ist dabei eng mit der Frage nach der Verantwortlichkeit verbunden (8.4.1). Insbesondere der erste Blick in den Spiegel wird als Schlüsselerlebnis geschildert, bei dem die Interviewten mit dem Ergebnis der „Tat“ konfrontiert sind. Die Darstellungen des Momentes der ersten Selbstbetrachtung changieren zwischen distanzierter Fremdheit und plötzlichen „Wiedererkennen“ – der neue Anblick muss erst angeeignet werden (8.4.2). In den Interviews zeigt sich, dass die Bewertungen des „neuen“ Gesichts unmittelbar mit dem „alten“ Gesicht zusammenhängen. Je nach dem, welche Beziehung die Interviewten vor dem Eingriff zu ihrem Gesicht hatten, wird das „alte“ Gesicht abgespalten oder als Beweis dafür herangezogen, dass der Eingriff sich „gelohnt“ hat (8.4.4). Schließlich zeigt sich in einigen der Interviews deutlich, dass die Interviewten im Hinblick auf den Eingriff nicht auf einen klaren Schnitt zwischen „vorher“ und „nacher“ zurückblicken. Zum einen müssen postoperativ Anpassungsprozesse stattfinden, zum anderen wird nicht immer ein abgeschlossener Prozess dargestellt: Es bleiben Unzufriedenheiten und offene Fragen bestehen (8.4.4).

8.4.1 „Dass es so ist, wie ich es wollte“: Kontrolle und Verantwortung im Behandlungsprozess

Viele der Interviewten stellen postoperativ den durchlaufenen Behandlungsprozess als Kontrollverlust dar – unabhängig davon, wen oder was sie präoperativ als treibenden Faktor für die Inanspruchnahme von plastischer Chirurgie dargestellt hatten. Es zeigt sich insbesondere, dass Fragen nach der Verantwortung für den Verlauf der Ereignisse eine entscheidende Rolle spielen – auch bei der Bewertung und Integration des Operationsergebnisses.

Frau Bauer, die im präoperativen Interview alle Verantwortung für Entscheidung und Prozess an die Behandler abgibt (vgl. Abschnitt 8.3.1), schildert eine „klassische“

Behandlungsgeschichte: Durch die Abläufe im Spital erscheint sie zunächst völlig ausgeliefert, erobert sich jedoch auf anderer Ebene Kontrolle zurück.

Textstelle 8-86: Frau Bauer post {02:55-03:23}

01 B: ich kam mir VO:R (.)
02 also (.) e:ben (.)
03 wie wenn über mIch einfach verFÜGT würde so: (.)
04 das war also ein !GANZ! schlechtes gefÜ:hl
05 muss ich SAgen (.) ja.
06 I: m_hm.
07 B: und ich wUsste ja auch ga:r nicht WER mich operIert,
08 und da hab ich dem HAUSarzt AngerUfen, (.)
09 DER hat AngerUfen, °h
10 ja das_ä:h (-) sei IRgendwe:r.
11 also SE:He man dann und so:, °h
12 und (-) <<lachend>also ES war> (.)
13 und dAnn hab ich dann die ÄRZtin Angerufen, (.)
14 gesagt
15 können sie mir mal bItte ihren nN:men buchstaBIERen;
16 ich habe NICHTS verstAnden,
17 und dAnn hat sie mir_s dann buchstaBIERT
18 und DANN ist dann gu:t gegAngen

Frau Bauer reflektiert postoperativ die Ohnmacht, die sie im Behandlungsprozess verspürte – ein „!GANZ! schlechtes gefÜ:hl“ (Z. 4), es werde über sie „einfach verFÜGT“ (Z. 3). Sie schildert einen ersten Versuch, sich die Handlungsmächtigkeit zurückzuerobern, indem sie den „HAUSarzt“ (Z. 8) anruft. Dieser erweist sich als nicht hilfsbereit. Frau Bauer startet einen zweiten Versuch – sie ruft die behandelnde Ärztin direkt an, und sorgt dafür, dass sie wenigstens deren korrekten Namen erfährt. In Frau Bauers Schilderung klingt es schließlich, als sei diese „Aufklärung“ – ihre aktive Teilnahme an dem Geschehen durch den Versuch, es wenigstens in den Personalfragen unter Kontrolle zu bekommen – die Begründung für das schlussendliche Gelingen: „und DANN ist dann gu:t gegAngen“ (Z. 18). Frau Bauer macht die Rückgewinnung von *Agency* auf der Ebene der Ereignisse geltend. Gleichzeitig zeigt sie sich im Interview selbst durch die Art der Schilderung als handlungsmächtige Person: Sie reflektiert die Ereignisse, erzählt sie pointiert und positioniert dabei gleichzeitig die Ärzte als relativ unsensible Akteure, womit sie die Hoheit über den Verlauf der Geschichte in der und durch die Narration zurückgewinnt.

Es zeigt sich in Frau Bauers Schilderung, dass für sie trotz der präoperativ dargestellten *willentlichen* Abgabe von Verantwortung und Entscheidungshoheit an die Behandler (siehe Textstelle 8-85) die Tatsache, diesen im Behandlungsprozess „ausgeliefert“ zu sein, schwierig wurde. Frau Bauer begegnet dem, indem sie sich durch Taten in der betreffenden Situation und durch die nachträgliche Reflexion und Darstellung der Ereignisse wieder handlungsfähig macht und damit wieder Kontrolle gewinnt.

Frau Widmer, bei der schon im präoperativen Interview der Kontrollverlust im Behandlungsprozess eine große Rolle spielt (siehe Textstelle 8-82), macht im postoperativen Interview erneut genau diesen Kontrollverlust zu einem Schlüsselerleben für den Fortgang der Ereignisse.

Textstelle 8-87: Frau Widmer post {06:36-09:31}

01 I: vielleicht wenn wir (-) noch mal die Abläufe angucken; (-)
02 es war ja das LETZte mal so: (-)
03 als WIR uns gesEhen haben °h (-)
04 dass sie EIgentlich am nächsten tag
05 eine operatiOn am geSUNDen ohr haben sollten. (-)
06 W: m_hmm:
07 I: und sie haben sich daGEgen entschieden;
08 können sie erzÄhlen wie_s dazu gekOMMen ist?
09 W: °hh (.) hh° (-) angst (.)
10 ich hATte ANGST; (.)
11 ich wEiß nicht waRUM (.)
12 ich habe da:mals die gANze nacht nicht geSCHLAFen; (.)
13 ich habe ANGST das wiederho:lt sich.
14 I: <<pp>ja>
15 W: ((weint))
16 (18.0)
17 W: ich weiß nicht ob ich kann wEiter spre:chen;
((4 Sek. Auslassung))
18 W: ((weint)) (3.0) ich (--) hh°
19 ich habe jetzt gedAcht an diese TA:G;
20 ich habe so geZITTERert
21 (2.0)
22 W: ungewOLLT
23 (7.0)
24 W: ((schnieft)) weil ich bin am mOrgen gekOMMen, (--)
25 ich wAr schon auf dem STUHL, ((schnieft))
26 und eben die schwEster (--) hat mir BEIde O:hren desinfizIert;
27 also an bEi:de ohren soll ja (.) sollte ja EINgriff stattfinden;
28 und ich habe die gANze NACHT nicht geschlafen;
29 weil ich habe geZWEIfelt;
30 was MACHe ich;
31 mache ich wieder den gLEichen FEHLer,
32 ((schnieft)) wie damals ((schluckt))
33 (2.0)
34 W: ich habe SO geZIttert;
35 (3.5)
36 W: ((schnieft)) und dann wenn doktor ((name)) re:ingekommen IST

37 ich habe gesagt
 38 <<weinend>ich WEISS es nIcht (--)
 39 ich WILL es nIcht (--)
 40 ich habe ANGST (1.0)
 41 dann hat er gesagt (.)
 42 gut (.) dann mAchen wir es NICHT> (---) ja
 43 I: <p>wie wAr das für sie
 44 dass er gesagt hat
 45 gUt (.) dann mAchen wir_s nicht?>
 46 W: gut
 47 (2.0)
 48 W: ich WOLLte (.)
 49 ich wollte dass es GLEICH aussieht, (-)
 50 ich habe nAchher ein bisschen beREUT sogar, (-)
 51 aber (---) <<flüsternd>ja> (--) es war solche ANGST.
 52 ich habe schon LANG so etwas nicht erLEbt;
 53 aber DAS °hh
 54 I: <<flüsternd>ja klAr>
 55 (5.0)
 56 W: <<flüsternd>tschuldigung>
 ((25 Sek. Auslassung))
 57 W: aber ich weiß IMMer noch nicht
 58 ob ich damals richtige entSCHEIdung getrOffen habe;
 59 aber (--) mein ganze körper hat sich geWEIgert

Die Frage der Interviewerin, wie es dazu kam, dass Frau Widmer sich „gegen“ einen Eingriff „entschieden“ habe (Z. 7), beantwortet diese zunächst mit ihrer „angst“ (Z. 9), ihre Geschichte könne sich wiederholen (mit dem nicht veränderten Ohr könne das Gleiche geschehen wie mit dem versehrten Ohr). Im Interview verliert Frau Widmer an dieser Stelle (körperlich und kommunikativ) die Kontrolle über ihre Ausführungen: Sie weint so stark, dass sie nicht weiter sprechen kann (Z. 15-17). Dann führt sie erklärend aus, wie sie am Tag des Eingriffs die Kontrolle über ihren Körper verlor. Sie beschreibt, auf dem Behandlungstuhl unkontrolliert „geZITTERert“(Z. 20) zu haben. Sie macht deutlich, dass sie den Eingriff selbst aktiv ablehnte – sie reinszeniert ihre Aussage an den Arzt: „ich WILL es nIcht“ (Z. 39). Der Arzt geht mit ihrer Entscheidung einher, als er sagt „gut (.) dann mAchen wir es NICHT>“ (Z. 45). Auf Nachfrage der Interviewerin macht Frau Widmer deutlich, dass sie dem Ausgang der Ereignisse ambivalent gegenübersteht: Zwar war es gut, dass der Arzt ihren Wunsch direkt aufgriff, gleichzeitig hat sich so jedoch auch nichts verändert. Als Fazit betont Frau Widmer die Rolle ihres Körpers bei der Entscheidung. Sie selbst ist unsicher, ob es richtig war, den Eingriff nicht zu machen, aber sie kam nicht gegen ihren Körper an: „mein ganze körper hat sich geWEIgert“ (Z. 59).

Im Interview mit Frau Widmer zeigt sich eindrücklich die Rolle von Kontrolle und Kontrollverlust im Behandlungsprozess: Ihre Entscheidung für eine kosmetische Ohranlegung in der Vergangenheit hat zu unkontrollierbaren und dramatischen

Konsequenzen geführt. Vor einem erneuten Eingriff zu stehen, bei dem das noch unverletzte Ohr „angepasst“ werden soll, bedeutet im Grunde eine „Retraumatisierung“³⁰. Frau Widmer *verkörpert* sowohl in der Behandlungssituation als auch im Interview den Kontrollverlust, indem sie zittert bzw. weint. Dabei scheinen sich vergangene Erfahrung und antizipierte Zukunft zu vermischen: Zittern und Weinen verweisen sowohl auf das „Trauma“ in der Vergangenheit als auch auf die Bedrohlichkeit des geplanten Eingriffs. Frau Widmer *kann* sich nicht erneut „behandeln“ lassen, auch wenn sie keine Alternative zu einem chirurgischen Eingriff sieht und die Ablehnung regelrecht bereut. Der Kontrollverlust in der Behandlungssituation bedeutet auch einen Kontrollverlust über den Fortgang der Ereignisse in der Zukunft, da Frau Widmer mit dem Eingriff die Hoffnung verband, durch die körperliche Veränderung eine psychische Veränderung zu erreichen und damit wieder mehr Kontrolle über die kommenden Ereignisse zu haben. Andererseits kann man argumentieren, dass Frau Widmers Körper selbst die Kontrolle übernimmt und sie wieder zur Herrin der Lage macht, indem er eine potentiell katastrophale Entscheidung verhindert. Wo er präoperativ eher als Aggressor erscheint (vgl. Textstelle 8-30), wäre er damit – trotz gescheitertem Operationswunsch – nun ein Verbündeter. Das Thema Kontrolle zeigt sich bei Frau Widmer auf der Ebene der erzählten Ereignisse, beim Erzählen in der Interviewsituation selbst und sogar direkt auf körperlicher Ebene.

Kontrolle bzw. Kontrollverlust im Behandlungsprozess sind auch Themen bei den Interviewten, die den Eingriff in den präoperativen Interviews als „Dienstleistung“ erscheinen lassen (vgl. Abschnitt 8.3.1), die also vor der eigentlichen Behandlung eine eigenverantwortliche und selbstbestimmte Entscheidung darstellen. Lena macht zwei Dinge deutlich: Zum einen, wie entscheidend es für sie war, dem operierenden Arzt ganz genaue Instruktionen zu geben. Zum anderen, wie schwierig gleichzeitig das Vertrauen aufzubringen war, dass der Eingriff genau nach ihren eigenen Vorstellungen verlaufen würde.

Textstelle 8-88: Lena post {24:49-25:49}

01 I: was würdest du denn SA:gen (.)
 02 war so für dIch (--) das WICHtigste in der gAnzen (.)
 03 im gAnzen verLAUF (.)
 04 in der gAnzen SAche; (--)
 05 für dich persÖNlich
 ((8 Sek. Auslassung))
 06 L: dass es so Use cho: isch wien ich_s ha WELLE. (---)
 07 wil är het ja lAng no wele ANDeri sache verÄndere; (--)
 08 aso die ganzi nAse SCHMÄler mache (.)
 09 <<acc>und und und> (-)
 10 und ich han Immer wieder müesse beTone

³⁰ Der Traumabegriff ist an dieser Stelle nicht diagnostisch sauber verwendet, sondern soll die in die Gegenwart reichende Auswirkung der vergangenen Bedrohung verdeutlichen.

11 NEI nur d_spItze-
 12 NEI nur d_spItze; °h
 13 und en momÄnt lang bini mer nid SICHer gsi (.)
 14 macht er au wIRklich nur d_SPItze oder °h (--)
 15 wil de het mer wele (.) d_nArbe DO: no mol Ufschnide
 16 und neu ZÄmenäie
 17 und ich so
 18 nEi nur d_SPItze; °h (--)
 19 und wirklich so vOr de operatiOn han ich das no mol müesse beTOne
 20 nUr d_SPItze;
 21 wil ich mir nid SICHer gsi bi (--)
 22 macht er jetzt nUr d_SPItze oder (--)
 23 <<p>so beKLOPPT dass das tÖ:ne mag;> (---)
 24 und denn halt au (--) WIRKlich z_gSEh (.) °h
 25 a:h (.) är het nur d_spitze GMACHT (.)
 26 und es isch e so wien ich mir das VORgstellt ha. (--)
 27 dAsch glaub s_WIChtigschte gsi

In Lenas Darstellung zeigt sich, wie sehr sie mit der Tatsache ringt, dass sie eine Veränderung erreichen will, von deren Grenzen sie eine genaue Vorstellung hat, für die sie die Verantwortung jedoch in fremde Hände geben muss. Sie kann sich nicht selbst operieren, sondern muss diesen Schritt delegieren (vgl. auch Kapitel 7.3) und verliert damit in der konkreten Behandlung die Kontrolle über das Geschehen. Dem versucht sie zu begegnen, indem sie ihre Anweisungen an den Chirurgen mehrfach wiederholt – und es zeigt sich schließlich ihre Erleichterung, als sie im Ergebnis sieht, dass ihren Wünschen Folge geleistet wurde. In der Hier-und-Jetzt-Zeit des Interviews stellt sie damit noch einmal – wie im präoperativen Interview – ihre Vehemenz und Entscheidungskompetenz dar: Sie zeigt sich als Person, die genaue Vorstellungen über die Möglichkeiten und Grenzen des Eingriffs hat und diese auch dem (potentiell übereifrigen) Arzt gegenüber durchzusetzen weiß. Lena zeigt ihre Bemühungen und ihre Kompetenz, in der prekären Behandlungssituation die Kontrolle über das Geschehen aufrecht zu erhalten.

Auch Frau Favelli stellt als Kriterium für ihre positive Bewertung des Operationsergebnisses in den Vordergrund, dass es ihren eigenen Wünschen und dem Versprechen des Arztes entspricht.

Textstelle 8-89: Frau Favelli post {11:15-11:27}

01 F: ich habe auch dem doktor ((NAME)) gesagt;
 02 ich will_s wIRklich so haben das KEIN mEnsCh mir dann sagt
 03 jEsses du hast jA (--) Alles zuSAMMengezogen
 04 oder wi:e was. (-)
 05 und ER hat mir gesAgt (.)
 06 nE:in das BLEIBT dabei (-)

07 die MImik und Alles
08 ist wIrklich geNAU gleich geblieben

In Frau Favellis Darstellung wird ein weiterer Aspekt deutlich, der auch bei Lena anklingt: Es geht nicht nur darum, dass die eigenen Vorstellungen genau umgesetzt werden und damit eine genaue Kontrolle über die Veränderung bestehen bleibt. Relevant machen beide auch, dass die Veränderung *nicht zu groß* ist – bestimmte Aspekte ihres Gesichts (bzw. darüber hinaus ihrer selbst – die „MImik“ geht ja über die Gestalt des Gesichts hinaus) sollen erhalten bleiben. Auch dies kann als Versuch gesehen werden, die Kontrolle zu behalten: Der Eingriff soll nur einen ganz bestimmten Teilbereich optimieren, aber keinesfalls zu viel von der Person verändern.

Die Frage nach Kontrolle spielt auch bei dem ersten Blick auf das veränderte Gesicht nach dem Eingriff eine Rolle. Auch hier steht abschließend die Frage im Raum, ob alles so geworden ist, wie es von den Interviewten „gewollt“ war.

Textstelle 8-90: Sandra post {13:38-13:51}

01 S: ich hAtte mich so geFREUT; °h
02 ich_s (-) auf diesem STUHL wusst ich nicht
03 wie ROT ich da oben bIn
04 ich (.) es hat extrEm geBRANNT;
05 aber °h (---) und dann stAnd ich A:UF (--)
06 und ich schaut_dann so: in den SPIEgel
07 und dachte
08 o::h MEIN gott °h (-)
09 oh gott (.) was <<acc>ham sie mit mI:r geMACHT>

Sandra macht die Vorfreude auf ihr „neues“ Antlitz deutlich, und im Kontrast dazu ihr Erschrecken beim ersten Anblick ihres Gesichts nach dem Eingriff: „oh gott (.) was <<acc>ham sie mit mI:r geMACHT>“ (Z. 9). In dem reinszenierten Ausruf wird sprachlich gleichzeitig ein Kontrollverlust deutlich und eine „Täterschaft“ benannt: Sandra macht sich in der Satzkonstruktion zum Patiens, das die Handlung anderer (Agens) an sich erleidet („was ham sie mit mI:r geMACHT“ Z. 9).

Sandra zeigt sich überrascht über ihr „neues“ Aussehen. Sie musste sich in fremde Hände begeben und hatte bis zum ersten Blick in den Spiegel ohne Verband keine Kontrollmöglichkeit über die Veränderung. Durch den Ausruf im Moment des ersten Blickes in den Spiegel wird ihr ausgelieferter Zustand plötzlich deutlich. Gleichzeitig gibt sie durch die Formulierung die *Verantwortung* für das zunächst desaströs erscheinende Ergebnis an die anderen (die behandelnden Ärzte) ab.

Tatsächlich ist das Thema der Kontrolle und Selbstbestimmung in den Interviews eng mit der Frage nach der Verantwortung verbunden. Ist für das Operationsergebnis verantwortlich, wer den Eingriff in Auftrag gegeben hat, oder wer ihn ausgeführt hat? Frau Tran scheint diese Frage anders zu beantworten als Sandra:

Textstelle 8-91: Frau Tran post {04:05-04:26}

01 T: ich lueg würrklich jEde tAg in SPIEgel
 02 und LUEG das würk a:h (-)
 03 ob das jetzt würrklich so isch wie ich_s ha WÖLLe; °h
 04 und am a:fang isch scho rÄcht en Höger gsi: (.)
 05 das het eigentlich scho relativ GNÄRVt (.)
 06 wil (-) vor allem wenn me vorhär kein HÄT
 07 und jetzt plötzlech Ein HÄT
 08 dürne operation wo me eigentlich SÄLber a:tuet °hh
 09 isch da scho chli NÄ:Rvig (-)
 10 aso scho chli (--)
 11 ja (--) aso ich ha mer scho rächt gross geDANKe gmacht

Frau Tran macht deutlich, dass sie sich intensiv mit der Abweichung des Operationsergebnisses von ihrer „Vorgabe“ („wie ich_s ha WÖLLe“, Z. 3) beschäftigt. Ihr Ärger (ihr „Genervtsein“) bezieht sich nicht nur auf die Tatsache, dass nun ein „Höger“ (Z. 4) da ist, der vorher nicht da war, sondern wird noch verstärkt dadurch, dass er quasi selbstverschuldet entstanden ist: „dürne operation wo me eigentlich SÄLber a:tuet“ (Z. 8). Frau Tran bezieht sich damit auf das Problem der fehlenden medizinischen Indikation – sie hat einen Schaden durch einen Eingriff, der nicht „nötig“ gewesen wäre, sondern den sie sich selbst „angetan“ hat. Anders als Sandra benennt sie damit sich selbst als Verantwortliche für das Spiegelbild nach dem Eingriff.

Gerade bei den Interviewten, bei denen der Eingriff eher ein *Surplus* zur Optimierung des eigenen Aussehens und Wohlbefindens darstellte, scheint die *Verantwortung* für das Ergebnis eine Rolle zu spielen. In der Frage, ob alles *genau so* gemacht wurde, wie es in Auftrag gegeben wurde, schwingt auch das Wissen mit, dass der Eingriff von vornherein nicht als notwendig empfunden wurde. Wenn das Ergebnis also im Nachhinein nicht als optimal empfunden wird, ergibt sich die Frage nach Aufwand und Nutzen:

Textstelle 8-92: Frau Tran post {24:18-25:14}

01 T: nach dere (-) wUche wo ich zum ZWEItE <<acc>mal ha müesse cho>
 02 het sich halt de HÖCKer immer meh und meh (1.0)
 03 ä:h STARCH useglUegt;
 04 und (.) ja
 ((5 Sek. Auslassung))
 05 <<p>d_SCHWÄLLige sin halt zrUgg gange>
 06 ja
 07 (2.5)
 ((7 Sek. Auslassung))
 08 I: können sie sich erInnern wie das für sie WAR?
 09 T: (---) Einersits entTÜSCHig, (-)
 10 Einersits (-) au WUET. (--)
 11 aso WUET (--) <<p>so: vo däm: hä:r so>

12 wuah (--) hätt das jetzt müesse WÜKLICH si::-
 13 vor Allem nach JAHrelangem spa::re °hh
 14 dänkt me ame (-) wie vill operatiOne vo däre (-) GITS da scho.
 15 und die verläuft eigentlich (-)
 16 zu NÜNZG achtzg prozänt eigentlich gUet,
 17 halt die zÄ:h prozÄnt °h gits halt NACHkorrektUre (.)
 18 wieso MUES ich grad bi dene zÄ:h prozÄnt si °h
 19 da ÄRgert me sich halt schO rÄcht

Frau Trans Ärger bezieht sich zum einen darauf, dass bei ihr der unwahrscheinliche Fall eines korrekturbedürftigen Ergebnisses eingetreten zu sein scheint. Dies stellt sie als besonders ungerecht dar vor dem Hintergrund ihres „JAHrelangem spa::re“ (Z. 13). Sie hat, so geht daraus hervor, viel investiert und der Anspruch war dadurch umso größer – ebenso wie die Fallhöhe.

In den Postinterviews dieser Arbeit gibt es keine Schilderungen von wirklich schief gelaufenen Eingriffen. Allerdings gibt es Interviewte, die *vor* ihrer Konsultation im Spital und damit auch vor den (sogenannten) „Präinterviews“ sehr negative Verläufe bei kosmetischen Eingriffen erlebten (Frau Müller, Frau Kaymaz, Frau Widmer). Mit dem Fokus auf die Frage nach Kontrolle und Verantwortung erschließen sich bestimmte Stellen aus deren „präoperativen“ Interviews, die „postoperative“ Themen betreffen, auf neue Weise. Anders als die Interviewten, die für diese Arbeit tatsächlich vor einem ersten Eingriff und danach interviewt werden, haben diese Interviewten die Aufgabe und die Möglichkeit, im „Präinterview“ retrospektiv ihre Beweggründe für den ersten Eingriff darzustellen. So kann in diesen Interviews beispielsweise betrachtet werden, wem die Interviewten rückblickend die Kontrolle und damit auch die Verantwortung für den Verlauf der Ereignisse zuschreiben.

Textstelle 8-93: Frau Kaymaz post {01:45-02:15}

01 K: und dann hab ich eine KENNen gelernt,
 02 die es dOrt AUCh operIert hat,
 03 und sie hat ein gUtes WORT für i: gelEgt
 04 für die ÄRZtin, (-)
 05 und (-) danach hab ich selber (.) eine: (.)
 06 sprEchstunde mit ihr verEINbart,
 07 und sie hat mich irgendwie AUCh (-) dazu überrEdet auch.
 08 dass ich
 09 dass sie das MACHen kann. (.)
 10 und dass es GU:T wird sein,
 11 dass es SCHÖner wird sein h° (--)
 12 und (--) eIGentlich hab ich danach nicht grOß überLEGT (.)
 13 weil es hat mich ja !SO! gestö:rt
 14 dass ich (-) mich eigentlich dann sOfort entSCHIEden habe

Frau Kaymaz schildert an dieser Stelle den Fortgang der Ereignisse hin zum ersten Eingriff retrospektiv mit dem Wissen um den ungünstigen Ausgang der Geschichte. In ihrer Darstellung ist sie Handlungsträgerin – jedoch nur bis zu einem bestimmten Punkt: Zwar „verEINbart“ (Z. 6) sie selbst eine „sprEchstunde“ (Z. 6), wird dann jedoch „irgendwie AUCH (-) dazu überrEdet auch“ (Z. 7), einen Eingriff vornehmen zu lassen. Mit dieser Darstellung des Verlaufes umgeht sie zumindest zu einem gewissen Maße die volle Verantwortung für das Geschehen. Auch die Ärztin trifft Schuld, die etwas versprochen hat, das sie nicht einhalten konnte (die Operation lief schief, Frau Kaymaz leidet unter dem Ergebnis).

Frau Widmer schildert die Ereignisse so, dass überhaupt niemand für deren Fortgang verantwortlich ist – sie geschehen einfach „irgendwie von allein“.

Textstelle 8-94: Frau Widmer post {03:31-03:58}

01 W: also ich habe überhAupt nicht gePLANT die op:.
 02 überhaupt nicht
 03 ich habe irgendwi:e °h gegA:ngen in: eine so: BEAUtykli:nik
 04 um °h (.) um dort so:: (.) warzen zu: ä::h (.) entFERnen
 05 und (.) dann (.) ja (.) habe ich die PRE:ISlisten angeschA:ut
 06 und dann (-) ja (-) gerade mir terMIN irgendwie gemAcht.
 07 ganz spontA:n um mich (.) zU nu:r informIERen
 08 und dann ging es Irgendwie von alle:IN

Die Betrachtung der retrospektiven Darstellungen, wie es zu einem misslungenen Eingriff überhaupt kam, zeigt, wie unterschiedlich der (reale) Kontrollverlust, der durch den Eingriff entsteht, von den Interviewten geschildert und bearbeitet wird. Dabei wird deutlich, dass die Stelle, an der Kontrolle bzw. Kontrollverlust angesiedelt werden, unmittelbar mit der Frage nach der Verantwortung für den Fortgang der Ereignisse und damit auch für die Bewältigung des Erlebten zusammenhängt. So macht es einen Unterschied, gegen wen Ärger über einen suboptimalen oder gar misslungenen Eingriff sich richten kann, oder als wie sehr die Interviewten sich insgesamt den Prozessen ausgeliefert darstellen (vgl. dazu ausführlich Abschnitt 8.6.1).

8.4.2 „Ah, das bin ja ich“: Fremdheit und Vertrautheit des „neuen“ Anblicks

In den Interviews wird deutlich, dass es in der Regel nicht den einen Moment gibt, in den das „neue“ Gesicht zum ersten Mal betrachtet werden kann. In den ersten Tagen und Wochen nach dem Eingriff ist das gesamte Gesicht auf ganz unterschiedliche Weise verändert – geschwollen, verformt, blau oder rot verfärbt. Dennoch besteht nun die Aufgabe, den eigenen (neuen) Anblick kritisch zu bewerten. Insbesondere der erste erwartungsvolle Blick auf sich selbst wird von vielen der Interviewten eindrücklich geschildert. Frau Bauer berichtet mit humorvoller Distanz von ihrem ersten Blick in den Spiegel nach dem Eingriff:

Textstelle 8-95: Frau Bauer post {07:32-08:29}

01 I: und (-) als sie sich dann (.) zum ersten mal geSEH_n haben

02 jEtzt (.) als es dann das LEtztE mal operIert worden ist,
 03 also als es dann (.) quasi (.) FERTig war?
 04 B: das war (.) !GANZ! GRAUsa:m hat das ausgesehen.
 05 also rIchtig ein ri <<betont>!GANZ! RO:ter NA:senzIpfel>
 06 GROSS oder, (-)
 07 die GANze nA:se vOrn (.)
 08 Einfach KNALLrot
 ((14 Sek. Auslassung))
 09 I: wie WAR das? (-)
 10 haben sie sich da erSCHRECKT? (.)
 11 oder;
 12 B: eigentlich NICHT (.) nein;
 13 es (.) aber ich (.) es_ha
 14 jA (.) es war einfach intereSSANT ((lacht)) <<lachend>irgendwie
 15 ich hab ein F0to> gemacht
 16 es sieht !GRAU(.)EN!haft aus
 17 I: sie haben ein F0to gemacht?
 18 B: ja (--) <<p>sieht GRAUenhaft aus>
 19 aber äh (.) Einfach so zur erINNERung wie das wA:r

Frau Bauer beschreibt den eigenen Anblick zwar als „GRAUsa:m“ (Z. 4), sie zeigt jedoch eher ein wissenschaftliches Interesse an sich selbst. Das von der Interviewerin unterstellte „erschreckt“ sein (Z. 10) weist sie zurück und ersetzt es durch das (emotional deutlich neutralere) Adjektiv „interessaNT“ (Z. 14). Frau Bauer nähert sich dem neuen Anblick, indem sie auf sich selbst blickt, wie man ein erstaunliches Tier betrachtet: Mit distanzierter Faszination und aus einer gewissen Fremdheit heraus. Damit wird die Veränderung zu einer kuriosen Begebenheit, die jedoch biografisch eher nebensächlich erscheint. Die Fremdheit kann bestehen bleiben, weil der eigene Anblick in Frau Bauers Darstellung nicht bedrohlich für das Selbst ist. Viele der Interviewten beschreiben zunächst einen solchen distanziert-entfremdeten Blick auf sich selbst, mit unterschiedlichen Implikationen.

Textstelle 8-96: Sandra post {13:53-15:02}

01 S: das hat so SELTsam Ausgesehen (.)
 02 grosse Augen sind ja SCHÖN- (.)
 03 aber das hat s0 KO:misch ausgesehen. (--)
 04 wirklich (.) so richtig wie wie ein FISCH;
 05 und ich schAute diese AUGen an
 06 und dacht
 07 OKAY (--)
 08 und da jetzt dieser Höcker weg ist;
 09 kommen sie mEhr zum VORschein. (-)
 10 aber es sieht nIcht POSitiv aus. (--)

11 ich dachte
 12 hoffentlich BLEIBT das nicht so.
 13 hoffentlich gewÖHne ich mich irgendwie da drAn. (--)
 14 weil's also
 15 von VO:Rne war_s (.) schlechter als vorher
 ((24 Sek. Auslassung))
 16 S: ich scha:ute (.) nIcht in den (.) SPIEgel und dAchte (.)
 17 !WOW! (--)
 18 hab gesE:hen dass die FORM gut war. (-)
 19 ich hab mich (.) auch dann von der SEIte angeschaut, (.)
 20 dachte (.) ja (.) die nase an und für SICH ist gu:t;
 21 aber ICH sehe (.)
 22 ich sehe NICHT gut aus damIt

Auch Sandra macht hier ein Entfremdungserleben deutlich: Sie findet den eigenen Anblick nach dem Eingriff auf einmal „SELTsam“ (Z. 1), bzw. „KO:misch“ (Z. 3), „wie ein FISCH“ (Z. 4). Zwar bewertet sie das „objektive“ Operationsergebnis als „gut“ (Z. 20) – die Nase ist gelungen – aber sie selbst sieht mit dieser gelungenen Nase „NICHT gut aus“ (Z. 22). Im Gegenteil lässt die veränderte Nase in Sandras Darstellung andere Teile ihres Gesichts (die Augen) unvorteilhaft und fremd wirken. Sandra formuliert die Hoffnung, das Ergebnis werde sich auf körperlicher Ebene noch verändern („hoffentlich BLEIBT das nicht so“, Z. 12) oder sie werde sich daran „gewÖHne“ (Z. 13), also ihre Einstellung verändern.

Sandra kontrastiert eine erhoffte positive Reaktion auf ihr Spiegelbild (nämlich spontan vor Freude zu denken: „!WOW!“) mit ihrer zurückhaltenden tatsächlichen Reaktion. Sie macht deutlich, dass die erhoffte Freude beim eigenen Anblick ausbleibt und durch das schale Gefühl ersetzt wird, zwar ein optimales „Produkt“ erhalten, jedoch falsch gewählt zu haben: Die Nase an sich ist schön, aber nicht an ihr. Ihr Versuch, einen als fremd und „unpassend“ empfundenen Teil des Gesichts loszuwerden (vgl. Abschnitt 8.1.1), führt also in Sandras Darstellung zunächst wiederum zu einer Entfremdung vom eigenen Anblick. Ihre Hoffnung auf Besserung liegt in zwei unterschiedlichen Heilungsfantasien: Zum einen der Möglichkeit, dass das Ergebnis nicht so bleibt (sich also körperlich noch etwas verändert), zum anderen, dass die eigene Einstellung sich verändert (dass sie sich daran gewöhnt). Letzteres bedeutet die Hoffnung, mit dem neuen Anblick endlich auf eine Weise *vertraut* zu werden, wie es vor dem Eingriff nicht möglich schien und auch beim ersten Blick in den Spiegel ausbleibt. Tatsächlich beschreibt Sandra an späterer Stelle, wie sich langsam eine Veränderung in ihrer Selbstwahrnehmung ergibt:

Textstelle 8-97: Sandra post {15:25-15:31}

01 S: als DAS ((blaue Flecken und Schwellung, LS)) weg wa:r;
 02 und ich mich dann mal schön geSCHMINKT habe (.)
 03 hab ich mich dann ANgesehen
 04 und dachte
 05 m:: (.) OKAY (--) es wird guT

Auch Lena schildert zunächst ein Entfremdungserleben, allerdings nicht beim Blick in den Spiegel, sondern beim ersten Anblick von sich selbst auf einem Foto:

Textstelle 8-98: Lena post {05:21-05:44}

01 L: es Erschti Foti vo mIr (.) won i gsEh hab
02 d_bin i grad so chli verSCHROCKe
03 so <<erstaunt>WOHU Ah das bi jo I>
04 ((lacht)) °h (.) und vor ALLEm (.) ähm.
05 d_NA:se isch
06 aso d_spItze isch chli HÖCHer wie vorhÄr
07 und durch DAS fällt jEtzt (.)
08 aso nId d_NARbe (-)
09 aber ich wEiss nid wie me DÄM sEit.
10 fAllt DAS do Äne vil mE:hr uff.
11 und dAsch sone foti vo de Site gsi,
12 und de isch mir dAs extREM ufgfalle in mim gsIcht

Das Ergebnis der OP erscheint in Lenas Darstellung ambivalent. Die Aussage, sie sei „d_bin i grad so chli verSCHROCKe“ (Z. 2), weckt negative Assoziationen. Der Gebrauch der Verkleinerungen „so chli“ und ihr Lachen führen jedoch dazu, dass eine negative Implikation nicht eindeutig ist. Ambivalenz zeigt sich auch in Lenas Darstellung ihrer eigenen spontanen Reaktion auf das Foto: In dem Ausruf „WOHU Ah das bi jo I“ (Z. 3) schwingt gleichermaßen Erschrecken wie Erstaunen und Faszination mit. Ihr reinszenierter Ausruf stellt sie als ganze Person in den Mittelpunkt des Erstaunens: So, wie sie es beschreibt, sieht Lena ihr „neues“ Gesicht auf dem Foto und erkennt sich selbst erst nach einem Moment des Zögerns. Wie sie dies bewertet, bleibt unklar. Als Erklärung für die Entfremdung führt sie an, dass die Veränderung eines Teils ihres Gesichts Einfluss auf ihre Wahrnehmung eines anderen Teils (Lena bezieht sich in Zeile 10 – „DAS do“ – auf die Columella, den Nasensteg) nach sich zieht.

Anders als Sandra blickt Lena auf ihr Spiegelbild und denkt tatsächlich „wohu!“ – so wie Sandra es in ihrer Darstellung explizit *nicht* tut. Allerdings erscheint dieser Ausruf bei Lena ambivalent. Durch das Foto erhält sie eine Perspektive auf ihr eigenes Gesicht, die ihr durch den Blick in den Spiegel nicht auf gleiche Weise zugänglich ist: Sie ist sich selbst plötzlich fremd. Gleichzeitig eignet Lena sich mit ihrem Ausruf ihr Spiegelbild an. Die Überraschung ist gleichzeitig Selbstdefinition – „das bin ja ich!“ ist auch eine identitätsbezogene Aussage im Sinne von „da bin ich ja (wieder)“. Lena zeigt damit, dass die Veränderung, die sie durch das Foto an sich selbst wahrnehmen konnte, weit über eine „kleine Nasenkorrektur“ hinausgeht – die Veränderung betrifft sie als ganze Person und changiert zwischen Fremdheit und vertrautem (Wieder-)Erkennen. Herr Keller beschreibt explizit den „Gewöhnungsprozess“, durch den ihm sein zunächst „fremder“ Anblick vertraut wurde:

Textstelle 8-99: Herr Keller post {19:43-20:28}

01 K: vor ALLe dInge: (-)

02 je: nach däm_ä::h (--) sage mer mol z_NACHT oder es0:
 03 weme so (.) st0:ht me UFF,
 04 und nähert (.) oder
 05 am mOrge (.) g0:ht (.) luegt in SPIEgel (.)
 06 und nahär SEHT me wI:eder °h
 07 ä::h
 08 ich ha (--) mi Effektiv au zErsch an das müessi GWÖHne (--)
 09 ans SPIEgelbild.
 ((19 Sek. Auslassung))
 10 K: am A:fang (---) do isch_s mer sch0 e chli FREMD vorch0:

Nur in einer Schilderung erscheint der erste Blick in den Spiegel sofort völlig unproblematisch und erwartungskonform. Yvonne beschreibt – trotz ihrer Wahrnehmung von Mängeln, die sie an anderer Stelle thematisiert – eine radikale Veränderung ihres eigenen Blicks auf sich selbst:

Textstelle 8-100: Yvonne post {22:59-23:10}

01 Y: ich hab (.) die Augen AUFgemAcht,
 02 und die NA:se gesehen;
 03 und geDACHT (.)
 04 ja genAU (-) s0: gehört_s (--)
 05 s0: muss es SEIN. (--)
 06 perFEKT. (--)
 07 jetzt geFÄLLT_s mir wI:eder. (-)
 08 jetzt gefAll !ICH! mir wI:eder

Yvonne schlägt, so stellt sie es dar, die Augen auf und ist zufrieden. In ihrer Schilderung führt die chirurgische Veränderung der Nase schon beim ersten Anblick zu einer unmittelbaren Gewissheit, dass nun alles „perfekt“ zusammen passt („genau so gehörts“). Es scheint keine erste Fremdheit, keine Notwendigkeit zur Anpassung zu geben. So betont Yvonne auch an anderer Stelle: „in dem moment wo der gips runter kam | und ich gesehen hab das die nase einfach gerade ist | ja da war bei mir im gehirn grad n schalter umgelegt | klack | jetzt ist gut | jetzt ist gut“ (Yvonne, post, 09:23) und „ich sag ja das war wie ein umgelegter schalter | plupp und weg war's | direkt ausradiert aus meinem aus meinem kopf“ (Yvonne, post, 11:58). Yvonne stellt das Vorher/Nachher als einen glatten Schnitt vom problematischen, entfremdeten Verhältnis zum eigenen Gesicht (vgl. beispielsweise Textstellen 8-18, 8-22, 8-38, 8-49) zu völliger Übereinstimmung dar. Alles Negative erscheint mit einem Mal wie ausgelöscht.

Sandra, Lena und Yvonne befinden sich durch ihre Ausgangslage in einer anderen Bewertungssituation als Frau Bauer. Alle drei haben willentlich eine kosmetische Korrektur veranlasst, während Frau Bauer von ärztlicher Seite für eine Rekonstruktion

nach Basaliomresektion vorgesehen wurde. Inwiefern dies einen Unterschied bedeutet, wird in den Ausführungen von Frau Tran deutlich:

Textstelle 8-101: Frau Tran post {01:03-02:19}

01 I: un:d (.) wie WAR_s dAnn: (.)
02 m::h (-)
03 nachdem sie das ERste mA:l (-) nach der operatiOn
04 überhAupt irgendwie wIeder (-) in den SPIEgel schauen kOnnten?
05 können sie sich DARan erInnern?
06 T: ä:h (--) schoCKIERT natürlich. (--)
07 wil me het ja no de gAnzi verBAND an gha:
08 dasch halt schon chli °h (--) KO:misch
09 denkt me (-) UI (--) was hEt me sich da eigentlich nur A:ta,
10 schmErze han ich fast ned SPÜRT,
11 nur BIZeli,
((46 Sek. Auslassung))
12 T: ja es isch scho KO:misch (.)
13 vor allem wenn (--)
14 me tUet sich das ja SÄLber a: (-)
15 und isch schO chli KO:misch.
16 scho chli (-) schockIERend

Frau Tran bezieht sich in ihrer Antwort auf die Tatsache, beim ersten Blick in den Spiegel die eigene Versehrtheit vor Augen geführt zu bekommen. Der Eingriff hat, auch wenn er wie eine Dienstleistung selbst veranlasst ist (siehe Abschnitt 8.3.1), gleiche körperliche Folgen wie medizinisch zwingende Operationen. Frau Tran macht deutlich, dass sie dies plötzlich realisiert: Sie hat sich durch die Veranlassung des Eingriffs selbst etwas angetan (eine körperliche Verletzung verursacht), und ist *darüber* im Moment des ersten Blickes in den Spiegel schockiert (nicht über das ästhetische Ergebnis).

Die Tatsache, sich mit einem Eingriff selbstverursacht körperliches Leid zugefügt zu haben, kann als ein wichtiger Faktor bei der Bewertung und Verarbeitung des Ergebnisses angesehen werden. Der Blick in den Spiegel führt die Konsequenzen des eigenen Handelns unmittelbar vor Augen. Der Versuch, durch den Eingriff wieder „eins“ zu werden mit dem eigenen Gesicht (siehe Abschnitt 8.1.1), wird durch den Blick in den Spiegel (immer wieder aufs Neue) als gelungen oder gescheitert bewertet. Das Spiegelbild kann so insbesondere in der ersten Zeit nach dem Eingriff zu einer Möglichkeit der Selbstvergewisserung werden.

Textstelle 8-102: Yvonne post {09:53-10:20}

01 Y: in den ERsten zwei wOchen
02 bin ich irgendwi:e stUndenlang vor dem SPI:Egel gestAnden;
03 hab natÜrlich (-) HI:ER
04 von LINKS gegUckt,

05 von RECHTS gegUckt,
 06 von <<betont>UNTEN> gegUckt
 07 von <<betont>Oben> gegUckt
 08 weiss
 09 und geSAGT zu meiner frEundin
 10 meine mAma hat f0:tos von der SEite
 11 ich will_s mal von der SEite richtig sE:hen (-)
 12 ich hab sICher HUNdert f0tos gemacht. (--)
 13 von Allen mÖglichen perspektI:Ven
 14 weiss
 15 ja guck mal HIER,
 16 und DAS sieht anders aus wie vOrher,
 17 und DAS ist Anders geworden,
 18 und DAS sieht bEsser aus

Auffallend parallel dazu beschreibt auch Sandra die Selbstaneignung des „neuen“ Anblicks durch den wiederholten Blick auf das Spiegelbild:

Textstelle 8-103: Sandra post {10:11-10:27}

01 S: hab mich dA natürlich etwa FÜNF mal am tAg von der sEite
 02 <<lachend>ANGeschAut> °h
 03 und dann Immer verschIedene frISU:ren ausprobiert
 04 hab immer geschAut (-) wIe_s AUSSieht (.)
 05 von der EINen sEite,
 06 von der ANDeren sEite,
 07 von VORne,
 08 <<lachend>und von UNTen>
 09 ja: (.) und da hab ich SCHON gemErkt (.)
 10 es sIeht ganz ANDers Aus

Es zeigt sich darin die selbstbezügliche Arbeit, die geleistet werden muss, um mit dem „neuen“ Anblick vertraut zu werden, das „neue“ Gesicht in das Selbstbild zu integrieren.

8.4.3 „Du sehsch jetzt nüm glich uus wie vorhär“: Die Verbindung von „altem“ und „neuem“ Gesicht

Neben den Schilderungen des ersten eigenen Anblicks im Spiegel und dem allmählichen Gewöhnungs- und Aneignungsprozess zeigt sich in den Interviews, wie eng „altes“ und „neues“ Gesicht auch weiterhin auf unterschiedlichen Ebenen miteinander zusammenhängen. Herr Keller beschreibt, dass er sich im Kontakt mit anderen die Veränderung immer wieder selbst aktiv bewusst machen muss, weil er immer noch seine „alte“ Nase repräsentiert hat.

Textstelle 8-104: Herr Keller post {11:00-16:56}

01 K: ich muess mir Immer zersch (-) bewUSST si:

02 dass jetzt das GMACHT isch.
 03 wil im UNterbewUsstsi: (--) isch Immer no die An:deri nA:se
 ((5 Min. 36 Sek. Auslassung))
 04 K: weni mit Irgendöpper FREMDe red (-)
 05 denn dueni mir gAnz bewUSST sA:ge (.)
 06 hAlt (--) du sE:hsch jetzt NÜM glI:ch U:s wie vO:rhär,
 07 sondern du BISCH jetzt (-)
 08 ä:h (.) di gsIcht het wieder e normAli fOrm

Herr Keller macht deutlich, dass sein *Selbstbild* sich noch nicht angepasst hat – er muss sich an die neu gewonnene „Normalität“ erst gewöhnen. Noch strahlt das „alte“ Gesicht auf die Vorstellung, die er von sich selbst hat, aus. Genau diese „Ausstrahlung“ versucht Yvonne zu unterbinden, indem sie den Blick auf Fotos von Ihrem Gesicht *vor* dem Eingriff vermeidet.

Textstelle 8-105: Yvonne post {10:46-11:17}

01 I: und wEnn du so sIehst (.) ALte fOtos neben nEuen fOtos?
 02 wie ist DAS?
 03 Y: hab ich jetzt SO noch nI:e verglIchen. (---)
 04 ich WEISS ja wie ich Aussehe wEißt. (--)
 05 ich brAuch_s im GRUND genOmmen nIcht verglEichen.
 06 ich wEiss was sich verÄndert hat (---) wEißt.
 07 dass ich den Unterschied jetzt AUCh sE:h. (-)
 08 also ich hab_s noch nIe GMACHT
 09 I: ja;
 10 Y: WOLLT ich auch nicht
 11 ich dachte
 12 für WAS;
 13 brauch mir ja jEtzt keine gedANKen mehr da drüber mAchen;
 14 ist vorBEI jetzt
 15 und GUT
 16 I: <<p>m_hm.>
 17 Y: frO:h dass es WEG ist

Yvonne macht deutlich, dass sie sich nicht mehr an den Zustand vor dem Eingriff erinnern will. Sie vollzieht in der Darstellung eine klare Trennung zwischen „Vorher“ und „Nachher“ (was auch zu ihrer Schilderung des ersten Blicks in den Spiegel, Textstelle 8-100 passt): Durch den Eingriff ist ein ungeliebter Teil ihrer selbst ein für alle Mal „WEG“, und das gesamte damit verbundene Selbstbild soll vergessen, soll abgespalten werden: „ist vorBEI jetzt | und GUT“. Später im Interview macht sie dies noch einmal eindrücklich auch im Hinblick auf die Reaktionen der anderen deutlich:

Textstelle 8-106: Yvonne post {42:35-43:08}

01 Y: ich glaub nach (.) zwEi wochen oder s0 °h (-)
02 war_s °h (--) schnEe: von GESTern dann. (-)
03 und dAnn hat auch kEiner mehr da drüber GRE:det
04 und auch JETZT nicht mE:hr
05 I: m_hm;
06 Y: also das ist mir auch ganz recht (-)
07 weil (--) ja (--) das erINNert einen ja trOtZdem Immer drAn
08 weißt; (--) °h
09 wie_s mal VORher wAr;
10 und wegen dEm (-) ich möchte am BESTen (-)
11 also am LIEbsten
12 am LIEbsten ist es mIr
13 wenn ich einfach GAR nichts hör da drüber;
14 weil (-) ja °h
15 es IS jetzt s0 wie_s IS,
16 und so ist jetzt GU:T,
17 und so ist gUt für MICH;
18 und ich kann_s jetzt so STEhen lassen wEisst

Yvonne betont, dass es ihr lieber ist, wenn die Veränderung interaktiv nicht mehr thematisiert wird. Ebenso, wie sie selbst nicht an den „alten“ Zustand erinnert werden will, sollen auch die anderen sich nicht mehr daran erinnern. Die frühere Unvollkommenheit soll aus dem eigenen und fremden Gedächtnis gelöscht werden. Ihre mehrfache Betonung: „es IS jetzt s0 wie_s IS, | und so ist jetzt GU:T, | und so ist gUt für MICH; | und ich kann_s jetzt so STEhen lassen“ wirkt dabei wie eine Beschwörung: Zum einen klingt es wie ein Apell, den früheren Zustand ruhen zu lassen, zum anderen wie die Versicherung (für sie selbst vermutlich in gleichem Maße wie für die Interviewerin), dass jetzt *wirklich* kein Problem mehr besteht. Ganz anders geht Sandra mit dem Vergleich von „Vorher“ und „Nachher“ um:

Textstelle 8-107: Sandra post {12:07-12:50}

01 S: wie ist es wenn du jEtzt (.) ä:hm F0tos Anschaut?
02 MACHST du das manchmal? (-)
03 f0tos von VORher (-) vOr der operatiOn?
04 I: m_hm.
05 S: also ich hab NICHT (.) nIcht vIele f0tos von der seite.
06 Eigentlich KEine.
07 ich hab das Alles <<lachend>Immer schön geLÖSCHT.> (-)
08 aber auf dem hHndy schau ich sEhr oft die F0tos an von (-)
09 ich hab geRA:de vor der operatiOn fotografiert,
10 und dann verGRÖSSere ich- (.)
11 verGRÖSSere ich das bIlD,

12 ich ZOOMe dann. (-)
 13 und dann sehe ich diese NA:se
 14 und denke
 15 oh mein GOTT, (--)
 16 wie kÖnntest du so viele jAhre mit der RUMlaufen?
 17 also ich finde es Immer noch SCHRECKlich; (--)
 18 ich finde sie fast SCHLIMMER jetzt als vOrher

Sandra zieht „Beweisfotos“ zum Vorher/Nachher-Vergleich heran, die sie offenbar extra zu diesem Zweck direkt vor der Operation aufgenommen hat. Mit fast voyeuristischer Freude schildert sie, wie sie auf dem Bildschirm des Handys die Nase vergrößert, um sie quasi in allem Ausmaß vor sich zu haben. Sie stellt den eigenen Anblick vor dem Eingriff als unerträglich dar. Ihre Schilderung wirkt, als könne sie sich jetzt, nach der positiven Veränderung (mit dem Wissen um den „guten“ Ausgang der Geschichte) das ganze „Ausmaß des Grauens“ vor dem Eingriff bewusst machen. Mit diesem Vorgehen legitimiert Sandra den Eingriff im Nachhinein auch noch einmal: Der Anblick der „alten“ Nase ist „SCHRECKlich“ und macht deutlich, wie notwendig die Veränderung war. Wie in Yvones Interview gibt es auch im Interview mit Sandra eine Textstelle, in der sie dies auch im Hinblick auf die Reaktionen anderer verdeutlicht:

Textstelle 8-108: Sandra post {23:26-24:07}

01 S: ich ging (.) gerA:de am sAMstag mit drei (-) frEundinnen
 02 kaffEE trinken
 ((10 Sek. Auslassung))
 03 S: und die sAgten dann (.) uäääh (--)
 04 schau mal (.) der höcker ist WEG,
 05 ja:: (--) die haben_s wIrklich (--) SOfort gemErkt ((lacht))
 06 I: wie Ist das dann (--) für DICH?
 07 S: ja ist (--) eine beSTÄtigung
 08 dass es wirklich SCHLIMM war (--)
 09 obwohl ich_s eigentlich WEISS-
 10 aber_s (.) dann denk ich (.) ja: oKAY (--)
 11 weil (.) wenn jetzt ALLe sAgen würden (.)
 12 na ja:: (.) also vorher war_s doch nicht SCHLIMM;
 13 dann würd ich SCHON drüber nAchdenken
 14 okAy hab ich mir was VO:Rgemacht?

Die Tatsache, dass die Freundinnen die Veränderung „SOfort“ bemerken, bedeutet für Sandra, dass der Eingriff sich gelohnt hat – es war vorher tatsächlich so „SCHLIMM“. Vergleicht man die präoperativ dargestellten Anliegen von Sandra und Yvonne, so wird deutlich, dass Yvonne eher einen Wunsch nach einer „Normalisierung“ verfolgt: Die negative Kraft des Merkmals auf ihre gesamte Selbstdefinition soll verschwinden, der selbstwertbedrohliche Mangel behoben, die Nase vernichtet werden (vgl. 8.3.3). Im

Gegensatz dazu streicht Sandra präoperativ eher den Wunsch nach „Optimierung“ heraus: Die Nase überschattet, so stellt sie es dar, ihr „eigentliches“ Potential (vgl. z.B. Textstellen 8-9, 8-21). Beide wollen sich präoperativ ihrer Scham entledigen (vgl. 8.1.3) – doch bei Yvonne bezieht die Scham sich auf einen Mangel der ganzen Person, Sandra hebt eher die Differenz zwischen ihrer positiven restlichen Erscheinung und der Nase hervor, die sie als beschämend empfindet (vgl. Textstelle 8-20). Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es für Yvonne selbstwerterhaltende Funktion hat, den früheren Mangel vergessen zu machen („vergiss, wie schlimm es war“), für Sandra jedoch der frühere Mangel eine Möglichkeit zur selbstwertstabilisierenden Kontrastierung bietet („jetzt ist es viel besser“).

Lena, die im Präinterview viel Wert darauf legt, ihre Nase eben nicht abzuwerten und abzuspalten, sondern als Teil ihrer selbst wertzuschätzen und zu erhalten (vgl. z.B. Textstelle 8-3), macht dies auch anhand des Vorher/Nachher-Vergleichs im Postinterview:

Textstelle 8-109: Lena post {10:40-11:11}

01 I: und wie ist es dann so: (-) wenn du dich jetzt SIEHST?
 02 auch im vergLEich mit_nem ALten f0to?
 03 L: (---) hm (--) also IMMER no so bIzzli; (--)
 04 ah jo (.) das bI jo jetzt ICH. (-)
 05 das isch SCHO no do, (--)
 06 aber isch eigentlich e (.) e P0sitivs gfÜ:hl (.)
 07 also ich find
 08 ich fInds jo TOLL
 09 und dementsprÄchend findi au di nöie f0ti TOLL;
 10 die alte fotis sind AU toll gsi;
 11 aber sind hAlt ANDersch (--)
 12 me chas nid wirklich mitNANder vergLI:che

Lena bearbeitet an dieser Stelle die nicht ganz einfache kommunikative Aufgabe, das Ergebnis des Eingriffs gelungen zu finden, ohne den Zustand vor dem Eingriff abzuwerten. Sie macht deutlich, dass sie den aktuellen Zustand trotz der Notwendigkeit, sich an den eigenen Anblick wieder zu gewöhnen, also positiv empfindet. Dies scheint bei ihr sofort das Bedürfnis auszulösen, darauf hinzuweisen, dass auch die alten Fotos kein Problem für sie darstellten. Sie rechtfertigt damit, wie schon in den Präinterviews, den Eingriff, ohne ihr eigenes Gesicht zu irgendeinem Zeitpunkt abzulehnen. Sie macht dies ganz parallel zu dieser Schilderung auch im Hinblick auf die Reaktionen anderer deutlich:

Textstelle 8-110: Lena post {08:31-08:40}

01 L: e PAAR mal Isch no cho
 02 die nöii nA:sespitze Isch TOLL,
 03 aber die Alti isch AU toll gsi. (--)

04 und dasch gAnz ganz HÄRzig gsi
05 so (.) hm ((lacht))

Da die Veränderung in Lenas Darstellung nicht mit einer Abwertung des früheren Zustandes einhergeht, ist es für sie – anders als für Yvonne – auch unproblematisch, wenn andere sie bemerken. Gleichzeitig „braucht“ Lena nicht den Beweis durch die Kontrastierung mit der „alten“ Nase, dass sich der Eingriff gelohnt hat. Sie bezieht – kohärent mit ihrer Argumentationslinie im Präinterview – ihr eigenes Selbsterleben als ausreichendes Ergebniskriterium heran.

Auch Frau Favelli zieht als Ergebniskriterium das Selbsterleben heran. Sie braucht den Blick in den Spiegel nicht – ihr reicht als Bestätigung das Wissen, „dass man das geMACHT hat“:

Textstelle 8-111: Frau Favelli post {03:13-03:26}

01 F: ich schaue nIcht den ganzen tAg in den SPIEgel;
02 aber ich finde EInfach dass Ich (--)
03 jA: (-) man wird ja SELBSTbewusster
04 I: m_hm.
05 F: weil man wEiss dass man das geMACHT hat
06 und auch wEiss wie_s VORher war
07 und wie_s JETZT ist
08 I: ja:
09 F: ja: (.) man fühlt sich einfach BEsser

Es zeigt sich, dass das „alte“ Gesicht auch postoperativ einen Einfluss behält. Es kann noch das Selbstbild bestimmen, auch wenn es verändert ist. Es kann seine Bedrohlichkeit behalten und deshalb der Wunsch bestehen, es möglichst auch aus dem Gedächtnis zu vernichten. Es kann den Eingriff im Nachhinein legitimieren oder potentiell in Frage stellen. Es kann jedoch auch als unproblematische biografische Etappe dargestellt sein, die sich quasi „überlebt“ hat und durch etwas „passenderes“ Neues ersetzt wurde – deshalb jedoch nicht schlecht gewesen sein muss.

8.4.4 „Die Geschichte dauert, dauert weiter“: Die Schwierigkeit, ein Ende zu finden

In einigen der postoperativen Interviews wird deutlich, dass noch keine Rede von einem absehbaren „Ende“ der biografischen Episode „gesichtschirurgischer Eingriff“ sein kann. Die Frage, ob der Eingriff das richtige oder ausreichende Ergebnis gebracht hat, ist noch nicht beantwortbar.

Yvonne weist darauf hin, dass es an der Form ihrer Nase nach dem Eingriff noch Verbesserungsmöglichkeiten gibt:

Textstelle 8-112: Yvonne post {24:16-25:44}

01 Y: im moment STÖRT mich
02 gUck mal (.) du SIEHST es ja
03 I: m_hm

04 Y: [stecken]
 05 I: [was denn?]
 06 Y: steckengerAde ist es NICHT oder
 07 minimA:les (--) HÜgelchen ist da noch
 08 I: m_hm
 09 Y: ja (---) <<betont>stört mich (.) aber (.) nicht (.) WIRklich>
 10 I: m_hm
 11 Y: ich seh_s SCHON
 12 ich registRIER_s auch
 13 aber mich STÖRT_s nich
 14 I: m_hm
 15 ((10 Sek. Auslassung))
 16 Y: ich SEH es wie gesagt
 17 ich SEH_s ja
 18 ich sehe Auch (.) o:h MANN (.)
 19 ich hätt_s jetzt lIeber GANZ gerAde gehabt oder (--) irgendwIe:
 20 ((25 Sek. Auslassung))
 21 Y: ich versuch das jetzt halt mal WEGzumassIeren
 22 jeden Abend mit crème und massAge ((schnieft))
 23 wenn das dA:mit nicht wEggehen SOLLte;
 24 überLE:G ich mir
 25 dass man dAs noch (-) noch NACHfeilt

Yvonne macht deutlich, dass sie eine kaum wahrnehmbare Abweichung vom gewünschten Ergebnis wahrnimmt, ein „minimA:les (--) HÜgelchen“ (Z. 7), das sie eigentlich „nicht (.) WIRklich>“ (Z. 9) stört. Gleichzeitig bemerkt sie, dass sie sich das Ergebnis anders vorgestellt hatte („ich hätt_s jetzt lIeber GANZ gerAde gehabt“, Z. 19) und nun überlegt, „dass man dAs noch (-) noch NACHfeilt“ (Z. 25).

Yvonne bagatellisiert die Abweichung vom erwünschten Ergebnis wie auch den Wunsch nach einem erneuten Eingriff: Das „Nachfeilen“ bedeutet ja tatsächlich eine zweite Operation, die wieder mit Schmerzen und Unsicherheiten verbunden ist. In Yvannes Darstellung klingt dies deutlich harmloser. Sie erreicht durch diese Art der Darstellung, dass sie mit dem Ergebnis „ausreichend“ zufrieden erscheint und der Wunsch nach Nachbehandlung fast selbstverständlich und nebensächlich klingt. Der Eingriff war damit kein Misserfolg, es hat eine Veränderung gegeben – es gibt nur noch marginalen Verbesserungsbedarf.

Frau Tran, bei der ein chirurgisch ähnliches Ergebnis vorliegt, rahmt ihre Unzufriedenheit anders:

Textstelle 8-113: Frau Tran post {04:32-04:59}

01 I: wie Ist das wenn sie jEtzt in den SPIEgel schAuen?
 02 wie gEht's ihnen damit?

03 T: m::h (--) einersits: gf::ALLTS mer, (--)
 04 aber Einersits ebe dur de höger wieder au NID; (.)
 05 DENN dänk ich (.)
 06 <<betont>es Isch d0ch nöd gAnz so wie ich_s ha WÖLLe.>
 07 und de denkt me
 08 ja sUper (.) jetzt NO mal en operatiOn
 09 denn dUret das SCH0 wieder es halbs jAhr
 10 bis es sich (.) weiss ich s::: (.) schön ABgheilt het,
 11 bis me wüRklich zum ÄNdergebnis chunnt;
 12 und das isch halt (--) da zieht sich halt wieder in d_LENGIi use
 13 und isch halt sch0 chli NERVig (--) ja

Auch Frau Tran macht deutlich, dass es sich um eine kleine Abweichung handelt, ihr das Ergebnis „einersits“ gefällt. Sie schildert – anders als Yvonne – dem gegenüber jedoch deutlich die Unannehmlichkeiten und Konsequenzen, die ein weiterer Eingriff mit sich bringen wird. Sie reagiert mit Ärger auf den zusätzlichen Aufwand, dennoch scheint es für sie kaum in Frage zu stehen, dass sie den Aufwand in Kauf nehmen wird.

In beiden Darstellungen erscheint die Wunscherfüllung noch nicht abgeschlossen: Es muss noch etwas folgen, damit es *wirklich* richtig ist. Während Yvonne jedoch das gelungene an dem Eingriff betont und damit deutlich macht, dass es sich insgesamt um eine „Erfolgsgeschichte“ handelt, stellt Frau Tran ihre Frustration über das „unperfekte“ Ergebnis in den Vordergrund. Die unterschiedliche Herangehensweise erschließt sich in Anbetracht der unterschiedlichen präoperativen Ausgangsschilderungen: Yvonne wollte einen unerträglichen Makel beseitigen (vgl. Abschnitt 8.3.3, Textstelle 8-83), während Frau Tran eine persönliche Perfektionierung und biografische Rückgewinnung von Kontrolle anstrebte (vgl. Abschnitt 8.3.2, Textstelle 8-77). Als entsprechend unterschiedlich können die Erwartungen an das Ergebnis verstanden werden – die Enttäuschung von Frau Tran ist größer, weil die Messlatte viel höher lag.

Nun sind die Eingriffe – trotz Unzufriedenheiten – zumindest partiell gelungen, sie haben keinen größeren körperlichen Schaden hinterlassen. Das Interview mit Frau Widmer, die schon viele Operationen aufgrund einer misslungenen Ohranlegung hinter sich hat, zeigt eindrücklich, wie der Wunsch nach Verbesserung und Veränderung sich verselbständigen kann.

Textstelle 8-114: Frau Widmer post {08:04-09:15}

01 W: ich wE:iß dass es gibt MÖGlichkeiten,
 02 ich wEiß dass unsere medIZIN ist
 03 ja (--) hat keine GRENzen praktisch in dem berEich
 04 kann man so SA:gen;
 05 man kann das verBESSern,
 06 man KANN das °h ((schluckt)) wieder
 07 also nicht kompLETT entfErnen,
 08 aber man KANN das anders mA:chen; (--)

09 und °hh (---) und eben die zwei SEiten
 10 dass ich WEISS
 11 dass man kann das BEsser mA:chen;
 12 und DANN vielleicht geht es mir gU:t, °h
 13 oder BESSer,
 14 oder das ist nur eine TÄuschung;
 15 das ist eben
 16 KÄMPFen die zwei sE:iten;
 17 am liebsten würde ich verGESSen,
 18 NICHTS mehr mAchen,
 19 lAssen so wie es IST, (--)
 20 aber die ZWEite sEite (.)
 21 nein (.) du kannst es noch BESSer mAchen,
 22 dann vielleIcht (.) geht es dir BESSer
 23 dann vielleicht °h (--) kannst du dich Anders fühlen.
 24 und solAng er immer macht terMIne ab mit mIr,
 25 und und °h und beSPRICHT mit mIr dA:s;
 26 und sA:gt wElche Möglichenkeiten gIbt_s noch;
 27 die geschIchte DAUert,
 28 dauert weiter. (--)
 29 und dann habe ich ihm geSAGT;
 30 sie müssen mir einfach STOPP sA:gen,
 31 jEtzt sind wir fE:rtig °hh
 32 gibt_s kEine möglichenkeiten MEHR,
 33 ich soll NICHT mehr kommen.
 34 I: m_hm;
 35 W: und das das wird für mich dann Irgendwie ABschluss °hh
 36 DENKe ich ((weint stark))

Frau Widmer stellt einen verzweifelten inneren Kampf dar. Auf der einen Seite stehen die unbegrenzt erscheinenden Möglichkeiten der modernen Medizin, die ihr Hoffnung geben, auf chirurgischem Wege eine psychische Heilung erreichen zu können: „man kann das BEsser mA:chen; | und DANN vielleicht geht es mir gU:t, °h“. Auf der anderen Seite stehen der Wunsch, endlich einen Abschluss zu finden und die Befürchtung, dass auch erneute Eingriffe keine Erlösung bieten. Frau Widmer verlagert, so wie sie es darstellt, das innere Dilemma nach außen: Sie möchte vom behandelnden Arzt gesagt bekommen, dass es keine weiteren technischen Möglichkeiten gibt, dass sie mit der Behandlung „fE:rtig“ sind. Gleichzeitig wendet sie sich mit diesem Wunsch in ihrer Verzweiflung an genau das Gegenüber, das die institutionelle Funktion hat, weitere chirurgische Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Auch im weiteren Verlauf des Interviews zeigt sich die Ambivalenz, die mit der Vorstellung eines „Schlussstriches“ verbunden ist.

Textstelle 8-115: Frau Widmer post {11:22-12:10}

01 W: schon lAng (.) ich WILL nicht mE:hr.
02 aber das: dass ich WEISS wie wEit ist jetzt schönheitschirurgI:e.
03 oder wiederHERstellende chirurgIe;
04 welche MÖglichkeiten gibt_s: (---)
05 und was stE:ht da zur verFügung;
06 und wenn ich darunter LEIde (.)
07 warum nEhme ich das nicht in Anspruch;
08 ich habe auch schon LANG gedacht (-)
09 ja: (.) wann ich wann ich dann mal
10 FERTig studIert habe und A:rbeite
11 dann gE:he ich irgendwo zu einem SCHÖNheitschirurgen
12 frage was was ER MACHen würde
13 welche möglichkeiten GIBT_s noch °hh
14 um mein ohr wIeder so irgendwie krI:egen
15 dass er (--) <<weinend>wie ECHT aussieht
16 und nicht wi::e aus der aus der mühle> ((schluckt)
17 und die wünsche HAB ich; (--)
18 denke die we:rden nI:e irgendwie verGRA:ben we:rden

Frau Widmer stellt einen Zwang dar, der durch die scheinbar unbegrenzten technischen Möglichkeiten der „schönheitschirurgI:e“ bzw. der „wiederHERstellende chirurgIe“ entsteht. Wenn diese doch Hoffnung auf Heilung bieten, so macht sie deutlich, wäre es angesichts ihres Leidens kaum vertretbar, sie nicht in Anspruch zu nehmen: Sie wäre dann, so impliziert sie, selbst daran schuld, dass es nicht besser wird. Aktuell wird sie in der wiederherstellenden Chirurgie eines Unispitals behandelt. Wenn sie jedoch irgendwann ausreichend Geld verdient (wenn sie fertig studiert hat und arbeitet), so fantasiert sie, könnte sie zu einem „SCHÖNheitschirurgen“ gehen, der vielleicht noch bessere technische Möglichkeiten anbieten könnte. Frau Widmer kommt zu dem Schluss, dass sie diese Hoffnung nicht aufgeben wird – egal, wie sehr sie sich nach einem Schlusstrich sehnt und was ihr „von außen“ geraten wird.

Die Vorgeschichte von Frau Widmer macht den inneren „Zwang“ verstehbar, den sie im Interview darstellt. Sie hat mit dem chirurgischen Eingriff, der so furchtbar schief lief, eine Entscheidung getroffen, die durch die Ereignisse bitter bestraft wurde. Schon im ersten Schritt konstruiert sie sich in ihrer Darstellung als selbstverantwortlich für ihr Unglück (vgl. Textstelle 8-82). Der Umkehrschluss, den sie in der hier gezeigten Interviewpassage vollzieht, erscheint in logischer Konsequenz: Wer sein Unglück selbst heraufbeschworen hat, muss es auch eigenverantwortlich richten. Das zukünftige Glück liegt in Frau Widmers Verantwortung und die einzigen Mittel, die sie aktuell dafür zur Verfügung zu haben scheint, sind chirurgische Eingriffe.

Natürlich ist die Ausgangslage bei Frau Widmer deutlich komplexer als bei Sandra und Frau Tran. Dennoch ist auch bei ihnen nicht gesagt, wie ein erneuter Eingriff ausgehen wird, und ob sie dann ausreichend zufrieden sein werden. Der Anspruch, ein perfektes

Produkt zu erhalten oder ausreichend geheilt zu sein, kann dem Wunsch entgegenstehen, den Mühen von weiteren Eingriffen zu entkommen. Es zeigt sich in diesen Ausschnitten die Verklammerung von institutionell zur Verfügung gestellten technischen Möglichkeiten und psychischen Voraussetzungen: Die Tatsache, dass bestimmte chirurgische Optionen noch nicht ausgeschöpft sind, kann zu dem (inneren) Zwang führen, weiter nach Verbesserung zu streben – schlussendlich mit dem Wunsch, (endlich) psychische Entlastung zu erfahren.

8.4.5 Zusammenfassung: Die Aneignung des „neuen“ Gesichts zwischen Integration und Abspaltung

In den postoperativen Interviews bleibt vieles erlebensfern, sehr allgemein formuliert, manchmal phrasenhaft. Die Schilderungen sind weniger narrativ als präoperativ. Es scheint (noch) wenige erzählbare Episoden zu geben. Vieles erscheint auf den ersten Blick widersprüchlich: Das Ergebnis ist „perfekt“, aber doch noch veränderungswürdig (Yvonne), es sieht „grauenhaft“ aus, aber es ist „gut geworden“ (Frau Bauer), es erscheint etwas „schief gelaufen“ zu sein, aber alle anderen schauen „neidisch“ (Frau Tran), es hat sich „kaum etwas verändert“, aber dennoch ist es „wieder viel mehr ich“ (Lena). Die Frage, „was das alles nun eigentlich gebracht hat“, ist heikel und selbstwertbedrohlich. Die Interviewten machen deutlich, dass sie selbst noch auf der Suche nach Antworten sind. Einiges weist darauf hin, dass die Interviewsituation eine Beantwortung der Frage, „wie es nun eigentlich ist mit dem Operationsergebnis“, erschwert. Die Interviewerin ist durch das Setting eindeutig dem gleichen Kontext zugeordnet wie die operierenden Ärzte, und im Moment des Interviews ist keine Anonymität gewährleistet. Damit ist eine Evaluation des Operationsergebnisses als „schlecht“ potentiell heikel (Esser, 1986, S. 317). Es ist vorstellbar, dass die Bewertungen auch sozial erwünschten Antworttendenzen geschuldet sind (ebd; Bortz & Döring, 2006, S. 212f.). Doch nicht nur die Situation des Interviews könnte bestimmte Antworten befördern, sondern auch die Tatsache, dass die Eingriffe medizinisch nicht „notwendig“ waren. Insbesondere bei den Interviewten mit eindeutig kosmetisch motiviertem Veränderungswunsch müssen Prozesse zur Auflösung von „kognitiver Dissonanz“ (Festinger, Irle & Möntmann, 1978) in Betracht gezogen werden: Der investierte Aufwand an Kosten, Schmerzen und Zeit erschwert es möglicherweise, vor anderen wie vor sich selbst zuzugeben, dass der Eingriff nicht (ganz) zufriedenstellend verlaufen ist oder sich trotz chirurgisch akzeptablem Ergebnis nichts geändert hat.

Zudem zeigt sich, dass die Interviews dieser Arbeit keine klare Vorher/Nachher-Situation abbilden. Zwar fand ein Interview vor dem Eingriff und der damit verbundenen Veränderung des Gesichts statt und eines danach. Doch stellt das (reale) Geschehen einen Prozess dar: Vor dem ersten Interview hat eine (meist sukzessive) Veränderung des Gesichts stattgefunden. Die initialen Erwartungen an einen chirurgischen Eingriff werden durch die verschiedenen Konsultationen vor dem Eingriff Stück für Stück modifiziert. Die Wünsche und Vorstellungen an ein Ergebnis müssen von den Behandelten an die Ärzte kommuniziert werden, und anders herum die Möglichkeiten und Einschränkungen von den Ärzten an die Behandelten. Die Operation selbst bringt nicht sofort ein fertiges Ergebnis, sondern die chirurgischen

Manipulationen müssen physisch und psychisch zunächst verarbeitet werden. Das endgültige Ergebnis ist häufig erst nach einigen Monaten erkennbar. Bei der Auswertung zeigte sich, dass das Vorher/Nachher auch in den Interviews in den wenigsten Fällen als ein „glatter“ Schnitt dargestellt ist. Oft wird vielmehr ein prozesshafter Übergang beschrieben. Tatsächlich erscheint dieser Übergang notwendig zu sein, um einen Anpassungsprozess an das „neue“ Gesicht zu leisten.

D. Zusammenschau der Ergebnisse und Diskussion

Die Diskussion dient dazu, die Ergebnisse zusammenzubringen und unter Einbezug der Literatur noch einmal unter einer anderen Perspektive zu betrachten. Der Abstraktionsgrad ist dabei höher als im Ergebnisteil. Die diskutierten Themen liegen „quer“ zu den erstellten Ergebniskategorien, aber auch quer zu den Themenbereichen, die im Literaturteil eingeführt wurden.

Im ersten Teil (Kapitel 9) werden die verwendeten Forschungsmethoden diskutiert. Schon im Literaturteil wurde auf die theoretischen Besonderheiten des Forschungsgegenstandes hingewiesen, im Methodenteil wurden die praktischen Schwierigkeiten ausführlich dargestellt. Über das Gesicht und die Identitätsrelevanz seiner Veränderungen zu forschen, wirft methodische Probleme auf. Nun wird gezeigt, wie in den Ergebnisanalysen mit den Schwierigkeiten umgegangen wurde, und auf Grundlage der Ergebnisse wird ein methodisches Modell entwickelt. Im zweiten Teil (Kapitel 10) werden die Ergebnisse im Hinblick auf Themen aus der Literatur diskutiert. Dabei werden insbesondere zwei Aspekte aus den Ergebnissen relevant: Die „Kluft“ zwischen Gesicht und „Rest“, die sich in den sprachlichen Darstellungen zeigt, und die Rolle des Gesichts als Schnittstelle zwischen „Innen“ und „Außen“. Im dritten Teil (Kapitel 11) werden die Ergebnisse zum einen in ihrer methodischen Relevanz für folgende Forschungsarbeiten diskutiert, zum anderen in ihrer Relevanz für die klinische Praxis.

9. Methodendiskussion

Die Verwendung der spezifischen Forschungsmethodik, ihre Vorteile und Einschränkungen wurden schon ausführlich im Methodenteil diskutiert. Im Folgenden werden einige spezifische methodische Probleme erneut aufgegriffen, um deutlich zu machen, wie in der vorliegenden Arbeit mit ihnen umgegangen wurde. Zunächst wird gezeigt, wie in den Ergebnisanalysen eine Vergleichbarkeit der sehr heterogenen Fälle erreicht wurde (9.1). Anschließend wird gezeigt, auf welcher Basis die prä- und postoperativen Interviews zueinander in Verbindung gesetzt werden konnten, ohne die Komplexität der Prozesse zu ignorieren (9.2). Die methodischen Erkenntnisse werden schließlich zu einem Modell zusammengeführt, durch das systematisch dem besonderen Forschungsgegenstand „Gesicht“ Rechnung getragen wird (9.3).

9.1 Das Problem der Fallauswahl: Vergleichbarkeit der Interviewten

Die Schwierigkeiten bei der Fallauswahl wurden im Abschnitt 5.1.2 diskutiert. Zusammenfassend soll hier festgehalten werden, dass die sehr unterschiedlichen Ausgangslagen der Interviewten, die Unterschiedlichkeit der Beweggründe, der Arten der Eingriffe und der chirurgischen Ergebnisse (hinsichtlich des „technischen“ Gelingens, aber auch der überhaupt vorhandenen chirurgischen Veränderungsmöglichkeiten) ein methodisches Problem für die Vergleichbarkeit der Interviews darstellen. Gleichzeitig repräsentiert diese Vielfalt die klinische Wirklichkeit eines Universitätsspitals und vermittelt einen Einblick in die mannigfaltigen Situationen,

in denen eine Beschäftigung mit dem eigenen Gesicht in chirurgischem Kontext relevant werden kann.

Die Interviews wurden zunächst durch das Herausarbeiten abstrakter, übergreifender Kategorien vergleichbar gemacht. Dies gelang über eine Zusammenschau der unterschiedlichen Anlässe, einen gesichtschirurgischen Eingriff in Erwägung zu ziehen (vgl. Kapitel 7.1), der präoperativen Veränderungswünsche (vgl. Kapitel 7.2) und des postoperativen Veränderungserlebens (vgl. Kapitel 7.3) jeweils auf den Ebenen „Körper“, „Sozialität“, „Selbstbezug“. Über alle Interviews hinweg konnten die Darstellungen diesen Ebenen zugeordnet und so in all ihrer Varianz gegenübergestellt werden. Damit wurde auch dem Problem begegnet, dass die Indikationsbereiche „rekonstruktiver Eingriff“ und „kosmetischer „Eingriff“ keine dichotomen Kategorien darstellen, sondern ein Kontinuum von unterschiedlich motivierten ästhetischen Eingriffen. Die deskriptive Aufordnung machte eine angemessene Darstellung der Komplexität des Feldes möglich.

Auf dieser Basis konnten dann die unterschiedlichen Formen der Identitätsarbeit herausgearbeitet werden, die die Interviewten unter Bezugnahme auf ihr Gesicht und seine Veränderungen leisten (vgl. Kapitel 8). Hier wurde insbesondere gezeigt, wie Identität zwischen „Innen“ und „Außen“ konstruiert wird: Zum einen bezieht sich dies auf den Unterschied zwischen Darstellungen des „inneren So-Seins“ und der Bezugnahme auf das äußere Erscheinungsbild – beispielsweise mit der Frage „Passt mein Gesicht noch zu mir?“. Zum anderen geht es um die selbstbezogene „Innensicht“ (so sehe ich mein Gesicht) und subjektiven Darstellungen der „Außensicht“ (so sehen andere mein Gesicht). Dieser Grad der Abstraktion machte es möglich, übergreifende Strukturen der Identitätsarbeit an der Schnittstelle von anatomischen Gegebenheiten, dem aktuellen subjektiven Erleben des eigenen Körpers und dem historischen und sozialen Gewordensein des Verhältnisses zum eigenen Körper herauszuarbeiten.

Die Kombination zweier unterschiedlicher Analyseebenen (deskriptive Analyse und identitätsbezogene Analyse) ermöglicht also einen datenzentrierten vergleichenden Zugang zu sehr heterogenen Interviews, was für weitere Forschungsarbeiten nutzbar gemacht werden kann. Der methodische Gewinn dieses Vorgehens für eine Erweiterung des Positionierungskonzeptes von Lucius-Hoene und Deppermann (2004b) wird unter 8.5.1 beschrieben.

9.2 Das Problem des prä-post Vorgehens: Vergleichbarkeit der Interviews

Schon beim ersten Herangehen an die Daten machte es die große Heterogenität der Interviews (siehe oben) schwierig, übergreifende Vergleichsebenen zu finden. „Prä-“ bzw. „postoperativ“ hieß nicht bei allen Interviewten das Gleiche: Bei einigen Interviewten (Frau Müller, Frau Widmer, Frau Kaymaz) war das „präoperative“ Interview zugleich „postoperativ“, da schon zu diesem Zeitpunkt die aus einem vorhergehenden Eingriff entstandenen Probleme dargestellt wurden. Bei Frau Widmer war zudem vor dem „postoperativen“ zweiten Interview kein erneuter Eingriff vorgenommen worden. Aus diesen Gründen wurde auch beim Vergleich der beiden

Interviews einer Person erst auf relativ abstraktem Niveau eine Möglichkeit des Vergleichs gefunden.

Es wurde deutlich, dass die Interviews keine Verlaufsdocumentation im Sinne eines Vorher/Nachher darstellten. Schon im Präinterview zeigten sich häufig Schwierigkeiten, die Problemlage sowie die Veränderungswünsche klar und explizit darzustellen. Im Postinterview schien sich dies potenziert zu haben (vgl. Kapitel 8.4): In vielen Interviews war es kaum noch möglich, Narrationen zu erzeugen. Es erschien immer wieder schwierig, überhaupt sprachlich darzustellen, was sich durch den Eingriff verändert hatte (oder eben nicht). Offenbar entspricht die (von außen angelegte) Idee, mit den Interviews eine Vorher/Nachher-Situation nachzuzeichnen, nicht der lebensweltlichen Realität der Interviewten. Die Idee des Vorher/Nachher folgt in etwa folgender Vorstellung: Im Präinterview wird durch bestimmte Konstruktionen der biografischen Ereignisse der Wunsch nach einem Eingriff plausibilisiert und dann im Postinterview die durch den Eingriff stattgefundenen Veränderungen durch entsprechende sprachliche Konstruktionen aufgearbeitet und integriert. Die Art des Ereignisses „gesichtschirurgischer Eingriff“ scheint nicht diesem Schema entsprechend zu verlaufen. Diese Erkenntnis wurde für die Ergebnisanalysen leitend.

Für die Ergebnisdarstellung wurden die Prä- und Postinterviews auf vier unterschiedlichen Ebenen verglichen, die hier noch einmal systematisch aufgeführt sind:

Darstellungen des fremden Blickes: In den Interviews spielt die Außenperspektive eine entscheidende Rolle. Im Ergebnisteil wurde zum einen gezeigt, wie die Interviewten ihr Gesicht durch die Darstellung der Blicke von Anderen positionieren (lassen) und wie sie sich damit selbst als bestimmte Personen darstellen (vgl. Kapitel 8.2). Zum anderen wurde die Rolle der Interviewerin in der kommunikativen Situation des Interviews betrachtet. Es wurde gezeigt, inwiefern hier Veränderungen zwischen erstem und zweitem Interview explizit thematisiert werden bzw. sich auf der performativen Ebene zeigen (vgl. Abschnitt 8.2.5).

Nähe und Distanz: Hier wurde betrachtet, an welchen Stellen über die Prä-/Postinterviews hinweg Veränderungen in der Beziehung zwischen Gesicht und „Rest“ im Hinblick auf Nähe und Distanz relevant gemacht wurden. So beispielsweise in der Frage, ob, wann und was am Gesicht zum „Rest“ der Person (des „Ich-Selbst“) „passt“, ob das Gesicht postoperativ wieder mehr „man selbst“ ist als vorher – und damit wieder eher der Selbstwahrnehmung entspricht (z.B. in Lenas Interviews, vgl. Abschnitte 8.4.2, 8.4.3). Auch die Frage, wie „leicht“ ein bestimmtes Merkmal des Gesichts „abgetrennt“ werden konnte, beispielsweise wie „glatt“ die Schnittstelle zwischen „vorher“ und „nachher“ dargestellt ist (vgl. Abschnitt 8.4.2), bezieht sich auf die Ebene Nähe und Distanz. So zeigte sich beispielsweise, dass die Interviewten zum Teil sehr differenziert verhandeln, an welchen Stellen sie ihr Gesicht oder Teile ihres Gesichts als wie selbstnah oder -fern darstellen.

Kontrolle und Kontrollverlust: In den Ergebnisanalysen zeigte sich, dass Veränderungen von Kontrolle und Kontrollverlust im Verlauf der Ereignisse eine entscheidende Rolle spielen: Bin ich jemand, der die Ereignisse vorantreibt, oder werde ich durch die Ereignisse bestimmt? Handle ich meinem Körper gegenüber, oder handelt mein Körper mir gegenüber, oder wird mein Körper von (fremden) Dritten behandelt? (vgl. dazu Abschnitt 8.3.5, Abschnitt 8.4.1, Abschnitt 9.6.1).

Inhalt und Performanz: Auf der inhaltlichen Ebene wurde betrachtet, *was* im Präinterview an Veränderungswünschen direkt benannt wurde (vgl. Kapitel 7.2), und ob der gleiche Punkt im Postinterview tatsächlich als Veränderung benannt wird (vgl. Kapitel 7.3). In den Interviews kommen solche direkten Bezüge durchaus vor, jedoch in eher geringem Ausmaß. Die inhaltliche Ebene wurde insbesondere in Ergebnisteil 7. behandelt.

Auf der performativen Ebene wurde betrachtet, *auf welche Weise* die Interviewten bestimmte Ereignisse darstellen: Wie werden im Sprechen Handlungen vollzogen, die auf die Hörerin oder den Sprecher selbst bezogen sind? Wo wird erklärt, nach Verständnis gesucht, (re-)inszeniert, gerechtfertigt, um Zustimmung geworben (Lucius-Hoene & Deppermann, 2004b, S. 41)? Als was für einen Menschen stellen sich die Interviewten im Prä- und im Postinterview damit jeweils dar, verändern sich diese Selbstpräsentationen zwischen den Interviews, und welchen Einfluss bekommen sie im Verlauf zugeschrieben? Dabei spielt neben der inhaltlichen Vergleichsdarstellung und der Frage nach dem Fortgang der Ereignisse die aktuelle Situation des Interviews eine entscheidende Rolle. Durch die performativen Akte entsteht eine spezielle Beziehung zwischen den Interaktanten in der Wirklichkeit der Interviewsituation (ebd.).

Die performative Ebene spielt insbesondere insofern eine entscheidende Rolle, als die Situation des Interviews die Aufgabe stellt, den Eingriff im Vorhinein und im Nachhinein zu plausibilisieren. Zum einen will der Aufwand eines solchen massiven, in einigen Fällen bewusst aus eigenem Antrieb in Anspruch genommenen körperlichen Eingriffs gerechtfertigt sein. Die Interviewten standen so vor der schwierigen Aufgabe, den eigenen Erwartungen und denen des Gegenübers (und vermutlich noch denen der internalisierten Anderen, des sozialen Umfelds und der Gesellschaft) zu begegnen. Die in diesem Spannungsfeld entstandenen sprachlichen Darstellungen erscheinen häufig auf den ersten Blick widersprüchlich (siehe Abschnitt 8.4.5): Das Ergebnis ist „perfekt“, aber doch noch veränderungswürdig (Yvonne), es sieht „grauenhaft“ aus, aber es ist „gut geworden“ (Frau Bauer), es erscheint etwas „schief gelaufen“ zu sein, aber alle anderen schauen „neidisch“ (Frau Tran), es hat sich „kaum etwas verändert“, aber dennoch ist es „wieder viel mehr ich“ (Lena). Die (inhaltlichen) Widersprüchlichkeiten erhalten erst dann eine Sinnhaftigkeit, wenn der Entstehungskontext und die impliziten Erwartungen von unterschiedlicher Seite in die Analysen einbezogen werden, wie dies in Kapitel 8 erfolgte.

9.3 Das Problem der Verschränkung von Gesicht, Identität und Sprache: Ein erweitertes Positionierungskonzept

Das Interview, in dem das Gesicht explizit thematisiert wird und die Interaktanten gleichzeitig *face-to-face* anwesend sind, stellt aus methodischer Sicht eine besondere Herausforderung dar. Die Ergebnisanalysen der vorliegenden Arbeit haben gezeigt: Aus der Situation des Interviews ist das Gesicht (wie der ganze Körper) nicht wegzudenken. Die *face-to-face* Situation erzwingt den gegenseitigen Blick ins Gesicht und eine mimische Reziprozität (vgl. Abschnitt 8.2.5). Auch aus den sprachlichen Darstellungen der Interviewten ist das Gesicht nicht wegzudenken. Das Interview thematisiert explizit die Erfahrungen der Interviewten mit ihrem Gesicht, seinen Veränderungen und den Umgang damit. Unter dieser Perspektive können neue Formen von Positionierungen (vgl. Abschnitt 6.2.1) herausgearbeitet werden, bei denen das Gesicht zum eigenen Bestimmstück wird (vgl. Kapitel 8).

Das in Abschnitt 2.1.4 vorgestellte Identitätsmodell von Gugutzer (2002) bietet eine fundierte theoriebasierte Konzeption des Zusammenhangs von Körper und Identität unter Einbeziehung der sprachbasierten Identitätsmodelle. Es liefert jedoch keine eigene methodische Herangehensweise für eine empirisch fundierte Analyse der sprachlich stattfindenden, körperbezogenen identitätskonstitutiven Prozesse³¹. Durch das Positionierungskonzept von Lucius-Hoene und Deppermann (2004b) können die sprachlichen Prozesse der Identitätsarbeit methodisch fundiert analysiert werden, es vernachlässigt jedoch (explizit) die Ebene des Leib-Körpers.

Um beide Ebenen der narrativen Interviews mit gesichtschirurgischen Patientinnen zusammenzubringen, dient eine Zusammenschau des unter Kapitel 2.3 erweiterten Leib-Körper-fundierten Identitätskonzepts von Gugutzer (2002) und dem unter Kapitel 8 erweiterten Positionierungskonzept von Lucius-Hoene und Deppermann (2004b), wie es in der folgenden Grafik (Abb. 7) dargestellt ist. Durch das Modell soll ein methodischer Zugang zu den interaktiven Akten der Positionierung möglich werden, durch den der Körper in die Auswertung miteinbezogen werden kann:

³¹ Gugutzer (2002) nutzt *Transkripte von Gesprächen* für fundierte Metaphern- und Kategorienanalysen. Seine Beschreibungen der Leib-Körper-bezogenen Identitätskonstruktionen bauen also ganz explizit auf *sprachlichen* Prozessen auf: Auch Gugutzer analysiert das „Reden über den Körper“ (S. 295).

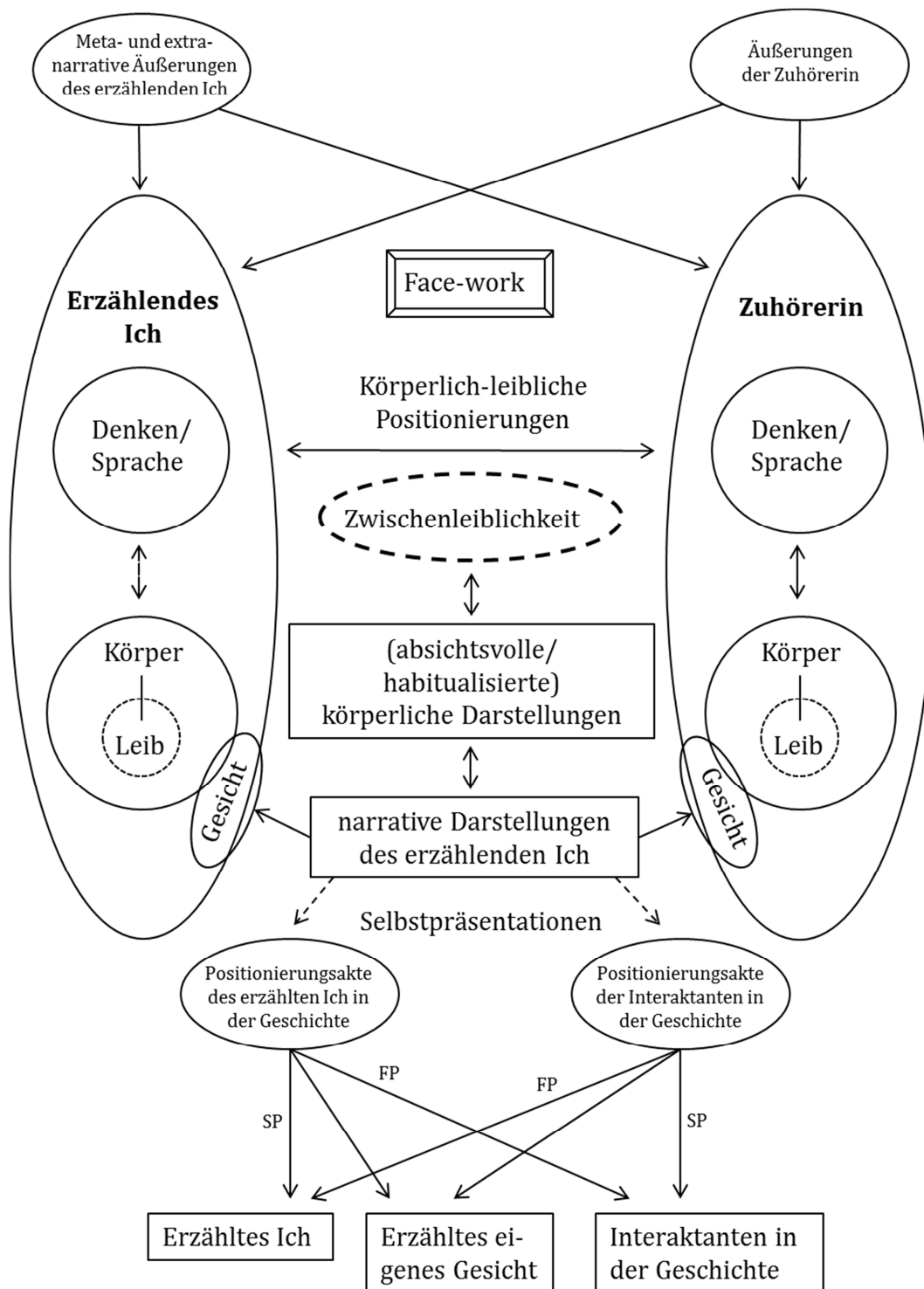


Abb. 7: „Leib-Körper-fundiertes Positionierungsmodell“ in Anlehnung an Gugutzer (2002) und Lucius-Hoene und Deppermann (2004b)

In diesem Modell erscheinen die Interaktanten sowohl in ihrem leiblichen Zur-Welt-Sein und ihrer manifesten körperlichen Gestalt (mit ihrem jeweiligen Gesicht) als auch ihr jeweiliges Gesicht als erzähltes Konstrukt. Es können damit sowohl die identitätsbezogenen Positionierungshandlungen der *erzählten Zeit* als auch die

Positionierungshandlungen in der *Erzählzeit* um die Ebene des Leib-Körpers und insbesondere des Gesichts ergänzt werden. Im Folgenden ist dies aufgeschlüsselt.

Positionierungshandlungen in Bezug auf das Gesicht in der erzählten Zeit:

In den erzählten Abläufen und Ereignissen der Vergangenheit lassen die Interviewten ihr *erzähltes Ich* nicht nur Selbst- und Fremdpositionierungen vornehmen (vgl. Methodenteil), sondern lassen es auch ihr eigenes Gesicht und gegebenenfalls das Gesicht ihres Gegenübers positionieren. Gleichzeitig können die Interaktanten in der Geschichte sowohl ihr eigenes Gesicht als auch das Gesicht des erzählten Ichs positionieren. In den vorliegenden Interviews waren sowohl die Positionierungen durch das erzählte Ich als auch durch die Interaktanten im Allgemeinen auf das Gesicht des erzählten Ichs bezogen (das Gesicht der Interaktanten ist deshalb der Übersichtlichkeit halber in Abbildung 7 nicht gesondert eingezeichnet).

Beispiel:

```
01   S:   und dann hat noch der (.) doktor ((name)) hat noch gesagt | .hh
02       jaa woll_n sie da oben noch den höcker weg | und dann dacht ich |
03       uuh sie nennen_s selbst höcker (-) | ich hab eine höckernase
04       ((lacht)) | dann dacht ich uäh (-) | .hh da hh. .hh (--) dacht
05       ich wirklich | ich muss es machen |
```

FPG: Der Arzt als Protagonist der erzählten Geschichte macht im Gesicht der Erzählerin eine benennbare Abweichung aus, die „einfach“ (im Sinne einer unproblematischen Zusatzleistung) entfernt werden kann. Der Arzt positioniert das Gesicht der Interviewerin so als durch ein bestimmtes Merkmal abweichend, als etwas mit diagnostizierbarem Problem, aber durchaus korrekturfähig.

FP: Gleichzeitig wird das erzählte Ich in der Darstellung durch den Arzt als jemand positioniert, der im Sinne eines Dienstleistungsempfängers autonom eine Veränderung in Auftrag geben kann.

SPG: Das erzählte Ich reagiert auf diese Positionierung ihres Gesichts zweifach mit einem Ausruf von Ekel, womit sie ihr Gesicht aus der eigenen Sicht als etwas Abstoßendes darstellt. Sie positioniert es aus distanzierter Perspektive als etwas Überflüssiges, von ihr selbst Abgetrenntes, Fremdes.

Wie in der Einleitung von Kapitel 8 ausgeführt, entsteht durch diese Positionierungen die Besonderheit, dass ein (körperlicher) Teil eines der Interaktanten zum gemeinsamen Objekt der Betrachtung gemacht – also gewissermaßen abgetrennt – wird, und gleichzeitig natürlich Teil desjenigen bleibt. Das Gesicht wird zu einer eigenen Entität, die aus „distanzierter“ Perspektive von beiden Seiten (vom „erzählten Ich“ sowie den Interaktanten in der Geschichte) betrachtet werden kann. Die Besonderheit dieser Positionierungsakte ist, dass durch die Bezugnahme auf das Gesicht des erzählten Ichs als „eigener Entität“ diesem Gesicht bestimmte Eigenschaften zugewiesen werden können, die *nicht* im Zusammenhang mit der Person des erzählten Ichs zu stehen scheinen. Die Nase kann (scheinbar) als abweichend und veränderungsbedürftig

positioniert werden, ohne dass der Person selbst diese Eigenschaften zugeschrieben werden müssen. Es findet eine Distanzierung statt: Die Positionierungen des Gesichts können zu den „Ich-Selbst“ bzw. „Du-Selbst“-bezogenen Positionierungen im Gegensatz stehen. Gleichzeitig findet immer auch eine Vermischung statt, da das Gesicht trotz seiner „abgetrennten“ Position im *gemeinsam geteilten Wissen* Teil des erzählten Ichs bleibt (und auch explizit, wenn Sandra ausruft: „Ich hab eine Höckernase!“). Das Problem, mit dem das erzählte Gesicht ausgestattet wird, ist im Gesicht der erzählenden Person sichtbar, es ist im Moment des Erzählens „aktiv“. Es ist nicht entscheidbar, ob Sandras Ausruf „Ich hab eine Höckernase“ vom erzählten Ich oder vom erzählenden Ich ausgestoßen wird.

Positionierungshandlungen in Bezug auf das Gesicht in der Erzählzeit:

Bezogen auf die erzählte Zeit (erzählte Geschichte):

Wie unter Abschnitt 6.2.1 beschrieben, ist die Konstruktion der Geschichte in der erzählten Zeit immer eine Konstruktion des Erzählers, die er im Hier-und-Jetzt der Erzählzeit vornimmt. Dies bedeutet, dass sowohl die Selbstpositionierungen des Gesichts durch das erzählte Ich als auch seine Fremdpositionierungen durch die Interaktanten der Geschichte im Grunde genommen Positionierungsleistungen des Erzählers sind.

Bezogen auf das obige Beispiel bedeutet dies, dass Sandra im Moment des Interviews ihr Gesicht mithilfe der Geschichte als etwas darstellt, das durch ein ärztliches Urteil als veränderungswürdig klassifiziert wurde und damit für sie selbst untragbar wird.

Bezogen auf die Erzählzeit (Hier-und-Jetzt der Interviewsituation):

In der Hier-und-Jetzt-Zeit des Interviews stellt Sandra damit sich selbst vor der Interviewerin als Menschen dar, der kein „absurdes“ Problem hat, sondern eines, das auch im ärztlichen Urteil handlungsbedürftig erscheint. Gleichzeitig trennt sie den „Höcker“ von sich selbst ab – sie macht deutlich, dass sie über ihr Gesicht verfügen kann, und nicht (dauerhaft) durch ihr Gesicht definiert ist.

Gleichzeitig macht sie beispielsweise durch die Art der Darstellung und durch ihr Lachen deutlich, dass sie eine souveräne Erzählerin ist, die auch schambehaftete Dinge ansprechen kann und Möglichkeiten hat, mit der Scham umzugehen (beispielsweise durch distanzierten Humor).

Bei der Analyse muss jedoch auch beachtet werden – und dies spielt nun insbesondere aufgrund der Thematik der Interviews eine entscheidende Rolle – dass die Interviewerin im Moment von Sandras Schilderung den „Höcker“ direkt vor Augen hat. Sie sieht, dass Sandra eine „Höckernase“ hat – und Sandra weiß, dass dies so ist. *Face-work* spielt in der Interviewsituation eine besondere Rolle: Der Versuch, durch konsistentes Verhalten bestimmte soziale Werte für sich zu beanspruchen und ebenso einer anderen Person entgegenzubringen (Goffman, 1955, vgl. Auer, 1999, S. 150) – wie es in jedem sozialen Kontakt eine Rolle spielt – wird durch das *Gesicht selbst* erschwert. Die Interviewerin hat eine (potentiell) beschämende Abweichung direkt vor Augen und fragt gleichzeitig noch nach dieser, wodurch sie zusätzlich sprachlich thematisiert werden muss.

Methodisch verlangen die stark körperbezogenen Analysen der vorliegenden Arbeit eigentlich nach Videoaufnahmen, mit denen die körperlichen Darstellungen und Interaktionen in der Situation des Interviews nachvollzogen werden könnten. Denn natürlich – wie auch in der Grafik zu sehen ist – spielt der Leib-Körper in den Interviews eine Rolle: Sowohl Interviewerin als auch Interviewte sind in der aktuellen Situation körperlich-leiblich anwesend. Sie stellen sich zum einen „präreflexiv leiblich“ aufeinander ein (Küchenhoff, 2012, S. 18ff.), zum anderen greifen sie immer auch auf körperliche Darstellungen zurück. Diese können absichtsvoll sein, beispielsweise um eine Aussage zu untermauern oder eine bestimmte Bewegung darzustellen, oder habitualisiert, wie es sich beispielsweise in einer bestimmten (unbewussten) Körperhaltung zeigt (vgl. Abschnitt 2.1.4). Die körperlichen Darstellungen können (im Sinne des Bourdieuschen Konzepts der Hexis, Bourdieu, 1982, S. 311) als Positionierungsakte verstanden werden: Durch die Art und Weise, wie sich jemand körperlich „gibt“, weist er sich eine Position im sozialen Raum zu und positioniert gleichzeitig in Relation dazu sein Gegenüber.

„Das eigene Verhältnis zur sozialen Welt und der Stellenwert, den man sich in ihr zuschreibt, kommt niemals klarer zur Darstellung als darüber, in welchem Ausmaß man sich berechtigt fühlt, Raum und Zeit des anderen zu okkupieren – genauer den Raum, den man *durch den eigenen Körper* in Beschlag nimmt, vermittelt einer bestimmten Haltung, vermittelt selbstsicher-ausgreifender oder zurückhaltend-knapper Gesten...“ (ebd., S. 739).

Dies konnte die vorliegende Arbeit nicht leisten. Es erwies sich aus den beschriebenen Gründen als schwer genug, überhaupt Menschen zu finden, die sich zu einem Interview für die Studie bereit erklärten, und die Durchführung der Interviews war in vielen Bereichen auch so schon problematisch (siehe Kapitel 5.1 und 5.3). Videoaufnahmen, die noch zusätzliche Anforderungen an face-work und insbesondere die Überwindung von Scham und Peinlichkeit gestellt hätten, waren realistischer Weise zwar wünschenswert, jedoch nicht durchführbar.

10. Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse im Hinblick auf die Literatur (Teil A) diskutiert und unter neuer Perspektive systematisch zusammengefasst. Es werden drei Themenbereiche behandelt. Im ersten Teil (10.1) werden die unterschiedlichen Ebenen der Agencykonstruktionen in den Interviews systematisch dargestellt und auf dieser Grundlage vier „Profile der Handlungsmächtigkeit“ entworfen. Im zweiten Teil (10.2) wird gezeigt, wie die Ergebnisse sich im Hinblick auf die Leib-Körper-Identitätsdebatte einordnen lassen. Der Gewinn für ein vertieftes Verständnis der Identitätsverhandlungen im Interview und die postoperativen Verarbeitungsprozesse wird dargestellt. Im dritten Teil (10.3) werden vier Ebenen von „Schamverhandlungen“ in den Interviews dargestellt, die einen empirischen Zugang zu dem komplexen Phänomenbereich erlauben.

10.1 Erleiden oder Gestalten: Konstruktionen von Agency in Bezug auf den gesichtschirurgischen Eingriff

Wenn ich anderen von mir erzähle, habe ich stets unterschiedliche Optionen, mich selbst in der Welt zu positionieren angesichts der Frage, an welchen Stellen etwas mit mir geschieht und an welchen Stellen ich der Welt (und mir selbst) gegenüber handlungsfähig bin (siehe Abschnitt 3.2.2). Wer oder was führt dazu, dass die Ereignisse sich entwickeln? Im Methodenteil wurden drei Ebenen der Agency-Analyse nach Lucius-Hoene (2012) vorgestellt (siehe Abschnitt 6.2.2). Im Folgenden werden die Ergebnisse im Hinblick auf diese Ebenen diskutiert und in den größeren theoretischen Zusammenhang, wie er im Theorieteil beschrieben ist, eingeordnet.

Ebene 1: Handlungsträger im lokalen sprachlichen Kontext:

Im Ergebnisteil wurde gezeigt, dass auf der Ebene der Erzählsätze an unterschiedlichen Stellen in den Interviews unterschiedliche Handlungsträger eingeführt werden, die für den Fortgang der Ereignisse verantwortlich gemacht werden. Die unterschiedlichen Arten von Handlungsträgern werden hier noch einmal systematisch vorgestellt: Das *Gesicht*, das *Ich*, *Andere* und *heteronome Mächte*. Die Bedeutung dieser Arten von Agentivierungen für die Herstellung und Darstellung von Identität in der Hier-und-Jetzt-Situation der Erzählzeit (das Interview) wird anschließend betrachtet.

1. *Das Gesicht als Handlungsträger:* In vielen der Interviews wird dem Gesicht selbst Agency im Fortgang der Ereignisse zugeschrieben. Es wird als von der erzählenden Person getrennte Entität dargestellt (vgl. Kapitel 8.1, 9.3), die eigenmächtig handelt, eigene Ziele verfolgt (vgl. Abschnitte 8.1.4, 8.3.2; ähnliche Beschreibungen finden sich in den Studien von Borkenhagen, 2001a, 2001b; Davis, 1995): Mein Gesicht lässt mein „So-Sein“ nicht mehr nach außen (z.B. Herr Kunert, Textstelle 8-5; Lena, Textstelle 8-3); es lässt mich im Stich (z.B. Herr Kunert, Textstelle 8-31, Frau Widmer, Textstelle 8-30); es benimmt sich bedrohlich (z.B. Frau Müller, Textstelle 8-29; Herr Huber, Textstelle 8-28); es schickt sich an, sich auf unerwünschte Weise zu verändern (Frau Favelli, Textstelle 8-27).

Auf der Ebene der erzählten Ereignisse kommt der Agentivierung des Gesichts die Funktion zu, eine *erzählerische Problematisierung* zu bieten: Die Ereignisse entwickeln sich auf eine bestimmte Weise, *weil* mein Gesicht so und so gehandelt hat/so handelt/so handeln wird. Das erzählte Ich, aber auch andere werden von der Verantwortung freigestellt. Es ist demzufolge nicht ein übersteigerter Wunsch nach „Verschönerung“, aufgrund dessen die Erzähler selbst das Geschehen vorantreiben würden. Es sind auch nicht Behandlungsfehler der Ärzte oder Gemeinheiten bzw. gut gemeinte Ratschläge anderer (solche Zuweisungen wären inhaltlich an den gleichen Stellen durchaus auch möglich). Es ist das eigenständig handelnde Gesicht, das durch sein (ungebührliches) Verhalten die Ereignisse vorantreibt.

Die Agentivierungen des Gesichts haben meist im zweiten Schritt zur Folge, dass ein anderer Handlungsträger etabliert wird, um das Geschehen wieder „unter Kontrolle“ zu bringen. Die Handlungen des Gesichts sind dann beispielsweise als kausale

Ursache für die Übernahme von Handlungsinitiative durch das erzählte Ich oder die Ärzte dargestellt (siehe unten).

2. *Das Ich als Handlungsträger:* Natürlich tauchen an vielen Stellen in den Darstellungen die Interviewten selbst als Handlungsträger auf. Dabei kann der Fokus auf der Entscheidungshoheit liegen, wie beispielsweise bei Lena: „ich ha jetzt NIT vor ebbis mache z_lo: | ich möcht einfach z_ersch mal wisse | <<pronunziert>WAS (.) ISCH (.) MÖglich?“ (Textstelle 8-68). An anderen Stellen führt, wie oben schon angedeutet, in der Darstellungslogik erst die Agentenschaft des Gesichts dazu, dass eine (zwingende) *Notwendigkeit* zur Selbst-Agentivierung etabliert wird. Als einzig mögliche Konsequenz der Handlungen des Gesichts ist die Übernahme von Agency durch das Ich dargestellt, wie beispielsweise bei Herrn Kunert: „NUR weil (.) eIn orga:n (-) des menschlichen körpers | noch nicht gemErkt hat dass das wAchstum AUFGehört hat | näm_ich die HAUT (--) | u:nd da gibt_s nur ein MITtel | das Abzuschneiden | und (.) dEs will ich jetzt versUchen“ (siehe dazu Textstelle 8-76) oder Frau Müller: „und ich glaub dAs hat mich °hh dazu getrieben | Alle weiteren (.) operationen | Immer wieder Immer wieder zu machen und zu verbEssern“ (siehe dazu Textstelle 8-81)³².

Unter Kapitel 8.3 wurde aufgezeigt, dass die Interviewten vor dem Problem stehen, dass sie den Eingriff tatsächlich nicht selbst durchführen, sondern stets nur veranlassen können. Die Beispiele von Herrn Kunert und Frau Müller zeigen, dass in der sprachlichen Realisierung diese Tatsache ignoriert werden kann (bei ihnen klingt es, als griffen sie selbst zum Messer, siehe dazu Abschnitt 8.3.5). Das Ich der Darstellung kann selbst operieren, häufig auch „gemeinsam“ mit den Ärzten (beispielsweise Frau Bauer: „dann haben wir das operiert“).

Die Übernahme von Agentenschaft durch die Sprecher führt in den Darstellungen dazu, dass die Kontrolle über die Ereignisse behalten oder zurückgewonnen wird. Gleichzeitig wird – insbesondere durch den sprachlich hergestellten kausalen Zusammenhang mit der zuerst dargestellten Agentenschaft des Gesichts – häufig eine Situation von *Zwang* konstruiert: Es scheint keine andere Wahl zu geben, als zum Messer zu greifen.

3. *Andere als Handlungsträger:* In den Interviews finden sich auch Agentivierungen anderer Personen, allerdings sind diese in den meisten Fällen eher „schwach“. Die deutlichsten Agentivierungen finden sich bei den Interviewten mit eher rekonstruktiv ausgerichteten Eingriffen – dort sind es häufig die Ärzte, die eindeutig die Handlung vorantreiben. Sie bieten Expertise und Mittel zur Veränderung und „verordnen“ den Darstellungen zufolge den Eingriff, wie in Frau Bauers Darstellung „hAt er mich dort Angemeldet“ (siehe dazu Textstelle 8-85; auch Herr Huber, Textstelle 8-84). Darüber hinaus werden andere (Ärzte, Fremde oder Bekannte) als (begrenzt) handlungsleitend eingeführt, indem sie einen (meist schon selbst

³² Obwohl in beiden Fällen eine *Notwendigkeit* konstruiert wird, ist die dargestellte *Not* unterschiedlich groß.

erkannten) Veränderungsbedarf bestätigen (Sandra, Textstelle 7-13; Yvonne, Textstelle 7-12) oder Möglichkeiten zur Veränderung aufzeigen (siehe z.B. Frau Favelli „sagt er er kann bestimmt etwas machen“; Textstelle 7-10) und so zumindest momentan den Fortgang der Handlung (mit)bestimmen. An manchen Stellen werden, wie schon angedeutet, Handlungen des Gesichts als ausschlaggebend für die (als *notwendig* dargestellte) Handlungsübernahme anderer konstruiert. Dies geschieht in den Interviews insbesondere dann, wenn im Vorfeld schon einiges „schiefgelaufen“ ist, wie bei Frau Widmer oder Frau Müller. Die anderen tauchen dann als „unbestimmte andere“ in den Schilderungen auf: Als diejenigen, „die versuchen“, den Schaden zu beheben (Frau Widmer, Textstelle 8-82; siehe auch „man hat dann FREMDmaterial eingesein operiert“, Frau Müller, Textstelle 8-29).

Auch durch die Agentivierungen anderer wird ein Begründungszusammenhang geschaffen: Insbesondere in den „starken“ Agentivierungen entlässt sich das erzählende Ich (zumindest partiell) selbst aus der Verantwortung für die Entscheidung bezüglich eines Eingriffs und damit auch für dessen Ausgang: Es sind die anderen, die Handlungsbedarf sehen bzw. sahen, nicht ich. In den anderen Fällen („schwache“ Agentivierungen) werden die anderen eher als den Handlungsverlauf unterstützend oder – im Falle der „unbestimmten anderen“ als Teil eher heteronomer Ereignisse dargestellt (siehe unten).

4. *Der Einfluss heteronomer Mächte:* Es finden sich immer wieder Passagen, in denen das Geschehen als von unbestimmten, heteronomen Mächten vorangetrieben dargestellt wird. Die Dinge sind auf eine bestimmte Weise gekommen, haben sich in eine bestimmte Richtung entwickelt. Solche Darstellungsformen finden sich zum einen in den Beschreibungen von „allgemeinen Prozessen“, wie sie Herr Kunert darstellt (siehe Textstellen 8-5, 8-48, 8-76): Man wird „plötzlich nicht mehr wahrgenommen“ oder auch Frau Müller: „es ist sehr brutal für ein kind wo:: missbildungen hat | es wird sehr sehr gehänselt“ (Textstelle 8-81). Zum anderen finden sich solche Darstellungen an solchen Stellen in den Interviews, in denen problematische Entwicklungen der Ereignisse dargestellt werden, wie beispielsweise bei Frau Müller: „draus folgten (.) wiederum schnitte“ und ebenso bei Frau Widmer: „ganz schlimm gegangen“ (Textstelle 8-82).

Im ersten Fall (Beschreibung allgemeiner Prozesse) entsteht durch diese Konstruktion eine Allgemeingültigkeit. Die Erzähler sind nicht die einzigen, denen es so geht – es handelt sich, so stellen sie es dar, um einen quasi automatischen Ablauf. Auch gibt es keine Schuldigen – die Dinge geschehen so, weil sie regelhaft so geschehen. Im zweiten Fall (problematische Entwicklungen) wird eine Benennung von Verantwortlichen umgangen: Es sind weder die Ärzte, die etwas falsch gemacht haben, noch die Erzählerinnen selbst. Es ist einfach die Entwicklung, die die Dinge genommen haben.

Alle vier Arten von Agentivierungen werden in unterschiedliche Zeitbezüge gesetzt. Sie können sich auf Abläufe in der Vergangenheit beziehen („und dann hat er mich dort angemeldet“), allgemeine Prozesse beschreiben („das Gesicht verlässt einen nach unten“) oder in die Zukunft projizieren („das wird ja immer mehr runterkommen jetzt

im Alter“). Die unterschiedliche Nutzung der Zeitbezüge hat insbesondere Auswirkungen auf die Selbstdarstellungen in der Hier-und-Jetzt-Zeit des Interviews: Bin ich „beschädigt“, oder wende ich eine „Beschädigung“ rechtzeitig ab? Trifft mich ein Schicksal, vor dem niemand gefeit ist, oder bin ich besonders „unnormal“? Nehme ich den Lauf der Dinge prospektiv in die Hand, oder ergebe ich mich ihm?

Ebene 2: Interaktiver Kontext (Hie- und-Jetzt-Zeit des Interviews):

Entsprechend der von Lucius-Hoene (2012) beschriebenen zweiten Ebene von Agencykonstruktionen wurde im Ergebnisteil (speziell unter Kapitel 8.3) auch gezeigt, wie und an welchen Stellen in der interaktiven Situation des Interviews *performativ* Handlungsmächtigkeit zum Ausdruck kommt. Diese Aspekte lassen sich nicht auf einzelne Redebeiträge oder Formulierungen beschränken, sondern sind stark mit dem Kontext, dem Inhalt und dem kommunikativen Ziel verbunden. Nun soll systematisch aufgezeigt werden, welche speziellen kommunikativen Strategien sich in Bezug auf das spezifische Thema des Interviews herausarbeiten lassen.

1. *Offene Adressierung der Interviewerin:* An einigen Stellen wird die Interviewerin in ihrer Rolle als „andere“ offensiv einbezogen (vgl. Abschnitt 8.2.5), z.B. Herr Keller: „sie hän mi au soFORT kEnnt“ (Textstelle 8-66), Yvonne: „guck mal genau da ist die eine seite ist | hier ist es dicker als da“ (Textstelle 8-65), wodurch eine Souveränität deutlich wird: Die Interviewten zeigen, dass sie um den Blick der Interviewerin wissen und diesen sogar benennen. In beiden Fällen entsteht ein Kontrollverlust für die Interviewerin, die aufgefordert ist, außerhalb ihrer Rolle als „neutrale“ Forscherin zu reagieren. Herr Kunert macht deutlich, dass der Interviewerin die gleiche körperliche Zukunft bevorsteht wie ihm „des ist so in IHrem Alter (-) | des nImmt AB“ (vgl. Textstelle 8-76), wodurch er eine „Schicksalsgemeinschaft“ konstruiert. Die Interviewerin ist nicht mehr „problemfrei“, sondern in den Problemkomplex quasi „eingemeindet“. So kann die Adressierung der Interviewerin als Agencygewinn im Moment des Interviews verstanden werden. Tatsächlich finden sich solche Adressierungen der Interviewerin häufig an Stellen, an denen auf der ersten Ebene Agencyverlust dargestellt ist (z.B. bei Herrn Kunert: Er bezieht sich an der entsprechenden Stelle darauf, dem Alterungsprozess seines Gesichts ausgeliefert zu sein, siehe Abschnitt 8.3.2).
2. *Expertentum:* Eine andere Möglichkeit, mit der die Interviewten in der Hier-und-Jetzt-Situation Agency erzeugen, ist die Einnahme einer Expertenrolle – beispielsweise in Bezug auf die chirurgische Durchführung und den Gebrauch von Fachtermini, durch die Selbstdarstellung als informierte Patientin (Lena, siehe Abschnitt 8.3.1) oder durch Verweis auf das Studienziel (Herr Kunert: „das geht eigentlich jetzt in einklang mit ihrer stu:die | identiTÄT (.) un geSICHT“, Textstelle 8-76).
3. *Allgemeiner Geltungsanspruch:* Oben wurde gezeigt, dass von den Interviewten in einigen Fällen „allgemeingültige“ Abläufe dargestellt werden. In der Hier-und-Jetzt-Situation des Interviews kann diese Art der Darstellung dazu dienen, dass die Interviewten mit ihrem Schicksal nicht alleine dazustehen scheinen (Herr Kunert:

„des WAR so (.) | des ist so in IHrem Alter (-) | des nImmt AB“, Textstelle 8-76). Sie machen vor der Interviewerin deutlich, dass sie Kenntnisse zu gesellschaftlichen Abläufen besitzen, und auch insofern ein allgemeines Schicksal teilen, das man mit ihrem Gesicht nun einmal hat (Frau Müller: „u:n das ist halt HEUT in der gesEllschaf | gesEllschaft schon so:: (.) | wenn man nicht so GANZ dem entsprI:cht (-) aah | ma_wird irgendwie blöd Angeguckt | ma wird (.) blöd ANgesprochen“, Textstelle 8-39). Auch hier findet sich häufig eine Diskrepanz zu den Darstellungen auf erster Ebene.³³

4. *Gesprächsrollenverteilung*: Wie schon im Methodenteil dargestellt, wurde bei der Durchführung von mehr als der Hälfte der Interviews deutlich, dass sie anders verliefen als Forschungsinterviews, die ich schon zu anderen Themen durchgeführt hatte. Die Interviewten übernahmen in den meisten Fällen nicht einfach die Rolle von Erzählern, sondern ich musste immer wieder nachfragen, explizieren, vertiefen (siehe Kapitel 5.3). Mein Redeanteil war somit ungleich höher als gewöhnlich. Unter dem Aspekt von Agency kann dies als (nicht unbedingt bewusste) Strategie vonseiten der Interviewten verstanden werden, enge Kontrolle über ihre Darstellungen zu behalten und sich nicht einem Erzählfluss hinzugeben. Drei der Interviews verliefen im Hinblick auf die Verteilung der Sprechanteile deutlich anders als der Rest: Die Interviewten sprachen an vielen Stellen schnell, ungebremst, über lange Strecken monologisch. Interessanterweise handelte es sich hier um die Interviewten, die im Vorfeld schwierige Verläufe im chirurgischen Kontext erlebt hatten: Frau Widmer, Frau Müller und Frau Kaymaz. Der „unkontrollierte“ Redefluss entspricht hier tatsächlich direkt den außer Kontrolle geratenen Ereignissen.
5. *Emotionaler Ausdruck*: Emotionale Marker, die sich in den Interviews am ehesten finden, sind Ausdrücke von Wut und Ekel, insbesondere bei Yvonne (wütender Ausruf „ich HASS mini nA:se“; geekelt „wä:h“, siehe Textstelle 8-18) sowie Trauer und Verzweiflung, insbesondere bei Frau Müller (durch Satzabbrüche, langes Schweigen, leises Sprechen, Ringen um Worte, z.B. Textstelle 8-41) und bei Frau Widmer (mehrfach heftiges Weinen, langes Schweigen, Ringen um Worte, „drum herum Reden“, z.B. Textstelle 8-87). Hier zeigt sich auf performativer Ebene ein Verlust von Agency, der mit der Darstellung von Agencyverlust auf der ersten Ebene einhergeht. Die Interviewten zeigen sich im Moment des Emotionsausbruchs nicht mehr ihrer eigenen Geschichte mächtig, das Emotionale scheint zu „übernehmen“.

Ebene 3: Lebensgeschichtlicher und kultureller Kontext

Auf der dritten Ebene der Agencyanalyse können die Interviews schließlich mit der im Theorieteil dargestellten Literatur in Zusammenhang gebracht werden. Sie werden also nun über einzelne Erzählstrategien hinaus in ihrem Gesamtzusammenhang vor dem

³³ Wie sich am Beispiel von Frau Müller zeigt: Während der Darstellung von Agency-Verlust auf der inhaltlichen Ebene zeigt sie sich performativ als Person, die weiß, wie bestimmte Dinge in „der Gesellschaft“ nun einmal ablaufen. Sie ist mit ihrem Schicksal, „blöden“ Blicken ausgesetzt zu sein, nicht allein.

Hintergrund von soziologischen und psychologischen Überlegungen betrachtet. In den Interviews wird auf ganz unterschiedlichen Ebenen die Frage nach der Möglichkeit und Unmöglichkeit gestellt, auf das Gesicht und seine Veränderungen Einfluss zu nehmen. Die Frage, wer an welchen Stellen handelt und wer an welchen Stellen behandelt wird, berührt unterschiedliche, psychologisch relevante Themen. Als wie handlungsmächtig oder ausgeliefert stellt sich jemand in einem bestimmten Moment dar? An welchen Stellen im Fluss der Ereignisse ist ein Rückgewinn von Kontrolle möglich? Wo kann diese verloren gehen? Es wird insbesondere aufgezeigt, an welchen Stellen die Ergebnisse sich in die Literatur einfügen, und an welchen Stellen sie darüber hinaus Erkenntnisgewinn bieten. Zu diesem Zweck werden „Profile der Handlungsmächtigkeit“ (Lucius-Hoene, 2012, S. 63) erstellt, die den Umgang mit der Komplexität der Darstellungen erleichtern sollen.

1. *Selbstdarstellung als Patientin*: Frau Bauer, Herr Weber, Herr Huber

Die erste Gruppe von Interviewten beschreibt sich selbst als *Patientinnen* mit rein somatischen Anliegen. Sie berichten von einer malignen Veränderung im Gesicht, aufgrund von deren Entfernung sie einen plastischen Eingriff von den Ärzten „verschrieben“ bekommen haben. Im Spannungsfeld zwischen „wunscherfüllender“ und „kurativer“ Medizin (Kettner, 2012) verordnen sie sich damit eindeutig auf der Seite der kurativen Medizin: Sie nehmen die Krankenrolle ein und stellen den medizinischen Bedarf des Eingriffs heraus. Die aktive Informationssuche sowie die bewusste Auseinandersetzung mit dem gesichtschirurgischen Eingriff durch die Patienten selbst sind eher gering. Die Ereignisse werden in diesen Darstellungen im ersten Schritt durch das sich verändernde Gesicht und im zweiten Schritt durch die Ärzte vorangetrieben. Auf der Ebene des lokalen sprachlichen Kontextes wird der Behandlungsprozess als Verlust von Agency beschrieben - alle Entscheidung und Verantwortung liegt bei den Ärzten, die Interviewten sind *Behandelte*. Aus anderer Perspektive kann jedoch auch gesagt werden: Die Verantwortung wird durch die Art der Darstellung *aktiv* an die behandelnden Ärzte *abgegeben*. Damit sprechen die Interviewten sich selbst von jeder Eigenverantwortung frei – und erreichen damit einen Agency-Gewinn in der Situation des Interviews: Sie können weder in Verdacht geraten, aus eitlen Motiven zu handeln, noch müssen sie sich für das Ergebnis bewerten lassen. Legitimierungen bzw. Rechtfertigungen, die normalerweise mit der Begründung für plastisch-chirurgische Eingriffe einhergehen (vgl. Gimlin, 2010; Maasen, 2008, S. 109; Meili, 2008, S. 119ff.; Wagner, 2014), sind dadurch unnötig: Die Interviewerin läuft mit ihren Fragen ins Leere. Auch postoperativ wird dem Ergebnis wenig Bedeutung zugeschrieben – es „reicht aus“, auch wenn Rötungen oder Narben bleiben. Diese Art von Darstellungsmuster funktioniert problemlos für die Patientinnen, bei denen ein medizinisch verordneter Eingriff aufgrund von pathologischen Veränderungen im Gesicht stattfindet (wobei auch hier die Rekonstruktion rein *ästhetische* Ziele verfolgt). Interessant ist, dass nicht alle Interviewten mit solchen Eingriffen diesem Muster folgen, sondern durchaus auch anderen Darstellungsformen folgen. Auf der anderen Seite versucht beispielsweise Yvonne (die ihren Nasenrücken begradigen lässt) im Interview immer wieder, sich

dieser Darstellungsform entsprechend zu präsentieren, wobei ihr dies jedoch nicht gelingt. Ihr Bemühen kann als Versuch gewertet werden, die Notwendigkeit einer Begründung zu umgehen.

2. *Selbstdarstellung als Konsumentin*: Lena, Frau Favelli, Frau Mayer, Frau Schneider

Von einigen der Interviewten wird das Gesicht als etwas verhandelt, von dem man sich in ausreichendem Maße distanzieren kann, um es (in gewissem Rahmen) nach eigenem Belieben zu verändern. Der plastisch-chirurgische Eingriff wird dementsprechend als Konsumgut verhandelt. Sich selbst stellen die Interviewten als urteilsfähige *Konsumenten* oder *Dienstleistungsempfänger* dar, die handlungsmächtig und selbstbestimmt Entscheidungen treffen können. In den Darstellungen taucht das Gesicht als Teilstück auf, das auf etwas unbequeme Weise eigene Wege geht und insofern Anlass zur Veränderung bietet. Es wird von den Interviewten keine Notwendigkeit zur Handlung dargestellt, sie zeigen sich auf allen Ebenen der Agencykonstruktion als handlungsmächtig. Als handlungsleitend wird die Tatsache dargestellt, dass ein Eingriff eben *machbar* ist. Als Ziel wird eine Optimierung der *Passung* zwischen Gesicht und Selbstempfinden dargestellt (wie auch Davis, 1999, S. 255 dies beschreibt). Dass andere Menschen Adressaten der Veränderung sein könnten, wird zurückgewiesen (vgl. Degele, 2004, S. 9): Die Interviewten betonen, dass sie den Eingriff „für sich“ machen (siehe ebenso die Befunde von Borkenhagen, 2003; Davis, 1995; Degele, 2004, dazu auch Herrmann, 2006, S. 71). Der Eingriff wird als Akt der Selbstfürsorge oder einer „ästhetischen Selbstverpflichtung“ gerahmt. Die Beziehung zwischen Gesicht und Selbst wird auch präoperativ explizit als unproblematisch dargestellt. Das Dilemma, das diese Interviewten verhandeln, ist die Tatsache, dass sie den Eingriff trotz aller Handlungsmächtigkeit nicht selbst vornehmen können, sondern seine Durchführung an andere übergeben, d.h. veranlassen müssen (siehe Kapitel 8.3). Hier ergibt sich eine Unsicherheit im Prozess, die von den Interviewten einkalkuliert wird: Sie erwägen explizit die Gefahr, dass etwas schief gehen könnte, verweisen jedoch auf die Ärzte als Experten, denen sie ausreichende Fähigkeiten attestieren. Das (gelungene) Ergebnis wird postoperativ unproblematisch bzw. souverän integriert, wobei der Konsum von weiteren Eingriffen als Option für die Zukunft erwogen wird.³⁴

Diese Art der sprachlichen Modellierung der Ereignisse entspricht den Vorstellungen einer (post-)modernen Einstellung zum Körper als verfügbarem Konsumgut (vgl. z.B. Alkemeyer, 2007; Ettl, 2006; Gugutzer, 2007; Hirsch, 2004; Posch, 2009; Rohr, 2004; Stirn, 2003; Villa, 2007, 2008a). Der Sprung vom Frisörbesuch zur Inanspruchnahme von plastischer Chirurgie erscheint relativ gering (vgl. Villa, 2008c, S. 251). Man kann sicherlich mit einigem Recht sagen, dass die Interviewten ihren Körper zumindest partiell als „Projekt“ verstehen, das mithilfe von modernen Körpertechnologien „gemanagt“ werden kann (vgl. Borkenhagen, 2001a, S. 306; Posch, 2009, S. 45ff.; Villa, 2008a). Gleichzeitig grenzen die Interviewten ihren Veränderungswunsch explizit ein: Sie wollen nicht aussehen wie jemand anderes, sie wollen keine „neuen

³⁴ Hier liegen nur die Daten von Lena, Frau Favelli und Frau Mayer vor.

Menschen“ werden. Sie wollen vielmehr „Kleinigkeiten“ an sich optimieren – um wieder mehr auszusehen wie „sie selbst“ (Lena) oder um das Alter noch einige Jahre „aufzuhalten“ (Frau Favelli). Die Veränderung soll „möglichst natürlich“ aussehen (siehe Abschnitt 7.3.1, vgl. dazu übereinstimmend die Befunde von Davis, Borkenhagen, auch die Ausführungen von Posch, 2009, S. 130ff.). Diese Gruppe der Interviewten stellt *nicht* den verzweiferten Wunsch nach „Identitätsgestaltung durch Selbstermächtigung [„self-empowering“] und Verkörperung [„embodiment“]“ (Borkenhagen, 2001a, S. 306) in den Vordergrund, wie dies auch Davis (1995) beschreibt. Die „Tiefe“ des Veränderungswunsches wird als eher gering dargestellt: Der Eingriff wird über die Logik des Konsums legitimiert („ich mache es, weil es das Angebot gibt“), aber nicht als Zwang dargestellt. Ziel ist eine Angleichung des Körpers an das Selbsterleben, keine Selbstveränderung. Die Beschäftigung mit dem eigenen Körper erscheint nicht „selbstquälerisch“ (wie Borkenhagen, 2003, S. 53, es beschreibt). Die Problematisierung und damit die Notwendigkeit zur Legitimierung (vgl. Meili, 2008) des Eingriffs entstehen scheinbar erst durch das Interview selbst. Allerdings zeigen die Interviews mit Frau Kaymaz und Frau Widmer, welche Folgen es haben kann, wenn ein im ersten Schritt „unproblematisch konsumierter“ Eingriff schief geht. Beide Interviewte stellen sich retrospektiv als „Konsumentinnen“ dar (vgl. Abschnitt 8.3.1), beschreiben jedoch verheerende Konsequenzen ihrer Entscheidung. Insbesondere im Interview mit Frau Widmer, die ihr gesamtes Ohr verloren hat, wird deutlich, wie schuldbehaftet die (Fehl-)Entwicklung der Ereignisse unter Umständen *gerade* aufgrund der zunächst souveränen und unproblematischen Entscheidung verarbeitet werden kann.

3. *Selbstdarstellung als Schicksalsschmiedin*: Herr Kunert, Frau Tran, Sandra, Frau Kaymaz, Herr Keller

In anderen Darstellungen erscheint der Eingriff deutlich identitätsnäher. Es werden Ereignisse beschrieben, die zu einem Kontrollverlust geführt haben: Das Gesicht hat sich (in Eigenregie) auf unerwünschte Weise verändert (Herr Kunert); Lebensereignisse haben zu einem Gefühl von Ohnmacht geführt (Frau Tran, Frau Kaymaz); fremde Blicke treffen unkontrolliert auf das Gesicht (Sandra, Herr Keller) oder bleiben plötzlich aus (Herr Kunert), wodurch in beiden Fällen ein Selbstverlust droht. Das Ich erscheint in den Erzählungen im ersten Schritt ausgeliefert, ohnmächtig – es wird insbesondere auf der Ebene des lokalen sprachlichen Kontexts ein Agencyverlust konstruiert. Der Eingriff wird nun – konform mit den Ergebnissen von Davis (1995) und Borkenhagen (2003) – im zweiten Schritt als etwas dargestellt, das der Selbstermächtigung dienen soll. Den schicksalhaften Verläufen wird der Eingriff als notwendige Maßnahme entgegengestellt, die verantwortungsbewusst und handlungsmächtig in Angriff genommen wird – wodurch Agency zurückgewonnen werden soll. Dadurch ergibt sich zumindest präoperativ ein Autonomiegewinn: In einer ausweglos erscheinenden Situation entsteht ein Freiheitsgrad (vgl. Davis, 1995). Mit dem Eingriff sind erzählerisch selbstnahe Ziele verbunden. Es geht darum, das eigene soziale Verschwinden aufzuhalten (Herr Kunert) oder endlich als die erkannt zu werden, die man *eigentlich* ist (Sandra, Frau

Kaymaz). Es geht darum, sich seines Lebens zu ermächtigen und depressiv erscheinenden Entwicklungen zu entgehen (Frau Kaymaz, Frau Tran). Das Gesicht ist dabei häufig in hohem Maße narzisstisch besetzt: Es wird ihm Bedeutung weit über die körperliche Ebene hinaus zugeschrieben. Zudem wird eine fast zwanghaft anmutende Beschäftigung mit dem eigenen Spiegelbild beschrieben. Es ist diese Gruppe von Interviewten, die im Sinne des im Zusammenhang mit plastischer Chirurgie vielzitierten „unternehmerischen Selbst“ (Bröckling, 2007) ihre (Körper-)Biografie nach Vorgaben des Marktes (vermeintlich) selbstbestimmt „in den Griff“ bekommen will und nach einer Optimierung ihrer Selbst strebt. Es geht weniger darum, einer Norm zu entsprechen, als darum, besonders zu sein, „perfekt“ zu sein. So wird in allen Interviews die „eigentlich“ vorhandene Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, dem eigenen Aussehen betont. Es wird kein generelles Problem konstruiert, sondern ein partielles, das allerdings auf den eigentlich positiven Rest in verheerendem Maße ausstrahlt. Dies kann zum Gefühl des Verschwindens im Sinne einer narzisstischen Kränkung führen (Herr Kunert), aber auch zu tiefgreifender Scham über die eigene Unvollkommenheit, über die eigene Makelhaftigkeit (Sandra). Dabei werden andere als Adressaten durchaus benannt. Es geht auch (und vielleicht sogar vornehmlich) darum, eine Veränderung in den Augen anderer zu erreichen. Allerdings wird dies dennoch innerhalb der erzählerischen Logik unter einem „ich mache es für mich“ subsummiert: Es dient dem eigenen Wohl und Identitätsgewinn, wenn die Anderen das sehen, was man ihnen von sich zeigen will. Es geht den Darstellungen zufolge nicht darum, „normal“ oder „unsichtbar“ zu werden, sondern negative Sichtbarkeit, Unsichtbarkeit oder als nicht ausreichend empfundene Sichtbarkeit in etwas Besonderes, in „Glanz“ (vgl. Kohut, 1966, S.569) zu verwandeln.³⁵

Auf der Ebene der Interaktion im Interview finden sich starke Markierungen von Agency: Die Interviewerin wird adressiert, das Gespräch durch die Interviewten gesteuert, ein hoher Geltungsanspruch erhoben. In den postoperativen Interviews wird das Ergebnis positiv bewertet, weil die Blicke der anderen dem eigenen Wunsch entsprechend gelenkt werden konnten.³⁶

4. *Selbstdarstellung als Getriebene*: Frau Widmer, Frau Müller, Yvonne

In der vierten Gruppe wird – sowohl im lokalen sprachlichen Kontext als auch auf der Ebene der Interaktion im Interview – der größte Agencyverlust dargestellt. Die Interviewten beschreiben sich als negativen Ereignissen ausgeliefert, und machen dies im Interview auf unterschiedliche Weise auch performativ deutlich: Es finden sich vermehrt emotionale Marker wie Weinen, Satzabbrüche, Pausen, wütende Ausrufe. Die Ereignisse können als teufelskreis-artiger Verlauf mit Beginn in einer fatalen Entscheidung dargestellt (die Ohroperation bei Frau Widmer) oder als

³⁵ Auch Frau Tran beschreibt nicht den Wunsch nach einer „Angleichung“ ethnischer Merkmale, auch wenn der Eingriff „technisch gesehen“ auf genau dies zielt.

³⁶ Hier liegen Daten nur von Frau Tran und Sandra vor (Herr Kunert und Frau Kaymaz waren für ein zweites postoperatives Interview nicht erreichbar).

lebenslängliches Schicksal beschrieben sein (Frau Müller). Eine besondere Rolle spielt die Exponiertheit des Gesichts für andere (vgl. Kapitel 1.1): In den Darstellungen ergibt sich der Agencyverlust zum großen Teil aus Schilderungen von Stigmatisierungserfahrungen (Goffman, 1967/ dt. 1975; vgl. die Befunde von Cole, 1998; Macgregor, 1990). Dabei geht es häufig insbesondere um das *Gefühl*, kritisch angeschaut zu werden (vgl. auch Abschnitt 8.2.2). Die Vorstellung, was die anderen sehen (könnten), wenn sie den Interviewten ins Gesicht blicken, wird als wichtigster Motor für die Veränderung dargestellt. Das Gesicht wird als dünne, durchlässige Grenze zwischen dem eigenen Selbst und den Anderen beschrieben: Fremde Blicke werden als intrusiv dargestellt, sie scheinen die Macht zu haben, das gesamte Selbstbild in Frage zu stellen. Dabei reflektieren die Interviewten diese Tatsache intensiv. An vielen Stellen im Interview machen sie deutlich, dass sie *eigentlich* keinen Wert auf die Meinung der anderen legen (wollen). Sie zeigen als Ausweg neben dem Eingriff durchaus auch die Möglichkeit auf, ihre eigene Haltung sich selbst gegenüber zu verändern, sich „anzunehmen, so wie sie sind“ oder auf die Meinung der anderen „einfach“ keinen Wert mehr zu legen (also im Grunde genommen die Grenze zwischen sich und den anderen zu verstärken). Gleichzeitig machen sie jedoch deutlich, dass ihnen diese Form von Selbstermächtigung nicht möglich ist – sie scheitern tagtäglich an ihrem Anspruch, sich auf einer anderen als der körperlichen Ebene zu definieren. Vielmehr machen sie deutlich, dass sie in ihren Handlungen ihrem Gesicht auf fast zwanghafte Weise ausgeliefert sind: Sie verstecken es permanent mit (als habitualisiert beschriebenen) Gesten, noch bevor die anderen es überhaupt in den Blick bekommen. Doch aufgrund der Exponiertheit des Gesichts ist dies häufig nicht möglich – beispielsweise in der Situation des Interviews, von der angenommen werden kann, dass sie für diese Interviewten eine besonders große Herausforderung darstellt. Postoperativ ergeben sich Verläufe von wiederholten Eingriffen (bzw. dem Wunsch nach einem erneuten Eingriff) mit dem Ziel, „endlich“ ein körperliches Ergebnis zu erzielen, das psychische Entlastung schafft.

Die Darstellungen dieser Gruppe von Interviewten entsprechen am ehesten den Theorien, die plastisch-chirurgische Eingriffe als Verschiebung psychischer Konflikte auf die Ebene des Körpers sehen (vgl. Hirsch, 2010, S. 130; Küchenhoff, 2005, S. 166). Die von Küchenhoff (2005) aufgezeigten „Herausforderungen“ menschlicher Interaktion (Bezogenheit, Entzogenheit und Exponiertheit) scheinen für sie schwer zu meistern. Als Versuch der Bewältigung kann die übermäßige, fast zwanghafte Beschäftigung mit dem Gesicht verstanden werden, die mit dem Gefühl einhergeht, das Leben könne nur dann „besser“ werden, wenn das Gesicht verändert wäre. Wie von Bradbury (2012) beschrieben, bewegen die Veränderungen, unter denen die Interviewten leiden, sich im „mittleren Bereich“ – es sind also keine radikalen Entstellungen, die dieses massive Gefühl von Exponiertheit hervorrufen. Es findet sich eher „das erlebte Gefühl“, im „falschen biologisch gegebenen Körper“ zu stecken (vgl. die Ergebnisse von Wagner, 2014). Es wird ein häufig jahrelang bestehendes Leiden geschildert, das aus dem Gefühl resultiert, „anders“ oder „abnorm“ zu sein

(vgl. die Befunde von Davis 1995). Die Operation geht entsprechend mit dem Wunsch einher, „normal“ zu werden, also in den Blicken anderer „unsichtbar“. Mit dem Eingriff ist die Idee verbunden, *die eigene Vorstellung* zu kontrollieren, von anderen auf unerwünschte Weise angeschaut (gesehen) zu werden. Bezogen auf Stigmatheorien ist es vornehmlich das *felt stigma*, dem begegnet werden soll, weniger (wenngleich auch) das *enacted stigma* (Scambler, 1998).

Bei dieser Gruppe scheint die Gefahr besonders groß, dass eine Spirale von wiederholten Eingriffen entsteht, wobei jeder Folgeeingriff droht, mit größeren chirurgischen Komplikationen behaftet zu sein als der vorherige.

Die Ergebnisse decken sich, wie gezeigt wurde, in vielen Bereichen mit den Befunden anderer qualitativer Arbeiten zu dem Thema und auch mit theoretisch basierten Annahmen. Allerdings weisen die Ergebnisse darauf hin, dass das Feld differenziert betrachtet werden muss: Die einzelnen Interviewten verhandeln das Thema auf ganz unterschiedliche Weise, wobei jeweils nur bestimmte Aspekte für ihre Selbstdarstellungen zutreffen. Die Konstruktion von vier unterschiedlichen Gruppen anhand der Agencyprofile der Interviewten bietet den Vorteil, dass unterschiedliche subjektive Bedeutungs- und Begründungszuschreibungen getrennt betrachtet werden können. Die Gruppen helfen, die zunächst sehr heterogenen Positionierungen der Interviewten besser zu kontextualisieren und zu verstehen.

Eine leitende Diskussion in der Literatur zum Thema plastische Chirurgie ist die Frage nach dem Verhältnis von gesellschaftlichen Machtstrukturen und individueller Handlungsfähigkeit (siehe Abschnitt 3.2.2). In dieser Arbeit geht es um das subjektive Erleben der Interviewten in diesem Spannungsfeld. Damit geht es nicht um die Frage, wer oder was *wirklich* dafür verantwortlich ist, dass die Interviewten einen Eingriff in Anspruch nehmen (vgl. Kapitel 3.3). Dennoch muss natürlich davon ausgegangen werden, dass das Erleben von Handlungsmächtigkeit bzw. die Vorstellung, dass bestimmte Dinge im Verlaufe des Lebens auf eigenes Handeln zurückzuführen sind, „in komplexer Weise mit den soziostrukturellen Bedingungsgefügen eines Menschen, mit seiner Lerngeschichte, seinen kulturellen und individuellen Deutungsmustern, seinen Bewältigungsmöglichkeiten und vielen anderen Gegebenheiten seiner sozialen Positionierung und individuellen Ausstattung zusammen“ hängt (Lucius-Hoene, 2012). Die Ergebnisse dieser Arbeit bieten einen differenzierten und in gesellschaftlichen Theorien fundierten Zugang zu der Frage, wie Menschen in Bezug auf das Ereignis „gesichtschirurgischer Eingriff“ Handlungsfähigkeiten und Wirkmächtigkeiten *zuweisen*. Weitere Implikationen dieser Agencykonstruktionen für die Identitätsarbeit der Interviewten, für Prozesse von *face-work* in der Interviewsituation und die Funktion des Erzählens als Mittel zur Ermächtigung und Bewältigung finden Eingang in die Ausführungen der folgenden Kapitel.

10.2 Gesicht haben, Gesicht sein?: Der Spalt zwischen Gesicht und „Ich-Selbst“

An dieser Stelle werden die Ergebnisse zusammenfassend im Hinblick auf die im Theorieteil angesprochene Leib-Körper-Identitäts-Debatte betrachtet (Kapitel 2), wenn auch nur mit heuristischem Anspruch, denn es kann und soll keine phänomenologische

Betrachtung werden: Der Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist nicht der Leib-Körper, sondern das *Sprechen über* das Gesicht (siehe dazu auch Abschnitte 2.2.2, 2.2.3). Zudem wird nicht vorrangig Wert auf eine philosophisch „saubere“ Definition und Unterscheidung gelegt. Es geht vielmehr um eine Nutzbarmachung des Konzepts im Sinne der unter Abschnitt 3.2.3 beschriebenen klinisch-psychologischen Debatten: Zum einen der objekthafte Körper als Gegenstand einer möglichen (Selbst-)Betrachtung, zum anderen das rein subjektive (tatsächlich präsymbolische) Selbsterleben, das eher dem Leibkonzept zugeordnet werden kann.

Im Ergebnisteil wurde an verschiedenen Stellen gezeigt, dass in den Interviews das Gesicht als eigene Entität, häufig sogar als „Gegenüber“ dargestellt ist (vgl. Kapitel 8.1). Eine solche Trennung zwischen „Gesicht“ und „Rest“ ist, wie unter Kapitel 9.3 diskutiert, durch das Interview schon vorgegeben. Es wurde auf *sprachlicher* Ebene gezeigt, dass das Gesicht in den Darstellungen positioniert wird und damit eine Trennung vom selbstbezüglichen „Ich“ der Satzaussage stattfindet. Dies ist keine Überraschung. Wo immer sprachlich-kommunikativ auf den Körper Bezug genommen wird, wo er *positioniert* wird, muss eine solche Trennung stattfinden. Auf *inhaltlicher* Ebene kann auch der gesichtschirurgische Eingriff selbst als Trennung zwischen dem Gesicht als Objekt der Handlung und dem „Rest“ als Handlungsträger (bzw. Veranlasser der Handlung) verstanden werden. Sowohl durch die sprachliche Darstellung als auch durch die konkreten Handlungen beziehen die Interviewten sich damit auf den objekthaften „Körper, den sie haben“ (Plessner, 1928, vgl. Abschnitt 2.1.2). Das Gesicht wird zu einem Gegenstand der interaktiven Verhandlung – sowohl im Interview, als auch im medizinischen Setting. Es wird *über* das Gesicht gesprochen, das Gesicht wird *behandelt*. Cole (1998) hat anhand klinischer Fallbeispiele darauf hingewiesen, dass durch Veränderungen des Gesichts „eine Naht zwischen Gesicht und Selbst aufgetrennt“ werden könne (S. 14). Dazu passend wird in der Literatur, wie unter Abschnitt 3.2.3 gezeigt, immer wieder auf die Objekthaftigkeit des Körpers in der plastischen Chirurgie verwiesen: In dem Wunsch, das eigene Aussehen zu verändern, wird eine konkretistische Verkörperung psychischer (ursprünglich triebhafter, d.h. leibbezogener) Konflikte gesehen (siehe 3.2.3). Der Leib werde zum Objekt (und damit zum Körper) gewissermaßen „degradiert“. Villa (2007) erkennt eine „Leibvergessenheit“ (S. 20), da der Körper wie „ein Möbelstück oder beliebige unbelebte Materie behandelt“ werde. In der plastischen Chirurgie, so wird argumentiert, werde der Leib durch seine Objektivierung zum „Körper-für-andere“ (Sartre, 1993, vgl. Küchenhoff, 2007).

In den Interviews wird tatsächlich ein *Differenzerfahrung* dargestellt: In der Thematisierung des Gesichts und seinen Veränderungen entsteht ein Spalt zwischen dem Gesicht, das ich als Gegenstand von interaktiven und selbstbezüglichen sprachlichen Verhandlungen und konkreten Handlungen *habe*, und dem Gesicht, das ich auf so vielen Ebenen immer auch *bin* (vgl. Kapitel 2.1.2). Doch inwieweit bieten die Interviews einen Zugang zu dem Gesicht, das ich bin? Wie verhält es sich also in den vorliegenden Interviews mit dem Leib?

Es wurde gezeigt, dass die Interviewten immer wieder auf einen selbstbezüglichen „Rest“ Bezug nehmen, der irgendwie „mehr“ eines „Eigentlichen“ der Person bezeichnet

(siehe Kapitel 8.1). Dieser im Ergebnisteil als „Ich-Selbst“ bezeichnete Bezugsrahmen (siehe die Einleitung von Kapitel 8) wird von den Interviewten als *inneres, eigentliches* „So-Sein“ im Gegensatz zum *äußeren*, objektivierbaren Gesicht konstruiert: Das „Ich-Selbst“ wird durch das Gesicht verdeckt oder überstrahlt, das Gesicht „passt“ nicht dazu (siehe Abschnitt 8.1.1). Gleichzeitig bleibt es in den Interviews stets unterdefiniert. Es manifestiert sich eher durch die sprachlichen Konstruktionen, als dass es ausgesprochen und dezidiert gefüllt würde. Es scheint eine „gefühlte Gewissheit“ zu sein, ein implizites Selbstverständnis, das in seiner Subjektivität, in seiner eigenen leiblichen „Sinnprovinz“ (Schütz, 1971, S. 266f.) eben nicht beschreibbar ist (vgl. Gülich, 2005). Es ist das „Ich-Selbst“, das den Eingriff billigt (z.B. Frau Bauer) oder gar initiiert (z.B. Lena). In diesen Bezugnahmen auf das „Ich-Selbst“ wird in den Interviews implizit immer auch die Frage verhandelt: „Bin ich mein Gesicht?“ (vgl. Abschnitt 8.1.6). Eben diese *leibliche* Qualität des „Gesichts, das ich bin“ wird in den Interviews (und *durch* die Interviews, die das Gesicht *per se* objektivieren) in Frage gestellt. Gleichzeitig ist es in vielen der Interviews das „Ich-Bin“ des Gesichts, das überhaupt erst zu problematischen Konstellationen führt: Weil ich mein Gesicht auch bin, sind die Blicke auf mein Gesicht so schlimm: Nur deshalb schäme ich mich (*ich* bin es, die sich schämt). Oder, wie bei Frau Müller dezidiert herausgearbeitet wurde (Textstelle 8-29): Das Gesicht wird manipuliert, doch sie bleibt das *erleidende* Ich. So stellt Borkenhagen (2003) fest, dass sich das Verhältnis zum Körper in der Moderne verändert habe. Es sei „zugleich distanzierter und intensiver“ geworden (S. 51). Davis (2003) nimmt im Zusammenhang mit kosmetischer Chirurgie an, dass sie eine Möglichkeit biete, vom „objectified body“ zum „embodied subject“ zu werden (S. 84). Mit anderen Worten vermutet Davis eine Veränderung des Leib-Körper-Bezugs: Der Zustand, durch den objektivierten Körper (sozial) definiert zu sein, ändere sich durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme von plastischer Chirurgie hin zu dem Zustand, der Welt als handlungsfähige Person entgegenzutreten (vgl. Abschnitt 3.2.2).

In den Interviews wird die Unterscheidung zwischen „Gesicht“ und „Ich-Selbst“ auf ganz unterschiedliche Weise verhandelt. Es wurden im Ergebnisteil zwei „Pole“ beschrieben: Auf der einen Seite steht die gänzliche, kommunikativ relativ unproblematische sprachliche Abspaltung bestimmter Teile des Gesichts, beispielsweise indem diese als „völlig unnötig“, „schrecklich“ oder „hässlich“ disqualifiziert werden – und zwar durch das erzählende Ich wie auch durch (tatsächliche oder imaginierte) erzählte andere (Frau Schneider, z.B. Textstelle 8-1; Sandra, z.B. Textstelle 8-2). Auf der anderen Seite stehen sprachliche Bemühungen, die Kluft zwischen Gesicht und „Ich-Selbst“ möglichst klein zu halten, beispielsweise indem kleinschrittig verhandelt wird, was genau an bestimmten Stellen des Gesichts zwar nicht schlecht ist, aber nicht mehr ganz und gar „passt“ (Lena, z.B. Textstelle 8-3). Mit anderen Worten: Die „Ich-Selbst-Nähe“ (bzw. der Leibaspekt) des Gesichts bzw. bestimmten Teils des Gesichts ist auf diesen Polen unterschiedlich stark betont. Eine Erklärung für diese unterschiedlichen Verhandlungen (das Gesicht oder Teile des Gesichts werden vehement abgespalten vs. die Kluft zwischen Gesicht und „Ich-Selbst“ wird klein gehalten) bietet eine Betrachtung der Frage, was mit den Darstellungen jeweils erreicht wird:

Im ersten Fall (Abspaltung) wird der Leib im eigenen und/oder fremden Blick zum Körper: Es zeigt sich dessen „objektivierbare“ – also sprachlich darstellbare, beweisbare – Mangelhaftigkeit. Die klare Spaltung durch Objektivierung des Mangels dient in diesem Fall dem Beweis, dass die Interviewten eben *nicht* ihr Gesicht sind. Es gibt etwas am Gesicht, das problematisch ist, nicht an ihnen als Person. Am Interview von Frau Schneider wurde gezeigt, wie diese schrittweise darlegt, dass sie nicht identisch mit ihrem Gesicht ist (Textstelle 8-1). Frau Bauer weist klar die Bedeutung des Gesichts für ihr Selbst zurück (Textstelle 8-85). Auch Sandra macht sowohl prä- als auch postoperativ eine klare Trennung zwischen sich und dem mangelhaften Teil an ihr. Nach dem (gelungenen) Eingriff kann die Spaltung einfach aufrechterhalten werden: Der störende, nicht zugehörige Teil ist weg, die eigenen und fremden Blicke auf das Gesicht werden als substanzlos dargestellt (Schäfer-Fauth, Haug, Küchenhoff, Lucius-Hoene & Sollberger, 2012). Entsprechend kann nicht davon gesprochen werden, dass hier ein Übergang von einem „objectified body“ zu einem „embodied subject“ stattfindet – vielmehr bleibt der objektivierte Körper objekthaft: Auch das Operationsergebnis wird in Bezug zum objektivierten Körper-den-ich-habe gesetzt – es ist eben nun das Unproblematische am Objekt Körper und nicht mehr das Problematische, das im Vordergrund steht.

Der zweite Fall (die Kluft wird klein gehalten) führt dazu, dass die Einheit von Leib und Körper – von dem Gesicht, das ich habe, und dem Gesicht, das ich bin, „geschützt“ wird: Das Gesicht bleibt in großen Teilen „integriert“, das heißt es wird als zugehöriger Teil der Person konstruiert, das nur in kleinen Nuancen abgespalten, objektiviert wird. Oder anders gesagt: Es gibt nur „ein wenig“ objektivierten Körper, im Großen und Ganzen wird versucht, sprachlich-kommunikativ die Einheit Leib-Körper zu erhalten. So investiert Lena im Interview viel kommunikative Arbeit, um sich eben *nicht* von ihrem Gesicht zu distanzieren (Textstelle 8-3): Sie verweist auf das Natürliche, entdramatisiert und verkleinert den Veränderungswunsch sprachlich (siehe 8-68). Damit wird eine Unversehrtheit der Person dargestellt – interessanterweise sowohl *vor*, als auch *nach* dem Eingriff (vgl. Textstelle 8-88). Der kommunikative Aufwand bzw. der Erklärungsbedarf ist in diesem Fall im Kontext des gesichtschirurgischen Eingriffs und des Interviews deutlich höher, denn beides setzt eine Problematisierung eigentlich *voraus*. Es erfordert zusätzlichen Aufwand, einen Eingriff zu begründen, wenn die Einheit Leib-Körper als gegeben dargestellt wird. Auch das gelungene Ergebnis erfordert erhöhten Erklärungsbedarf, denn was heißt gelungen, wenn keine grundsätzliche Änderung des Leib-Körper-Bezugs konstatiert wird? Die Schwierigkeit besteht darin, entgegen der (durch Interview und chirurgischen Eingriff) präferierten Möglichkeit der Spaltung prä- und postoperativ „embodied subject“ zu bleiben (Schäfer-Fauth et al., 2012).

Der dritte Fall scheint besonders problematisch zu sein: Das Gesicht wird in der Darstellung weder eindeutig und dauerhaft abgespalten noch integriert (wie bei Yvonne, Frau Müller, Frau Widmer und Frau Tran). Es wird zwar objektiviert und insbesondere abgewertet (vom erzählenden Ich wie von realen oder imaginierten Interaktanten in der Geschichte), doch *gleichzeitig* wird deutlich, dass seine Selbst-Nähe – die Tatsache, dass

es als „Gesicht, das ich habe“ auch das „Gesicht“ ist, „das ich bin“ – überhaupt erst zum Problem führt: Die Interviewten fühlen sich durch ihren Körper bestimmt, und mit diesem identifiziert. Für sie scheint dies zu bedeuten, als gesamte Person disqualifiziert zu sein. Yvonne wertet ihr Gesicht immer wieder aus der Außenperspektive dezidiert ab, um gleichzeitig deutlich zu machen, wie sehr sie mit ihrem Gesicht „überidentifiziert“ ist (Aussagen anderer gehen ihr „irgendwie (-) in in in KOPF ihne“, siehe Textstelle 8-83). Frau Müller betrachtet ihr Gesicht wie ein exotisches Tier („h:::a (-) was IST dAs;“, siehe Textstelle 8-64) und beschreibt gleichzeitig ihre Angst, von ihrem Sohn aufgrund ihres Aussehens als Mutter abgelehnt zu werden (siehe Textstelle 8-46). Die Überbesetzung des Körpers, so könnte man sagen, führt zur existentiellen Selbstwertkrise.

Die kommunikative Arbeit in den Interviews kann in diesen Fällen als Versuch verstanden werden, eine Trennung zwischen Gesicht und Selbst, zwischen Leib und Körper *hinzukriegen*, um den Einfluss der körperlichen „Abweichung“ auf das Selbst zu verringern. So macht Frau Widmer deutlich, dass der Verlust ihres Ohres gleichbedeutend mit einem Selbstverlust ist (siehe Textstellen 8-13, 8-14): Sie ist als Person „beschädigt“. Sie versucht in selbstreflexiven Prozessen diesen Zusammenhang zu relativieren, den „Schaden“ auf der körperlichen Ebene zu belassen, doch sie scheitert trotz aller kommunikativer Anstrengungen („ich mache so drama wegen (-) wegen eine ohr (.) | wo überhaupt nicht irgendwie so große_ähm °h (-) ja funktionsweise (-) hat (-) | also ich höre ja gut | es ist nur hier aussenohr | und °h (-) ja | (1.0) | hilft nicht viel | ((schnieft))“, Textstelle 7-74, vgl. auch 8.1.2). Heilung scheint nur auf körperlicher Ebene überhaupt möglich – Besserung ist nur denkbar, wenn das Ohr wieder „ganz“ ist. Auch in den Darstellungen von Frau Müller und Yvonne zeigt sich dieses Ringen um Trennung von Körper und Leib auf unterschiedlichen Ebenen – doch es gelingt immer nur teilweise und nicht dauerhaft (vgl. Kapitel 8.1). Yvannes Schwierigkeit, postoperativ das Ergebnis überhaupt zu bewerten, wird im Hinblick auf den Aspekt Leib-Körper verstehbar: Der Wunsch, sich von etwas auf körperlicher Ebene zu entledigen, das nie ganz auf körperlicher Ebene angesiedelt werden konnte, muss letztendlich scheitern. Die individuelle Körperbiografie (vgl. Gugutzer, 2002) ist durch den Eingriff eben *nicht* technologisch gelöscht (Wagner 2014, S. 105, vgl. Villa, 2008b, S. 93) bzw. überschrieben. Die Irritation bleibt, der Blick in den Spiegel verliert nichts von seiner Zwanghaftigkeit (siehe Abschnitt 8.4.2).

10.3 Intime Öffentlichkeit, öffentliche Intimität: „Gesichtsspezifische“ Verhandlungen von Scham

In Abschnitt 3.2.3 wurde aufgezeigt, dass bei der Frage, warum chirurgische Veränderungen am Gesicht erwogen werden, Scham eine entscheidende Rolle spielen kann (Ettl, 2006, S. 202; Küchenhoff & Strasser, 2013): Es ist die Entdeckung der eigenen Unvollkommenheit, die Scham auslöst, und mit ihr den Wunsch, den eigenen Mangel vor den Augen anderer zu verstecken. Auf der Mikroebene der Interaktion wird Scham als begleitende Emotion in engem Zusammenhang mit Prozessen der

Stigmatisierung, des *face-work* und des *impression management* gesehen (vgl. Goffman, 1955, 1959, 1967/ dt. 1975; Kardorff, 2009; siehe auch Abschnitt 1.2.3): Sie entsteht, wenn das Bild von uns („image of self“, Goffman, 1955, S. 8), das in der Interaktion aufrecht erhalten werden soll, bedroht ist.

Darstellungen, in denen solche Prozesse eine Rolle spielen, finden sich in einigen (nicht allen) Interviews tatsächlich. Dies betrifft solche Interviews, in denen das Gesicht oder Teile des Gesichts als (potentiell) stigmatisierend dargestellt sind (bes. Frau Widmer, Frau Müller, Yvonne, vgl. Abschnitte 1.2.3, 8.2.1, 8.2.2). Systematisch können vier Arten von Schamverhandlungen in den Interviews herausgearbeitet werden:

Erstens sprachen die Interviewten in einigen Fällen explizit davon, sich zu „schämen“, „Scham zu empfinden“ oder eine „peinliche Situation“ erlebt zu haben (vgl. Abschnitt 8.1.3). Scham wird also von den Interviewten selbst explizit als Grund benannt, einen gesichtschirurgischen Eingriff zu erwägen und schließlich auch postoperativ als Kriterium für das Gelingen des Eingriffs herangezogen („ich schäme mich nicht mehr“, Sandra, vgl. Textstelle 7-75).

Zweitens (und deutlich häufiger als die explizite Benennung von Scham) kam in den Interviews etwas zur Sprache, das als „Schamverhalten“ bezeichnet werden kann. Es entspricht dem von Goffman (1967/ dt. 1975) im Zusammenhang mit Stigmata beschriebenen *impression management* (vgl. S. 116f.): Die Interviewten berichten von bewussten oder automatisierten Handlungen, mit denen sie das diskreditierende Merkmal an ihrem Gesicht vor anderen verstecken – sie drehen oder senken den Kopf, verdecken den entsprechenden Teil des Gesichts, achten darauf, in welchem Winkel sie zu anderen sitzen oder stehen (vgl. Abschnitt 8.2.2). Auch das immer wieder erwähnte Vernichten von „unvorteilhaften“ Fotos bzw. die Vermeidung, überhaupt fotografiert zu werden (ebd.), können als *impression management* verstanden werden. Die Interviewten machen deutlich, dass es die *Vorstellung* ist, andere könnten ihren Makel sehen, durch die ihr Handeln bestimmt ist. Ziel des Handelns ist die Kontrolle über die Blicke der anderen und damit über das Selbstbild – was schließlich als Vermeiden, Unnötig Machen oder Verhindern von (zukünftigen) Schamgefühlen gesehen werden kann (siehe Abschnitt 3.2.3).

Drittens wurde schon im Methodenteil gemutmaßt, dass einige der Schwierigkeiten, die in der konkreten Hier-und-Jetzt-Situation des Interviews zu verzeichnen waren (siehe Kapitel 4 und 5), mit Gefühlen von Scham in Verbindung stehen. Es bietet sich an, die Mikroprozesse der Interaktion im Interview unter dem Gesichtspunkt des *face-work* nach Goffman (1955) zu verstehen: Die Interviewsituation bedroht auf doppelte Weise das Bild der Interaktanten, das in der Interaktion eigentlich aufrechterhalten werden soll. Sie schränkt die Möglichkeiten für gelungenes *face-work* und insbesondere für Informationskontrolle massiv ein. Zum einen macht die „Visibilität“ des (potentiellen) Stigmas (Goffman 1967/ dt. 1995, S. 64) die Interaktion für beide Seiten prekär. Die Interviewerin will nicht in Verdacht geraten, ungebührlich zu starren oder ihr Gegenüber auf andere Weise zu diskreditieren. Die Interviewten selbst wollen ein bestimmtes Bild von sich aufrechterhalten, das sie durch ihr Gesicht als bedroht erleben (vgl. Abschnitt 8.2.5). Zum anderen sind sie im Interview nun tatsächlich aufgefordert,

über genau dieses problematische (Selbstbild-bedrohende) Erleben zu sprechen. Die Interviewten präsentieren ihre Begründungszusammenhänge vor einer Interviewerin, die ihnen während der Schilderung ins Gesicht schaut. Sie sind aufgefordert, zu erzählen, warum sie ihr Gesicht als so problematisch empfinden, dass sie einen chirurgischen Eingriff anstreben, während die Interviewerin diese Begründungen direkt visuell abgleichen und bewerten kann. Die Interviewerin selbst steht vor der Aufgabe, potentiell gesichtsbedrohende Fragen zu stellen und gleichzeitig das Gesicht der Interviewten (und ihr eigenes als höfliche, neutrale Interviewerin) zu wahren. Das *face-work* in der Interaktionssituation ist für beide Seiten gefährdet, wodurch für beide Seiten Peinlichkeit und Scham resultieren können (und immer wieder tatsächlich zu resultieren scheinen).

Unter etwas abstrakteren Gesichtspunkten kann noch eine vierte Ebene der Schamverhandlungen ausgemacht werden. Von Kardorff (2009) weist darauf hin, dass der Versuch des *impression management* auf der performativen Ebene des Interviews eine intensive Gefühlsarbeit und -kontrolle erfordert (S. 42): Die Interviewten versuchen, „ihren Status als kompetente Teilnehmer und als unverwechselbare Personen und Subjekte gleichermaßen zu sichern, indem sie in der Performanz ihrer narrativen Identität ihre Handlungsautonomie signalisieren“ (S. 43). Dies ist durch den Inhalt des Interviews bedroht: Einige der Interviewten stellen einen massiven Agencyverlust dar (siehe Abschnitt 8.3.3). Diese Darstellungen können interaktiv wiederum zu einer Beschädigung des „image of self“ (s.o.) und damit zu Peinlichkeit und Scham führen. Die Betonung von Agency im Zusammenhang mit dem chirurgischen Eingriff kann entsprechend auch als ein Versuch der *Schamkontrolle* verstanden werden. Auch für die Interviewerin ist die Interviewsituation auf dieser Ebene prekär: Wenn die Interviewten habitualisierte Handlungen gegenüber anderen beschreiben, weitet sich der Kontext auf die Interviewsituation aus, denn in dieser sitzt die Interviewerin als „personalisierte andere“ gegenüber. Die Darstellung von imaginierten Blicke anderer, aufgrund derer ein bestimmtes Verhalten erfolgt, schließt implizit Annahmen über die Interviewerin ein: Die Aussage „Ich habe immer das Gefühl, alle glotzen mir auf die Nase“ (Yvonne, siehe Textstelle 8-43) kann genauso die Interviewerin meinen, die sich dann wiederum (wenigstens implizit) positionieren muss. Gelingt dies nicht, kann auf beiden Seiten Scham resultieren.

Im Ergebnisteil wurde gezeigt, dass in vielen Fällen in den Interviews nicht reale beschämende Blicke und Situationen dargestellt wurden, sondern *imaginierte*. Dieses auffallende Darstellungsmuster kann unter dem Aspekt der Scham als *Hereinnahme* der Interaktionssituation verstanden werden: Die Blicke und Reaktionen von anderen werden „nach innen“ genommen, die Beschämung braucht kein reales Gegenüber mehr: Scham entsteht in der Selbstbetrachtung durch den internalisierten Blick der anderen. Nun können jedoch insbesondere im Hinblick auf das Gesicht wieder unterschiedliche Grade an „Öffentlichkeit“ entstehen: Wenn andere anwesend sind, wenn sie den Makel sogar ansprechen oder man selbst aufgefordert ist, über ihn zu sprechen. So kann die Problematik als intimes Problem gesehen werden, das nicht intim gehalten werden kann.

11. Ausblick: Was heißt das für Forschung und Praxis

Im Folgenden werden zunächst der Beitrag der vorliegenden Arbeit für einen Einbezug des Körpers in den Forschungsprozess und die Analysen von sprachlichen Verhandlungen des Körpers gewürdigt (11.1). Anschließend wird aufgezeigt, welche Konsequenzen die Erkenntnisse dieser Arbeit für den klinischen Alltag der plastischen Chirurgie nahelegen (11.2).

11.1 Positionierungen des Körpers als Forschungszugang

In der vorliegenden Arbeit wurde immer wieder auf die Besonderheiten hingewiesen, die dem Gesicht zukommen. Es wurde in seiner theoretischen Bedeutsamkeit in kulturellen, sozialen und identitätsstiftenden Zusammenhängen betrachtet. In der methodischen Beschreibung der Datenerhebung und in der Auswertung der Daten wurde gezeigt, dass das Sprechen über das Gesicht vor einem Gegenüber, das in dieses Gesicht schaut, von besonderer Schwierigkeit ist. Es wurde der Versuch unternommen, diese Besonderheiten sowohl theoretisch als auch bei der Auswahl und Anpassung der spezifischen Methode und in der Auswertung der Daten einzubeziehen und zu reflektieren.

Durch Datenanalysen, die sich nicht allein auf die inhaltliche Ebene, sondern auch auf die mikrostrukturelle Ebene der Interaktion beziehen, konnte die Beteiligung beider Interaktanten (Interviewte und Interviewerin) an der Entstehung und Fortschreibung der identitätskonstitutiven „Gesichtsgeschichten“ aufgezeigt werden. Die Methodik dieser Arbeit – insbesondere auch die prä-/post-Erhebung um ein „gesichtsrelevantes“ Ereignis – schafft Einblicke in einen idiosynkratischen Prozess, in dem die Möglichkeiten der Beziehungsaufnahme zum eigenen Gesicht in einer Art „Suchbewegung“ auf unterschiedlichen Ebenen ausgelotet werden. In der Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 10) wurden die verschiedenen Ebenen der Darstellung und Herstellung von Beziehung zum eigenen Gesicht systematisch anhand unterschiedlicher Themen (Handlungsmächtigkeit, Leibbezug, Scham) beschrieben.

Auch wenn das Gesicht in vielerlei Hinsicht einen besonderen Teil des Körpers darstellt, können solche Prozesse sicherlich auch für andere Teile des Körpers sichtbar gemacht werden. Das unter Kapitel 9.3 etablierte Positionierungsmodell kann demzufolge nicht nur für die Analyse des Sprechens über das Gesicht genutzt werden. Wann immer etwas am Körper ein Problem darstellt, wird es zum Gegenüber und zum Beziehungsobjekt erklärt („Das tut mir weh...“). Wenn der Körper bzw. ein Teil des Körpers zum Gegenstand sprachlicher Verhandlungen wird, muss (wie anhand der vorliegenden Interviews gezeigt wurde) immer eine Unterscheidung zwischen „mir“ und dem „Körper(-teil)“ – und damit eine Abspaltung und Objektivierung – vorgenommen werden. Diese Unterscheidung ist künstlich und stellt einen speziellen Selbstbezug her: „Ich und mein Körper“ werden zu Interaktanten in einem Geschehen, das von beiden nur begrenzt kontrolliert und gesteuert werden kann. Die Analyse der sprachlichen Darstellungen, in denen einem Körper(-teil) eine eigene (soziale) Position zukommt, macht das komplexe Geschehen verstehbarer. Es kann gezeigt werden, welche Bedeutung einem bestimmten Körperteil in den interaktiv-sprachlichen

Identitätskonstruktionen zukommt, und an welchen Stellen die Beziehung zum Körper „in Not“ gerät. So ist vorstellbar, dass beispielsweise die Darstellungen des Herzens durch Herzinfarktpatienten spezifische Positionierungen und Zuschreibungen von Handlungsmächtigkeit enthalten, die sich mithilfe der unterschiedlichen Ebenen des Positionierungsmodells erschließen. Noch allgemeiner könnten mithilfe des Modells beispielsweise die sprachlichen Darstellungen des Körpers durch Menschen mit einer Essstörung betrachtet werden – wie wird die Beziehung zum Körper gestaltet, welche identitätsrelevanten Zuschreibungen, Abgrenzungen und Annäherungen finden statt, welche Rolle spielt der Körper der Interviewerin in dem Geschehen?

Das Leib-Körper-fundierte Positionierungsmodell bietet die Möglichkeit, in der empirisch-narratologischen Analyse von Identitätskonstruktionen den Körper stärker einzubeziehen bzw. zu berücksichtigen – und zwar sowohl den erzählten Körper als auch den Leib-Körper der anwesenden Interaktanten. Jenseits von Befindlichkeitserhebungen oder psychopathologischen Zuschreibungen kann so ein Einblick in die – häufig schwer zu versprachlichenden – Problematiken und Ambivalenzen entstehen, die Menschen in der Situation eines Forschungsinterviews vor einer körperlich anwesenden Forscherin in Bezug auf ihren Körper aushandeln.

11.2 Wollen S/sie das wirklich?: Von der Frage, welche Fragen gestellt werden müssen

Schließlich muss an dieser Stelle der Arbeit auch nach der klinisch-praktischen Relevanz der Ergebnisse gefragt werden. Im Verlauf der theoretischen Aufarbeitung und Ergebnisanalysen wurde immer wieder die Frage aufgeworfen, auf welche Ebene die Veränderungen im Gesicht eigentlich zielen. Was soll bzw. kann durch den gesichtschirurgischen Eingriff erreicht werden? Eine bessere Passung im Sinne einer Stimmigkeit des Körper-Selbst-Erlebens, eine „Selbstwerdung“, eine Selbstoptimierung? Geht es um den Erhalt eines Status quo, oder um die Rückgewinnung einer verlorenen körperlichen Integrität? Damit eng verbunden ist die Frage, inwieweit die Veränderungen „nach außen gerichtet“ sind – also auch auf eine Veränderung des Blickes der anderen zielen – und inwieweit diese Frage überhaupt beantwortbar ist, da die Blicke der anderen zumeist bereits internalisiert sind, so dass das eigene Gefühl, angeschaut zu werden, den Veränderungswunsch begründet. Die Ergebnisanalysen der vorliegenden Interviews zeigen, dass sich in den subjektiven Zuschreibungen durch die Interviewten alle möglichen Spielarten dieser Aspekte finden. Damit wird deutlich, dass eine differenziertere Betrachtung der individuellen biografischen und situativen Einbettung des Geschehens notwendig ist, was nur durch die Erhebung der Perspektive der Betroffenen möglich ist.

Nun wird von unterschiedlicher Seite argumentiert, dass die Interviewten über solche Fragen gar nicht „unverblendet“ Auskunft geben können (siehe Abschnitt 3.2.4). Die gesellschaftlichen Normen – der Herrschaftsdiskurs – gehen (implizit) immer in die subjektiven Zuschreibungen mit ein. Tatsächlich geht aus den Interviews nicht hervor, ob der Eingriff „in Wirklichkeit“ ein Akt der Selbstbestimmung ist, oder ob er eine Unterwerfung unter den gnadenlosen Normierungsdruck darstellt (vgl. Abschnitt 3.2.2).

Eine Arbeit, die sich dem Feld aus psychologischer Perspektive nähert, hat den Vorteil, diese Frage auch nicht beantworten zu müssen. Was jedoch betrachtet werden kann, ist die Frage, wie die Interviewten sich selbst in Kenntnis des gesellschaftlichen Diskurses um plastisch-chirurgische Eingriffe verorten, und welche Konsequenzen für ihre Identitätskonstruktionen und ihr subjektives Veränderungserleben sich daraus ergeben. Es wurde gezeigt, dass eine Gruppe von Interviewten den plastisch-chirurgischen Eingriff vornehmlich als Dienstleistung behandelt. In diesem Fall stellen sich Fragen, die im gesellschaftlichen Rahmen verhandelt werden müssen: Bis zu welchem Grade sehen wir es als „normal“ an, den Körper zu manipulieren, um uns (und anderen) zu gefallen? Wo ziehen wir die Grenze? Bei Diäten, Ohrenpiercings, Tattoos, plastischen Rekonstruktionen, Schönheitschirurgie? Bis wohin ist es ein individuelles Problem, eine individuelle Entscheidung, und ab wann wird es zum gesellschaftlichen Problem, weil man mit einem bestimmten Aussehen tatsächlich Nachteile erleidet?

Im Gegensatz dazu ergibt sich eine genuin klinisch-psychologische Fragestellung im Hinblick auf die Gruppe von Interviewten, die im Vorfeld des plastisch-chirurgischen Eingriffs einen Leidensdruck schildern. Um solche Menschen zu erreichen, sind psychopathologische Screenings – die beispielsweise nach einer körperdysmorphen Störung suchen – unzureichend: Vieles an Verhandlungen von Leid bewegt sich im subklinischen Bereich. Es ist ein genaues Hinhören und Hinschauen im Prozess erforderlich, um die unterschiedlichen Fallstricke der überwertigen Hoffnungen und Heilungsfantasien zu erkennen. Die vorliegende Arbeit bietet dazu einen Ansatzpunkt: Sie zeigt die unterschiedlichen Ebenen auf, auf denen Leidensdruck verhandelt wird, und auf denen Hoffnungen enttäuscht werden können. Eine Sensibilisierung für diese Bereiche (der Wunsch nach Rückgewinnung von Handlungsmächtigkeit, nach Überwindung von Schamgefühlen, nach Überbrückung einer (subjektiven) Kluft zwischen Körper und Leib) ermöglicht eine angemessenere Beratung im Vorfeld eines gesichts chirurgischen Eingriffs.

Für den Alltag der plastischen Chirurgie erscheint es entsprechend wünschenswert, im Prozess der Entscheidungsfindung für oder gegen einen Eingriff auch gangbare Alternativen aufzuzeigen. Damit kann niemandem die Entscheidung für oder gegen einen Eingriff abgenommen werden. Dennoch erscheint es insbesondere im Hinblick auf die dramatischen Schilderungen der Folgen fehlgelaufener Eingriffe in den Interviews sinnvoll, die Hürden für einen Eingriff zu vergrößern und die Hoffnungen in Bezug auf die postoperativen Veränderungen zu verändern. Es muss – vielleicht durch den Einbezug von Patientennarrativen – ein Bewusstsein für die Risiken und Nebenwirkungen geschaffen werden: Kann man mit diesen wirklich leben? Wiegt der Druck, der Wunsch nach Veränderung das Risiko wirklich auf? Eine ausreichende Auseinandersetzung mit diesen Fragen im Vorfeld eines Eingriffs sollte sichergestellt werden.

Viele Fragen bleiben offen: Darf man hadern und verzweifeln am eigenen Körper? Darf der Körper sich verändern, darf er runzlig, dellig und schlaff werden? Aus der „unversehrten“ Perspektive redet es sich leicht. Doch wenn die Körperform beginnt, den psychischen Zustand zu beeinträchtigen, reicht im individuellen Fall die

gesellschaftliche Diskussion nicht aus. Es müssen konkrete Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, mit dem Leiden am eigenen Körper umzugehen. Psychologische Beratung kann ein erster Schritt sein, hier eine neue Perspektive zu eröffnen. Nur ihre Institutionalisierung im Feld der plastischen Chirurgie (im Sinne eines Konsil- oder Liaisondienstes) bietet eine echte Chance – denn wie gezeigt wurde, findet die Suche nach Lösungen bei Menschen, die einen plastisch-chirurgischen Eingriff anstreben, meist nicht auf der innerpsychischen Ebene, sondern auf der Ebene des Körpers statt. Eine gesichtswahrende Erweiterung der eigenen inneren Möglichkeiten kann nur durch ein Angebot geschaffen werden, das einen festen Platz in den Abläufen des Klinikalltags hat. Am Ende ist in allen Fällen die psychische Flexibilität im Umgang mit den Veränderungen des eigenen Körpers entscheidend.

E. Literaturverzeichnis

- Abels, H. (2006). *Identität. Über die Entstehung des Gedankens, dass der Mensch ein Individuum ist, den nicht leicht zu verwirklichenden Anspruch auf Individualität und die Tatsache, dass Identität in Zeiten der Individualisierung von der Hand in den Mund lebt*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Abraham, A. (2002). *Der Körper im biographischen Kontext. Ein wissenssoziologischer Beitrag*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Ach, J. S. & Pollmann, A. (Hrsg.). (2006). *No body is perfect. Baumassnahmen am menschlichen Körper, bioethische und ästhetische Aufrisse* (Edition Moderne, Postmoderne). Bielefeld: transcript.
- Ainsworth, M. D. S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alkemeyer, T. (2007). Aufrecht und biegsam. Eine politische Geschichte des Körperkults. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 18, 6–18.
- Altintas, A. A. & Altintas, M. A. (2011). Der Arzt, die ethisch-moralische Verpflichtung und die ästhetisch-plastische Chirurgie. In B. Lüttenberg, A. Ferrari & J. S. Ach (Hrsg.), *Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die ästhetische Chirurgie* (S. 5–13). Berlin, Münster: Lit.
- American Society of Plastic Surgeons (2013). *2013 Cosmetic Plastic Surgery Statistics. Cosmetic Procedure Trends*. Zugriff am 25.07.2015. Verfügbar unter <http://www.plasticsurgery.org/Documents/news-resources/statistics/2013-statistics/cosmetic-procedures-national-trends-2013.pdf>
- Amsterdam, B. (1972). Mirror self-image reactions before age two. *Dev. Psychobiol.*, 5 (4), 297–305.
- Andretto Amodeo, C. (2007). The central role of the nose in the face and the psyche: review of the nose and the psyche. *Aesthetic Plastic Surgery*, 31 (4), 406–410.
- Antaki, C. & Widdicombe, S. (1998b). Identity as an achievement and as a tool. In C. Antaki & S. Widdicombe (Hrsg.), *Identities in talk* (S. 1–14). London: Sage.
- Antaki, C. & Widdicombe, S. (Hrsg.). (1998a). *Identities in talk*. London: Sage.
- Asendorpf, J. (1999). *Psychologie der Persönlichkeit* (Springer-Lehrbuch, 2., überarb. und aktualisierte Aufl). Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio: Springer.
- Assmann, A. (2006). *Einführung in die Kulturwissenschaft. Grundbegriffe, Themen, Fragestellungen* (Grundlagen der Anglistik und Amerikanistik, Bd. 27). Berlin: Erich Schmidt.
- Auer, P. (1999). *Sprachliche Interaktion. Eine Einführung anhand von 22 Klassikern*. Tübingen: Niemeyer.
- Bamberg, M. & Andrews, M. (Hrsg.). (2004). *Considering counter narratives. Narrating, resisting, making sense*. Amsterdam: John Benjamins.
- Bamberg, M. & Georgakopoulou, A. (2008). Small stories as a new perspective in narrative and identity analysis. *Text & Talk*, 28, 377–396.

- Bamberg, M. (1997). Positioning between structure and performance. *Journal of Narrative and Life History*, 7, 335–342.
- Bamberg, M. (1999a). Identität in Erzählung und im Erzählen. Versuch einer Bestimmung der Besonderheit des narrativen Diskurses für die sprachliche Verfassung von Identität. *Journal für Psychologie*, 1 (7), 43–55. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-28753>
- Bamberg, M. (1999b). Is there anything beyond discourse? Narrative and the local accomplishment of identities. In W. Maiers, B. Bayer, B. Duarte Esgalhado, R. Jorna & E. Schraube (Hrsg.), *Is there anything behind discourse? Narrative and the local accomplishment of identities. Challenges to theoretical psychology. Selected & edited proceedings of the seventh Beannual Conference of The International Society for Theoretical Psychology* (S. 220–227). Berlin: Captus University Publications.
- Bamberg, M. (2010). Who am I? Narration and its contribution to self and identity. *Theory & Psychology*, 21, 1–22.
- Bamberg, M. (2012). Narrative practice and identity navigation. In J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Hrsg.), *Varieties of narrative analysis* (S. 99–124). Los Angeles: Sage.
- Bamberg, M. G. W., Fina, A. de & Schiffrin, D. (Hrsg.). (2007). *Selves and identities in narrative and discourse* (Studies in narrative, Bd. 9). Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins Pub.
- Baron, R. A. & Byrne, D. (2004). *Social Psychology* (10. Aufl.). Boston: Pearson.
- Bartky, S. L. (1990). *Femininity and domination. Studies in the phenomenology of oppression* (Thinking gender). New York: Routledge.
- Bates, B. & Cleese, J. (2001). *The human face*. London: BBC.
- Bauer, J. (2012). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern* (Serie Piper, Bd. 4179, 19. Aufl.). München, Zürich: Piper.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Belting, H. (2013). *Faces. Eine Geschichte des Gesichts*. München: C.H. Beck Verlag.
- Benwell, B. & Stokoe, E. (2006). *Discourse and identity*. Edinburgh: University Press.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1971). *Die gesellschaftliche Konstruktion von Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Bittner, U. & Inthorn, J. (2011). Der normative Status der Natur im Kontext medialer Debatten zur ästhetischen Chirurgie. In B. Lüttenberg, A. Ferrari & J. S. Ach (Hrsg.), *Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die ästhetische Chirurgie* (S. 167–188). Berlin, Münster: Lit.
- Bliesener, T. & Köhle, K. (1986). *Die ärztliche Visite. Chance zum Gespräch*.
- Bordo, S. (1989). The Body and the Reproduction of Femininity: A Feminist Appropriation of Foucault. In A. M. Jaggar & S. Bordo (Hrsg.), *Gender/body/knowledge: Feminist Reconstructions of Being and Knowing* (S. 13–33). Rutgers University Press.

- Bordo, S. (1998). Braveheart, babe, and the contemporary body. In E. Parens (Hrsg.), *Enhancing human traits. Ethical and social implications. Hastings Center studies in ethics* (S. 189–221). Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Borkenhagen, A. & Brähler, E. (2012b). Vorwort. In A. Borkenhagen & E. Brähler (Hrsg.), *Die Selbstverbesserung des Menschen. Wunschmedizin und Enhancement aus medizinpsychologischer Perspektive* (S. 7–12). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Borkenhagen, A. & Brähler, E. (Hrsg.). (2012a). *Die Selbstverbesserung des Menschen. Wunschmedizin und Enhancement aus medizinpsychologischer Perspektive*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Borkenhagen, A. (2001a). Gemachte Körper. Körper- und Selbsterleben von Frauen, die sich zu einer Schönheitsoperation entschieden haben. *Psychotherapie und Sozialwissenschaften*, 4, 306–315. Verfügbar unter http://www.unileipzig.de/~medpsy/pdf/ab_gemachte_koerper_3.pdf.
- Borkenhagen, A. (2001b). Gemachte Körper. Die Inszenierung des modernen Selbst mit dem Skalpell; Aspekte zur Schönheitschirurgie. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 25 (1), 55–67. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-19959>
- Borkenhagen, A. (2003). Pygmalions Töchter. Weibliche Selbstinszenierung mittels Schönheitschirurgie - Eine Studie mit dem Digitalen Körperfoto-Test und qualitativen Interviewsequenzen an Brustreduktionspatientinnen. *psychosozial*, 26 (4), 45–53.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler* (Springer-Lehrbuch, 4. Aufl.). Heidelberg: Springer-Medizin-Verlag.
- Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bradbury, E. (2012). Meeting the psychological needs of patients with facial disfigurement. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 50 (3), 193–196. Verfügbar unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266435611000416>
- Breuer, F. (2010). Wissenschaftliche Grundlagen qualitativer Methodik in der Psychologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 35–49). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Breyer, T. (im Erscheinen). Der Mensch im Spiegel des Anderen. In O. Müller & G. Maio (Hrsg.), *Orientierung am Menschen. Anthropologische Konzeptionen und normative Perspektiven*. München: C.H. Beck.
- Breyer, T. (2012). Das Phantom im Spiegel. Ein phänomenologischer Versuch über somatosensorische Platzität und Leibgedächtnis. *Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik*, 7 (2).
- Bröckling, U. (2007). *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform* (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Bd. 1832, 1. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Brody, H. (2005). Geleitwort. In T. Greenhalgh & B. Hurwitz (Hrsg.), *Narrative-based Medicine - Sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag* (S. 11–13). Bern: Hans Huber.

- Bruce, V. & Young, A. (1986). Understanding face recognition. *British Journal of Psychology*, 77 (3), 305–327.
- Bruce, V. & Young, A. (2012). *Face Perception*. London: Psychology Press.
- Brukamp, K. (2011). Ästhetische Chirurgie. Medizin, Psychotherapie, Dienstleistung? In B. Lüttenberg, A. Ferrari & J. S. Ach (Hrsg.), *Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die ästhetische Chirurgie* (S. 25–42). Berlin, Münster: Lit.
- Bruner, J. S. (1987). Life as Narrative. *Social Research*, 54 (1), 11–32.
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning* (The Jerusalem-Harvard lectures). Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Bruner, J. S. (2003). *Making stories. Law, literature, life* (1. Aufl.). Cambridge, Mass, London: Harvard University Press.
- Bülthoff, I. & Bülthoff, H. (2006). Objektwahrnehmung. In J. Funke & P. A. Frensch (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie - Kognition* (S. 165–172). Göttingen: Hogrefe.
- Burbaum, C. (2007). *Vom Nutzen der Poesie. Zur biografischen und kommunikativen Aneignung von Gedichten: eine empirische Studie*. Bielefeld: transcript.
- Callahan, C. (2004). Facial disfigurement and sense of self in head and neck cancer. *Social Work in Health Care*, 40 (2), 73–87.
- Cash, T. F. (2006). Body Image and Plastic Surgery. In D. B. Sarwer, T. Pruzinsky, T. F. Cash, R. M. Goldwyn, J. A. Persing & L. A. Whitaker (Hrsg.), *Psychological aspects of reconstructive and cosmetic plastic surgery. Clinical, empirical, and ethical perspectives* (S. 37–62). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Cloerkes, G. (2000). Die Stigma-Identitäts-These. *Gemeinsam leben - Zeitschrift für integrative Erziehung*, 3. Zugriff am 17.08.2011. Verfügbar unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/gl3-00-stigma.html>.
- Cole, J. (1998). *About face*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Cook, S. A., Rosser, R. & Salmon, P. (2006). Is cosmetic surgery an effective psychotherapeutic intervention? A systematic review of the evidence. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 59 (11), 1133–1151.
- Coyne, I. T. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *J Adv Nurs*, 26 (3), 623–630.
- Cunningham, M. R. (1989). Measuring the physical in physical attractiveness. Quasi-experiments on the sociobiology of female beauty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 925–935.
- Dahlmanns, C. (2008). *Die Geschichte des modernen Subjekts: Michel Foucault und Norbert Elias im Vergleich*: Waxmann.
- Davies, B. & Harré, R. (1990). Positioning. The Discursive Production of Selves. *J Theory of Social Behaviour*, 20 (1), 43–63.
- Davis, K. (1995). *Reshaping the female body. The dilemma of cosmetic surgery*. New York: Routledge.

- Davis, K. (1997b). Embodiment theory. Beyond modernist and postmodernist readings of the body. In K. Davis (Hrsg.), *Embodied practices. Feminist perspectives on the body* (S. 1–26). London, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Davis, K. (2003). *Dubious equalities and embodied differences. Cultural studies on cosmetic surgery* (Explorations in bioethics and the medical humanities). Lanham: Rowman & Littlefield.
- Davis, K. (2008). Surgical passing - Das Unbehagen an Michael Jacksons Nase. In P.-I. Villa (Hrsg.), *Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (S. 41–66). Bielefeld: transcript.
- Davis, K. (Hrsg.). (1997a). *Embodied practices. Feminist perspectives on the body*. London, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Degele, N. (2004). *Sich schön machen. Zur Soziologie von Geschlecht und Schönheitshandeln*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Degele, N. (2008). Normale Exklusivitäten - Schönheitshandeln, Schmerznormalisieren, Körper inszenieren. In P.-I. Villa (Hrsg.), *Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (S. 67–84). Bielefeld: transcript.
- Deneke, F.-W. (2001). *Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten* (2. Aufl.). Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Deppermann, A. (2008). *Gespräche analysieren. Eine Einführung in konversationsanalytische Methoden* (4. Aufl.). Opladen: Leske + Budrich.
- Deppermann, A. (2013). Editorial. Positioning in narrative interaction. *Narrative Inquiry*, 23 (1), 1–15.
- DGÄPC. (2014a). *Newsletter: Zahlen - Daten - Fakten. Datenerhebung in der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie*. Zugriff am 25.07.2015. Verfügbar unter http://www.dgaepc.de/wp-content/uploads/2015/04/DGAEPC_Newsletter_September_2014.pdf
- DGÄPC. (2014b). *Zahlen, Fakten und Trends in der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie 2014/2015*. DGÄPC-Magazin. Zugriff am 22.07.2015. Verfügbar unter http://www.dgaepc.de/wp-content/uploads/2015/04/DGAEPC-Magazin_2014.pdf
- DGÄPC. (2015). *Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie*. Zugriff am 22.07.2015. Verfügbar unter <http://www.dgaepc.de/>
- DGPRÄC. (2009). *Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen*. Zugriff am 22.07.2015. Verfügbar unter <http://www.dgpraec.de/>
- DGPRÄC. (2013). *Schönheit ist nicht alles! DGPRÄC veröffentlicht Statistik zu ästhetischen Operationen*. Zugriff am 26.07.2015. Verfügbar unter [http://www.dgpraec.de/news/single-news/?no_cache=1&tx_ttnews\[tt_news\]=307](http://www.dgpraec.de/news/single-news/?no_cache=1&tx_ttnews[tt_news]=307)
- Dion, K. K., Berscheid, E. & Walster, E. (1972). What is beautiful is good. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24, 285–290.
- Dion, K. K., Pak, A. & Dion, K. L. (1990). Stereotyping physical attractiveness. A sociocultural perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 21, 378–398.
- Dornes, M. (1994). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen* (Fischer-Taschenbücher, Bd. 11263, Orig.-Ausg., 5. - 6. Tsd). Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.

- Dornes, M. (1997). *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre* (Geist und Psyche). Frankfurt: Fischer Taschenbuch.
- Eco, U. (2006). *Die Geschichte der Schönheit*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Eco, U. (2007). *Die Geschichte der Hässlichkeit*. München: Hanser.
- Edgerton, M. T. (2006). Foreword. In D. B. Sarwer, T. Pruzinsky, T. F. Cash, R. M. Goldwyn, J. A. Persing & L. A. Whitaker (Hrsg.), *Psychological aspects of reconstructive and cosmetic plastic surgery. Clinical, empirical, and ethical perspectives* (S. vii–x). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Edwards, D. & Potter, J. (1992). *Discursive psychology* (Inquiries in social construction). London: Sage.
- Eisend, M. & Möller, J. (2007). The influence of TV viewing on consumers' body images and related consumption behavior. *Marketing Letters* (18), 101–116.
- Elias, N. (1977). *Über den Prozeß der Zivilisation* (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, Bd. 159, 2. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Emirbayer, M. & Mische, A. (1998). What is Agency? *American Journal of Sociology*, 103, 962–1023.
- Erikson, E. H. (1966). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Ernst, J., Claus, S. & Schwarz, R. (2005). Mitentscheidung, Mitwirkung oder Zustimmung? Die Rolle des Patienten im medizinischen Behandlungsprozess. *Psychomed* (1), 29–39.
- Esser, H. (1986). Können Befragte lügen? Zum Konzept des „wahren“ Wertes im Rahmen der handlungstheoretischen Interpretation des Befragtenverhaltens. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 38, 314–336.
- Ettl, T. (2006). *Geschönte Körper – geschmähte Leiber. Psychoanalyse des Schönheitskultes*. Tübingen: Edition diskord.
- Feingold, A. (1992). Good-Looking People Are Not What We Think. *Psychological Bulletin*, 111 (2), 304–341.
- Ferrari, A. (2011). Ästhetische Chirurgie an Erwachsenen im Spannungsfeld von Kommerz(ialisierung) und Patientenautonomie. In B. Lüttenberg, A. Ferrari & J. S. Ach (Hrsg.), *Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die ästhetische Chirurgie* (S. 105–124). Berlin, Münster: Lit.
- Festinger, L., Irle, M. & Möntmann, V. (1978). *Theorie der kognitiven Dissonanz*. Bern: H. Huber.
- Fina, A. de & Georgakopoulou, A. (2012). *Analyzing narrative. Discourse and sociolinguistic perspectives*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Fina, A. de. (2003). *Identity in narrative. A study of immigrant discourse* (Studies in narrative, Bd. 3). Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins Pub. Co.
- Fischer-Rosenthal, W. & Rosenthal, G. (1997). Narrationsanalyse biographischer Selbstrepräsentationen. In R. Hitzler & A. Honer (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik* (S. 133–164). Opladen: Leske + Budrich.
- Flick, U. (1995). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbeck: Rowohlt.

- Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbeck: Rowohlt.
- Flick, U. (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 395–407). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Foucault, M. (1981). *Archäologie des Wissens* (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Bd. 356). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1991). *Die Ordnung des Diskurses*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Frank, A. W. (1991). For a Sociology of the Body. An Analytical Review. In M. Featherstone, M. Hepworth & B. S. Turner (Hrsg.), *The Body. Social process and cultural theory* (Theory, culture & society, S. 36–102). London: Sage.
- Friebertshäuser, B. (1997). Interviewtechniken - ein Überblick. In B. Friebertshäuser & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 371–395). Weinheim: Juventa.
- Fröhlich, G. (1999). Habitus und Hexis. Die Einverleibung der Praxisstrukturen. In H. Schwengel & B. Höpken (Hrsg.), *Grenzenlose Gesellschaft? 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie; 16. Österreichischer Kongress für Soziologie; 11. Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie*. Bd. II (S. 100–102). Pfaffenweiler: Centaurus.
- Fuchs, T. (2003). Non-verbale Kommunikation. Phänomenologische, entwicklungspsychologische und therapeutische Aspekte. *Z. klin. Psychol. Psychiat. Psychother*, 51, 333–345.
- Fuchs, T. (2012). Körper haben oder Leib sein. *Scheidewege - Jahresschrift für skeptisches Denken*, 2011/2012 (41), 122–137.
- Furr, L. A., Wiggins, O., Cunningham, M., Vasilic, D., Brown, C. S., Banis, J. C. et al. (2007). Psychosocial implications of disfigurement and the future of human face transplantation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 120 (2), 559–565.
- GÄCD. (2010). *Neue Statistik zeigt: 50 Prozent mehr Faltenbehandlungen. Tendenz insgesamt steigend*. Zugriff am 26.07.2015. Verfügbar unter <http://www.gacd.de/presse/pressemappe-2010/presstext/#statistik>
- Gadebusch Bondio, M. (2005). *Medizinische Ästhetik : Kosmetik und plastische Chirurgie zwischen Antike und früher Neuzeit. Humanistische Bibliothek. Texte und Abhandlungen* (Eckhard Keßler, Hrsg., Bd. 56). München: Fink.
- Geigges, W. (2013). Geben und Schenken als Elemente einer heilsamen Arzt-Patienten-Beziehung. In G. Maio (Hrsg.), *Ethik der Gabe. Humane Medizin zwischen Leistungserbringung und Sorge um den Anderen* (S. 315–343). Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.
- Geisler, L. S. (2008). *Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege* (5., aktualisierte Aufl.). Frankfurt: Pmi-Verl.
- Georgakopoulou, A. (2002). Narrative and Identity Management. Discourse and Social Identities in a Tale of Tomorrow. *Research on Language & Social Interaction*, 35 (4), 427–451.
- Gergen, K. & Gergen, M. (1983). Narratives of the self. In T. Sarbin & K. Scheibe (Hrsg.), *Studies in social identity* (S. 254–273). New York: Praeger.

- Gilman, S. L. (1999). *Making the body beautiful. A cultural history of aesthetic surgery*. Princeton: Princeton University Press.
- Gilman, S. L. (2005). Die erstaunliche Geschichte der Schönheitschirurgie. In A. Taschen (Hrsg.), *Schönheitschirurgie* (S. 60–109). Köln: Taschen.
- Gimlin, D. (2010). Imagining the Other in Cosmetic Surgery. *Body & Society*, 16 (4), 57–76.
- Giunta, R. & Schmidt-Tintemann, U. (2013). Was soll Plastische Chirurgie? *Handchir Mikrochir plast Chir*, 45 (04), 191–192.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Goering, S. (2001). The Ethics of Making the Body Beautiful. Lessons from Cosmetic Surgery for a Future of Cosmetic Genetic. *Philosophy and Public Policy Quarterly* (1), 21–27.
- Goffman, E. (1955). On face-work: An analysis of ritual elements in social interaction. *Psychiatry*, 18, 213–231.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. London: Penguin Books.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. London: Penguin Books.
- Goffman, E. (1967/ dt. 1975). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goffman, E. (1994). Techniken der Imagepflege. In E. Goffman (Hrsg.), *Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation* (S. 10–53). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goffman, E. (2000). *Relations in public. Microstudies of the public order*. New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers. (Originalarbeit erschienen 1971).
- Goffman, E. (2001). *Interaktion und Geschlecht* (Campus Studium, 2. Aufl.). Frankfurt/Main, New York: Campus-Verl.
- Grammer, K. (2007). Was Gesichter sagen oder Die evolutionäre Psychologie der Schönheit. In C. Gutwald & R. Zons (Hrsg.), *Die Macht der Schönheit* (Forum, S. 71–84). München: W. Fink.
- Gray, A. J. (2002). Stigma in Psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95 (2), 72–76.
- Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. (2005). Was geht uns die Narration an? In T. Greenhalgh & B. Hurwitz (Hrsg.), *Narrative-based Medicine - Sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag* (S. 19–25). Bern: Hans Huber.
- Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. (Hrsg.). (2005). *Narrative-based Medicine - Sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag*. Bern: Hans Huber.
- Groesz, L. M., Levine, M. P. & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *Int. J. Eat. Disord.*, 31 (1), 1–16.

- Gründl, M. (2007). Attraktivitätsforschung. Auf der Suche nach der Formel der Schönheit. In C. Gutwald & R. Zons (Hrsg.), *Die Macht der Schönheit* (S. 49–70). München: W. Fink.
- Gugutzer, R. (2002). *Leib, Körper und Identität. Eine phänomenologisch-soziologische Untersuchung zur personalen Identität* (1. Aufl.). Wiesbaden: Westdt. Verl.
- Gugutzer, R. (2004). *Soziologie des Körpers. Einsichten - Vielsichten*. Bielefeld: transcript.
- Gugutzer, R. (2007). Körperkult und Schönheitswahn - Wider den Zeitgeist. *Aus Politik und Zeitgeschichte* (18), 3–6.
- Gugutzer, R. (2008). Alter(n) und die Identitätsrelevanz von Leib und Körper. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41 (3), 182–187.
- Gülich, E. (2005). Unbeschreibbarkeit. Rhetorischer Topos - Gattungsmerkmal - Formulierungsressource. *Gesprächsforschung - Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 6, 222–244.
- Gutwald, C. & Zons, R. (Hrsg.). (2007). *Die Macht der Schönheit* (Forum). München: W. Fink.
- Hakim, C. (2010). Erotic Capital. *European Sociological Review*, 26 (5), 499–518.
- Harré, R. & van Langenhove, L. (Hrsg.). (1999). *Positioning Theory. Moral contexts of intentional action*. Oxford: Blackwell.
- Hartmut Esser. (1986). Können Befragte lügen? Zum Konzept des „wahren Wertes“ im Rahmen der handlungstheoretischen Erklärung von Situationseinflüssen bei der Befragung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* (38), 314–336.
- Haußer, K. (1995). *Identitätspsychologie*. Berlin: Springer.
- Have, P. ten (2006). *Doing Conversation Analysis. A practical guide* (Introducing Qualitative Methods, 6. Aufl.). London: Sage.
- Helfferrich, C. (2005a). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helfferrich, C. (2005b). Zwang von Natur und Gesellschaft: Alltagsbilder vom Körper aus der Sicht von Frauen. In I. Vogt (Hrsg.), *Frauen - Körper. Lust und Last* (Bd. 2, S. 73–92). Tübingen: dgvt.
- Helfferrich, C. (2012). Einleitung: Von roten Heringen, Gräben und Brücken. Versuche einer Kartierung von Agency-Konzepten. In S. Bethmann, C. Helfferrich, H. Hoffmann & D. Niermann (Hrsg.), *Agency. Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit* (S. 9–38). Weinheim: Beltz Juventa.
- Herrmann, B. (2006). Schönheitsideal und medizinische Körpermanipulation. Invasive Selbstgestaltung als Ausdruck autonomer Entscheidung oder "sozialer Unterwerfung"? *Ethik in der Medizin*, 18 (1), 71–80. Verfügbar unter <http://www.springerlink.com/content/hp74551n640x3r18>
- Hinrichs, D. (2012). " ... und sie wurden gewahr, dass sie nackt waren". Der Freiburger Arbeitskreis "Literatur und Psychoanalyse" zur Grenze des Schamgefühls. Zugriff am 30.07.2015. Verfügbar unter http://www.deutschlandfunk.de/und-sie-wurden-gewahr-dass-sie-nackt-waren.1148.de.html?dram:article_id=180907

- Hirsch, M. (2004). Körperinszenierungen. Die Funktion des Körpers in Gesellschaft und Psychotherapie. In E. Rohr (Hrsg.), *Körper und Identität. Gesellschaft auf den Leib geschrieben* (S. 115–127). Königstein im Taunus: Helmer.
- Hirsch, M. (2010). *Mein Körper gehört mir ... und ich kann mit ihm machen, was ich will. Dissoziation und Inszenierungen des Körpers psychoanalytisch betrachtet* (Bibliothek der Psychoanalyse). Gießen: Psychosozial-Verl.
- Hofmeister, D. (2012). Weniger Haare - mehr Körperschmuck. Verbreitung von Tätowierung, Piercing und Körperhaarentfernung in Deutschland - Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. In A. Borkenhagen & E. Brähler (Hrsg.), *Die Selbstverbesserung des Menschen. Wunschmedizin und Enhancement aus medizinpsychologischer Perspektive* (S. 199–222). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Holler, C. & Klepper, M. (Hrsg.). (2013). *Rethinking narrative identity. Persona and Perspective* (Studies in narrative, Bd. 17). Amsterdam: John Benjamins.
- Hollway, W. (1998). Gender difference and the production of subjectivity. In J. Henriques, W. Hollway, C. Urwin, C. Venn & V. Walkerdine (Hrsg.), *Changing the subject. Psychology, social regulation, and subjectivity* (S. 227–263). London, New York: Routledge.
- Holstein, J. A. & Gubrium, J. F. (2000). *The self we live by. Narrative identity in a postmodern world*. New York: Oxford University Press.
- Illhardt, F. J. (2008). Warum dieses Buch. In F. J. Illhardt (Hrsg.), *Die ausgeblendete Seite der Autonomie. Kritik eines bioethischen Prinzips* (S. 9–20). Münster: Lit.
- Jacoby, A. (1994). Felt versus enacted stigma: A concept revisited: Evidence from a study of people with epilepsy in remission. *Social Science & Medicine*, 38 (2), 269–274. Verfügbar unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953694903964>
- Jäger, U. (2004). *Der Körper, der Leib und die Soziologie. facetten*. Königstein im Taunus: Helmer.
- Johnson, M. H. & Morton, J. (1991). *Biology and cognitive development. The case of face recognition*. Oxford: Blackwell.
- Johnson, M. H., Dziurawiec, S., Ellis, H. & Morton, J. (1991). Newborns' preferential tracking of face-like stimuli and its subsequent decline. *eeCognition*, 40 (1–2), 1–19. Verfügbar unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0010027791900456>
- Johnson, M. L. (1987). *The body in the mind. The bodily basis of meaning, imagination, and reason*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jørgensen, M. & Phillips, L. (2002). *Discourse Analysis as Theory and Method*: SAGE Publications. Verfügbar unter https://books.google.de/books?id=zw7njKgg_pwC
- Kanz, R. (2008). *Porträts*. Köln: Taschen.
- Kardorff, E. von (2009). Goffmans Stigma-Identitätskonzept — neu gelesen. In H. Willems & G. Burkart (Hrsg.), *Theatralisierung der Gesellschaft* (1. Aufl., S. 137–161). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.

- Kelle, U. & Kluge, S. (1999). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (Qualitative Sozialforschung, Bd. 4). Opladen: Leske + Budrich.
- Keller, M. (2008). Aufklärung und informed consent. Grenzen der Selbstbestimmung. In F. J. Illhardt (Hrsg.), *Die ausgeblendete Seite der Autonomie. Kritik eines bioethischen Prinzips* (S. 21–34). Münster: Lit.
- Kettner, M. (2012). Enhancement als wunscherfüllende Medizin. In A. Borkenhagen & E. Brähler (Hrsg.), *Die Selbstverbesserung des Menschen. Wunschmedizin und Enhancement aus medizinpsychologischer Perspektive* (S. 13–32). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Keupp, H., Ahbe, T., Gmür, W., Höfer, R., Mitzscherlich, B., Kraus, W. et al. (Hrsg.). (2002). *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. Reinbek: Rowohlt.
- Kohler Riessmann, C. (2005). Narrative Analysis. In N. Kelly, C. Horrocks, K. Milnes, B. Roberts & D. Robinson (Hrsg.), *Narrative, memory and everyday life* (S. 1–7). Huddersfield: University of Huddersfield.
- Koppetsch, C. (2000). Körper und Status. Zur Soziologie körperlicher Attraktivität. In C. Koppetsch (Hrsg.), *Körper und Status. Zur Soziologie der Attraktivität* (Analyse und Forschung : Sozialwissenschaften, S. 7–15). Konstanz: UVK, Univ.-Verl. Konstanz.
- Krappmann, L. (2000). *Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen*. Stuttgart: Klett. (Originalarbeit erschienen 1969).
- Kraus, W. (1996). *Das erzählte Selbst. Die narrative Konstruktion von Identität in der Spätmoderne*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Kraus, W. (2000). *Das erzählte Selbst. Die narrative Konstruktion von Identität in der Spätmoderne* (@Münchner Studien zur Kultur- und Sozialpsychologie, Bd. 8, 2. Aufl.). Herbolzheim: Centaurus-Verl.
- Krüger-Kirn, H. (2014). Bin ich schön - bin ich weiblich? In B. Janta, S. Walz-Pawlita & B. Unruh (Hrsg.), *unzeitgemäßes. Eine Publikation der DGPT* (Bibliothek der Psychoanalyse, S. 187–204). Gießen, Lahn: Psychosozial-Verlag.
- Küchenhoff, J. & Agarwalla, P. (2012). *Körperbild und Persönlichkeit. Die klinische Evaluation des Körpererlebens mit der Körperbild-Liste*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Küchenhoff, J. & Strasser, P. (2013). Der Körper, der Mangel, die Scham. In J. Küchenhoff (Hrsg.), *Scham* (Freiburger Literaturpsychologische Gespräche, Bd. 32). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Küchenhoff, J. (2005). *Die Achtung vor dem Anderen. Psychoanalyse und Kulturwissenschaften im Dialog*. Weilerswist: Velbrück.
- Küchenhoff, J. (2007). Sehen und Gesehen-Werden: Identität und Beziehung im Blick. *Psyche* (61), 445–462.
- Küchenhoff, J. (2008). Den Körper verstehen - psychoanalytische Annäherungen. In J. Küchenhoff & Wieglering Klaus (Hrsg.), *Leib und Körper* (Bd. 5). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Küchenhoff, J. (2009). Den Körper verstehen. Psychoanalytische Konstruktionen. In J. Küchenhoff & J. Pfeiffer (Hrsg.), *Körper. Konstruktionen* (Jahrbuch für Literatur und Psychoanalyse, Bd. 28, S. 21–33). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Küchenhoff, J. (2012). *Körper und Sprache. Theoretische und klinische Beiträge zu einem intersubjektiven Verständnis des Körpererlebens*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Kuckartz, U. (2010). Typenbildung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 553–568). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Küsters, I. (2009). *Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen* (Lehrbuch, 2. Aufl.). Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lakoff, G. (1987). *Women, fire, and dangerous things. What categories reveal about the mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lalouschek, J. (2002). *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Landau, T. (1993). *Von Angesicht zu Angesicht. Was Gesichter verraten und was sie verbergen*. Heidelberg, Berlin, Oxford: Spektrum, Akad. Verl.
- Langlois, J. H. & Roggman, L. (1990). Attractive faces are only average. *Psychological Science*, 1, 115–121.
- Lavater, J. C. (1775). *Physiognomische Fragmente, zur Beförderung der Menschenkenntniß und Menschenliebe. Band 1* (1. Aufl.). Leipzig; Winterthur: Weidmann und Reich Steiner.
- Lemley, B. (2000). Isn't She Lovely? *Discover*, 42–49.
- Lenk, C. (2002). *Therapie und Enhancement. Ziele und Grenzen der modernen Medizin* (Münsteraner Bioethik-Studien, Bd. 2). Münster: Lit.
- Lichtenstein, B., Neal, T. M. & Brodsky, S. L. (2008). The Stigma of Sexually Transmitted Infections. Knowledge, Attitudes, and an Educationally-Based Intervention. *The Health Education Monograph Series*, 25 (2), 28–33.
- Liessmann, K. P. (2009). *Schönheit* (Grundbegriffe der europäischen Geistesgeschichte). Wien: Facultas.
- Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2004a). Narrative Identität und Positionierung. *Gesprächsforschung - Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion* (5), 166–183.
- Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2004b). *Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lucius-Hoene, G. (2008). Erzählenkönnen als Ausdruck der Person. In F. J. Illhardt (Hrsg.), *Die ausgeblendete Seite der Autonomie. Kritik eines bioethischen Prinzips*. Münster: Lit.
- Lucius-Hoene, G. (2010). Narrative Analysen. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 584–600). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Lucius-Hoene, G. (2012). "Und dann haben wir's operiert". Ebenen der Textanalyse narrativer Agency-Konstruktionen. In S. Bethmann, C. Helfferich, H. Hoffmann & D. Niermann (Hrsg.), *Agency. Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit* (Edition Soziologie, S. 40–70). Weinheim: Beltz Juventa.
- Lüttenberg, B., Ferrari, A. & Ach, J. S. (2011). Vorwort. In B. Lüttenberg, A. Ferrari & J. S. Ach (Hrsg.), *Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die ästhetische Chirurgie* (S. 1–2). Berlin, Münster: Lit.
- Maasen, S. (2008). Bio-ästhetische Gouvernamentalität - Schönheitschirurgie als Biopolitik. In P.-I. Villa (Hrsg.), *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (S. 99–118). Bielefeld: transcript.
- Macgregor, F. C. (1990). Facial disfigurement: Problems and management of social interaction and implications for mental health. *Aesth. Plast. Surg.*, 14 (1), 249–257.
- Mall, G. (1967). *Das Gesicht des seelisch Kranken*. Konstanz: Schnetztor.
- Masnari, O., Schiestl, C., Rossler, J., Gutlein, S. K., Neuhaus, K., Weibel, L. et al. (2013). Stigmatization Predicts Psychological Adjustment and Quality of Life in Children and Adolescents With a Facial Difference. *Journal of Pediatric Psychology*, 38 (2), 162–172.
- Mattner, D. (2000). Die Erfindung der Normalität. In Stiftung Deutsches Hygienemuseum und Deutsche Behindertenhilfe - Aktion Mensch e.V. (Hrsg.), *Der (im-)perfekte Mensch. Vom Recht auf Unvollkommenheit*. (Begleitbuch zur Ausstellung "Der (im-)perfekte Mensch. Vom Recht auf Unvollkommenheit" im Deutschen Hygienemuseum vom 20. Dezember 2000 bis 12. August 2001). Ostfildern-Ruit: Hatje Cantz.
- McKelvie, S. J. (1993). Stereotyping in perception of attractiveness, age, and gender in schematic faces. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 21 (2), 121–128.
- McNeill, D. (2001). *Das Gesicht. Eine Kulturgeschichte*. Wien: Kremayr & Scheriau.
- Mead, G. H. (1987a). Der Mechanismus des sozialen Bewußtseins. In H. Joas (Hrsg.), *George Herbert Mead - Gesammelte Aufsätze* (Bd. 1, S. 232–240). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mead, G. H. (1987b). *Gesammelte Aufsätze. Band 1* (2 Bände). Frankfurt am Main: Suhrkamp (Herausgegeben von Hans Joas).
- Meili, B. (2008). Experten der Grenzziehung. Eine empirische Annäherung an Legitimationsstrategien von Schönheitschirurgen zwischen Medizin und Lifestyle. In P.-I. Villa (Hrsg.), *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (S. 119–142). Bielefeld: transcript.
- Menninghaus, W. (2007). *Das Versprechen der Schönheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung. Phänomenologisch-psychologische Forschungen* (Bd. 7). Berlin: de Gruyter (Photomechanischer Nachdruck 1974).
- Mey, G. & Mruck, K. (2010). Interviews. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 423–435). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Meyer-Drawe, K. (2007). Inschriften des Leibes. Tattoos, Piercings, Brandings. In C. Gutwald & R. Zons (Hrsg.), *Die Macht der Schönheit* (Forum, S. 221–244). München: W. Fink.
- Miller, A. (1983). *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst* (Suhrkamp-Taschenbuch, Bd. 950, [Blindenhörbuch nach d. Buchausg.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Morgan, K. P. (2008). Foucault, Hässliche Entlein und Techno-Schwäne. Fett-Hass, Schlankheitsoperationen und biomedikalisierte Schönheitsideale in Amerika. In P.-I. Villa (Hrsg.), *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (S. 143–172). Bielefeld: transcript.
- Mueller, U. & Mazur, A. (1996). Facial Dominance of West Point Cadets Predicts Military Rank 20+ years later. *Social Forces*, 74, 823–850.
- Müller, M. (2000). *Das Gesicht als Spiegel der Gesundheit. Visuelle Diagnostik* (Ratgeber Ehrenwirth). München: Ehrenwirth.
- Negrin, L. (2002). Cosmetic Surgery and the Eclipse of Identity. *Body & Society*, 8 (4), 21–42.
- Ochs, E. & Capps, L. (2001). *Living narrative. Creating lives in everyday storytelling* (1st Harvard University Press pbk). Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Oosthuizen, P., Lambert, T. & Castle, D. J. (1998). Dysmorphic concern. Prevalence and associations with clinical variable. *Aust NZ J Psychiatry*, 32, 129–132.
- Parker, I. (2003). *Critical Discursive Psychology*: Palgrave Macmillan. Verfügbar unter <https://books.google.de/books?id=KhViQgAACAAJ>
- Partridge, J. (1997). *Changing faces. The challenge of facial disfigurement* (3. Aufl.). London: Changing Faces.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills: Sage.
- Penz, O. (2010). *Schönheit als Praxis. Über klassen- und geschlechtsspezifische Körperlichkeit* (Reihe Politik der Geschlechterverhältnisse, Bd. 42). Frankfurt am Main: Campus.
- Plessner, H. (1928). *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie*. Leipzig: de Gruyter.
- Plessner, H. (1941). *Lachen und Weinen. Eine Untersuchung nach den Grenzen menschlichen Verhaltens*. Arnheim: Van Loghum Slaterus.
- Plessner, H. (1961). Die Frage nach der *Conditio humana*.
- Posch, W. (2009). *Projekt Körper. Wie der Kult um die Schönheit unser Leben prägt*. Frankfurt am Main: Campus.
- Potter, J. (2012). Discourse analysis and discursive psychology. In H. M. Cooper (Hrsg.), *APA handbook of research methods in psychology. Volume 2: Research Designs: Quantitative, Qualitative, Neuropsychological, and Biological* (APA handbooks in psychology, 1st ed, S. 111–130). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Prantl, L. (2011). Das Schönheitsideal im 21. Jahrhundert in kritischer Sicht. Welche Konsequenzen ergeben sich für den ästhetischen Chirurg? In B. Lüttenberg, A. Ferrari

- & J. S. Ach (Hrsg.), *Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die ästhetische Chirurgie* (S. 15–24). Berlin, Münster: Lit.
- Rankin, M. & Borah, G. L. (2003). Perceived functional impact of abnormal facial appearance. *Plast Reconstr Surg*, 111 (7), 2140-6; discussion 2147-8.
- Renz, U. (2008). *Schönheit. Eine Wissenschaft für sich*. Berlin: Bloomsbury.
- Ricken, N. & Rieger-Ladich, M. (2013). *Michel Foucault: Pädagogische Lektüren: VS Verlag für Sozialwissenschaften*.
- Robinson, E., Ramsey, N. & Partridge, J. (1996). An evaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. *British Journal of plastic surgery*, 49 (5), 281–289.
- Rohr, E. (2004). Schönheitsoperationen. Einen neue Form der Körpertherapie? In E. Rohr (Hrsg.), *Körper und Identität. Gesellschaft auf den Leib geschrieben* (S. 90–114). Königstein im Taunus: Helmer.
- Rudolph, H. (1985). Aspekte der Ästhetik in der Chirurgie. In G. Pfeifer (Hrsg.), *Die Ästhetik von Form und Funktion in der plastischen und Wiederherstellungschirurgie* (Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Bd. 22, S. 56–59). Berlin, Heidelberg [u.a.]: Springer.
- Sacher, J. (2012). *Sprechen über sich selbst als kontrastives Verfahren. Die Etablierung von ALTER-EGO-Positionen, Identitätskonstruktion und Selbstdarstellung im Interview*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Res. Nurs. Health*, 18 (2), 179–183.
- Sartre, J.-P. (1993). *Das Sein und das Nichts* (10. Aufl.). Hamburg: Rowohlt.
- Sarwer, D. B. & Crerand, C. E. (2004). Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*, 1 (1), 99–111.
- Sarwer, D. B. (2002). Cosmetic Surgery and Changes in Body Image. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Hrsg.), *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice* (S. 422–430). New York: Guilford Press.
- Sarwer, D. B., Pruzinsky, T., Cash, T. F., Goldwyn, R. M., Persing, J. A. & Whitaker, L. A. (Hrsg.). (2006). *Psychological aspects of reconstructive and cosmetic plastic surgery. Clinical, empirical, and ethical perspectives*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scambler, G. & Hopkins, A. (1986). Being epileptic. Coming to terms with stigma. *Sociology of Health and Illness*, 8, 26–43.
- Scambler, G. (1998). Stigma and disease: changing paradigms. *The Lancet*, 352 (9133), 1054–1055.
- Schäfer-Fauth, L., Haug, M., Küchenhoff, J., Lucius-Hoene, G. & Sollberger, D. (2012). „Wohu! Ah, das bin ja ich!“. Sprachliche Identitätskonstruktionen gesichtschirurgischer PatientInnen zwischen Möglichkeiten und Grenzen des Wandels. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 14 (1), 121–134.
- Schäfer-Fauth, L., Küchenhoff, J., Haug, M., Lucius-Hoene, G. & Sollberger, D. (2012). "Mit diesem Gesicht...". Stigmatisierung und face-work in der Identitätsarbeit gesichtschirurgischer Patientinnen und Patienten. *Psychoanalyse*, 16, 445–457.

- Schäfer-Fauth, L., Sollberger, D., Lucius-Hoene, G., Agarwalla, P., Haug, M. & Küchenhoff, J. (2014a). Talking about the Face. Narrative Identity of Patients with Facial Surgery. In G. Boehm, O. Budelacci, M. G. Di Monte & M. Renner (Hrsg.), *Gesicht und Identität. Face and Identity* (S. 142–165). München: Fink.
- Schäfer-Fauth, L., Sollberger, D., Lucius-Hoene, G., Agarwalla, P., Haug, M. & Küchenhoff, J. (2014b). Talking about the Face. Narrative Identity of Patients with Facial Surgery. In M. G. Di Monte, M. Di Monte & H. d. Riedmatten (Hrsg.), *L'immagine che siamo. Ritratto e soggettività nell'estetica contemporanea* (S. 159–174). Rom: Carocci editore.
- Scherr, A. (2012). Soziale Bedingungen von Agency. Soziologische Eingrenzungen einer sozialtheoretisch nicht auflösbaren Paradoxie. In S. Bethmann, C. Helfferich, H. Hoffmann & D. Niermann (Hrsg.), *Agency. Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit* (Edition Soziologie, S. 99–121). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmitz, H. (2009). *Kurze Einführung in die Neue Phänomenologie*. München: Alber.
- Schmölders, C. (1995). *Das Vorurteil im Leibe. Eine Einführung in die Physiognomik*. Berlin: Akademie Verlag.
- Schramm, A., Gellrich, N.-C. & Schmelzeisen, R. (2007). Navigational surgery of the facial skeleton. *Springer e-books*.
- Schroeter, K. R. (2009). Korporales Kapital und korporale Performanzen in der Lebensphase Alter. In H. Willems & G. Burkart (Hrsg.), *Theatralisierung der Gesellschaft* (1. Aufl., S. 163–181). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Schütz, A. (1971). *Gesammelte Aufsätze. I Das Problem der sozialen Wirklichkeit*. Dordrecht: Springer Netherlands.
- Schütze, F. (1983). Biografieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13, 283–292.
- Schwitalla, J. (1991). Das Illustrieren. Eine narrative Textsorte mit zwei Varianten. In J. Dittmann, H. Kästner & J. Schwitalla (Hrsg.), *Erscheinungsformen der deutschen Sprache. Literatursprache, Alltagssprache, Gruppensprache, Fachsprache*. Festschrift zum 60. Geburtstag von Hugo Steger (S. 189–204). Berlin: Schmidt.
- Seier, A. & Surma, H. (2008). Schnitt-Stellen - Mediale Subjektivierungsprozesse in THE SWAN. In P.-I. Villa (Hrsg.), *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (S. 173–198). Bielefeld: transcript.
- Selting, M., Auer, P., Barth-Weingarten, D., Bergmann, J. R., Bergmann, P., Birkner, K. et al. (2009). A system for transcribing talk-in-interaction: GAT 2. *Gesprächsforschung - Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion* (12), 1–51. translated and adapted for English by Elizabeth Couper-Kuhlen and Dagmar Barth-Weingarten. Verfügbar unter www.gespraechsforschung-ozs.de
- Seubold, G. (2007). *Der idealistische Körper. Philosophische Reflexionen über die Machtergreifung der Körpertechnologien. Pragmata - Schriften zur Anthropologie, Kultur- und Technikphilosophie* (Bd. 5). Bonn: DenkMal.
- Soest, T. von, Kvaalem, I. L., Roald, H. E. & Skolleborg, K. C. (2009). The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 62 (10), 1238–1244.

- Sousa, A. de. (2008). Psychological issues in oral and maxillofacial reconstructive surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 46 (8), 661–664.
- Stangier, U., Hungerbühler, R., Meyer, A. & Wolter, M. (2000). Diagnostische Erfassung der Körperdysmorphen Störung Eine Pilotstudie. *Der Nervenarzt*, 71 (11), 876–884.
- Stirn, A. (2003). Körperkunst und Körpermodifikation. Interkulturelle Zusammenhänge eines weltweiten Phänomens. *psychosozial*, 26 (4), 7–11.
- Strack, F., Martin, L. L. & Stepper, S. (1988). Inhibiting and Facilitating Conditions of the Human Smile. A Nonobtrusive Test of the Facial Feedback Hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 768–777.
- Straub, J., Zielke, B. & Werbik, H. (2005). Autonomy, Narrative Identity, and Their Critics. A Reply to Some Provocations of Postmodern Accounts in Psychology. In W. Greve, K. Rothermund & D. Wentura (Hrsg.), *The adaptive self. Personal continuity and intentional self-development* (S. 323–350). Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (2005). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage.
- Strauß, G. (2009). Computerassistierte Chirurgie an der Rhinobasis. *HNO*, 57 (10), 990–997.
- Strick, S. (2008). Vorher Nachher - Anmerkungen zur Erzählbarkeit des kosmetischen Selbst. In P.-I. Villa (Hrsg.), *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (S. 199–218). Bielefeld: transcript.
- Swiss Plastic Surgery. (2015a). *Das Fachgebiet*. Zugriff am 22.07.2015. Verfügbar unter <http://plasticsurgery.ch/patienten-oeffentlicher-bereich/das-fachgebiet/>
- Swiss Plastic Surgery. (2015b). *Schweizerische Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie*. Zugriff am 22.07.2015. Verfügbar unter <http://plasticsurgery.ch/>
- Symons, D. (1995). Beauty is in the Adaptations of the Beholder. The Evolutionary Psychology of Human Female Attractiveness. In P. R. Abramson & S. D. Pinkerton (Hrsg.), *Sexual Nature, Sexual Culture* (S. 80–118). Chicago: University of Chicago Press.
- Taschen, A. (Hrsg.). (2005). *Schönheitschirurgie*. Köln: Taschen.
- Terwee, C. B., Dekker, F. W., Bonsel, G. J., Heisterkamp, S. H., Prummel, M. F., Baldeschi, L. et al. (2003). Facial disfigurement: is it in the eye of the beholder? A study in patients with Graves' ophthalmopathy. *Clin Endocrinol*, 58 (2), 192–198.
- Thorndike, E. (1920). A constant error in psychological ratings. *Journal of Applied Psychology*, 4 (1), 25–29.
- Thüne, E.-M. (2013). Die Erzählungen des sprachlosen Leibs. Körpererfahrung und Identität im Erzählkorpus "Emigrantendeutsch in Israel (1. Generation)". In M. Hartung & A. Deppermann (Hrsg.), *Gesprochenes und Geschriebenes im Wandel der Zeit. Festschrift für Johanna Schwitalla* (S. 145–158). Verlag für Gesprächsforschung.
- Tiedemann, J. L. (2007). *Die intersubjektive Natur der Scham*. Dissertation, FU Berlin. Zugriff am 25.07.2015. Verfügbar unter http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000002943

- Tiggemann, M. (2003). Media exposure, body dissatisfaction and disordered eating: television and magazines are not the same! *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 11 (5), 418–430.
- Tisseron, S. (2000). *Phänomen Scham. Psychoanalyse eines sozialen Affektes*. München: Reinhardt.
- Trapp, W. Künstliche Paradiese. Über Schönheit und Werbung (S. 205–220).
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S. & Brazelton, T. B. (1978). The Infant's Response to Entrapment between Contradictory Messages in Face-to-Face Interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17 (1), 1–13.
- Turner, B. S. (2008). *The body & society. Explorations in social theory*. Los Angeles: Sage.
- Uexküll, T. von. (2001). Körper-Sein, Körper-Haben - Der Hintergrund des Dualismus in der Medizin. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 51 (3/4), 128–133.
- Uexküll, T. von. (2010). Körper und Sprache als Problem der Medizin. *Jahrbuch Rhetorik* (13), 70–81.
- Umbricht, R. & Umbricht, T. (2010). Psychoanalyse und Plastische Chirurgie. Der Körper als Verwandlungsobjekt. In H. Böcker (Hrsg.), *Psychoanalyse im Dialog mit den Nachbarwissenschaften* (Bibliothek der Psychoanalyse, Originalausg., S. 301–322). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- van den Elzen, M. E., Versnel, S. L., Hovius, S. E., Passchier, J., Duivenvoorden, H. J. & Mathijssen, I. M. (2012). Adults with congenital or acquired facial disfigurement: Impact of appearance on social functioning. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 40 (8), 777–782.
- van Gerwen, R. (2011). Gesichter sprechen an. Eine philosophische Betrachtungsweise des Gesichtsausdrucks (und der kosmetischen Chirurgie). In B. Lüttenberg, A. Ferrari & J. S. Ach (Hrsg.), *Im Dienste der Schönheit? Interdisziplinäre Perspektiven auf die ästhetische Chirurgie* (S. 189–204). Berlin, Münster: Lit.
- van Langenhove, L. & Harré, R. (1999). Introducing positioning theory. In R. Harré & L. van Langenhove (Hrsg.), *Positioning Theory. Moral contexts of intentional action* (S. 14–31). Oxford: Blackwell.
- Villa, P.-I. (2006). *Sexy Bodies. Eine soziologische Reise durch den Geschlechtskörper. Geschlecht & Gesellschaft* (I. Lenz, M. Mae, S. Metz-Göckel, U. Müller & M. Oechsle, Hrsg., Bd. 23, 3. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Villa, P.-I. (2007). Der Körper als kulturelle Inszenierung und Statussymbol. *Aus Politik und Zeitgeschichte* (18), 18–26.
- Villa, P.-I. (2008a). Einleitung - Wider die Rede vom Äußerlichen. In P.-I. Villa (Hrsg.), *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (S. 7–20). Bielefeld: transcript.
- Villa, P.-I. (2008b). „Endlich normal!“. Soziologische Überlegungen zur medialen Inszenierung der plastischen Chirurgie. In U. Wischermann & T. Thomas (Hrsg.), *Medien - Diversität - Ungleichheit. Zur medialen Konstruktion sozialer Differenz* (S. 87–103). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Villa, P.-I. (2008c). Habe den Mut, Dich Deines Körpers zu bedienen! Thesen zur Körperarbeit in der Gegenwart zwischen Selbstermächtigung und

- Selbstunterwerfung. In P.-I. Villa (Hrsg.), *schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst* (S. 245–272). Bielefeld: transcript.
- Wagner, E. (2014). Schönheitschirurgie-Patientinnen als „ugly dopes“? Zur Medialität der Entscheidungsfindung für plastisch-chirurgische Eingriffe. *Berlin J Soziol*, 24 (1), 89–110.
- Wiegerling, K. (2008). Leib und Körper. In J. Küchenhoff & Wiegerling Klaus (Hrsg.), *Leib und Körper* (Bd. 5, S. 7–71). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wilde, F. & Schramm, A. (2013). Rekonstruktion nach Trauma. *MKG-Chirurg*, 6 (3), 154–164.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Research*, 1 (1), Art. 22. Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519>
- Wolf, N. (1991). *The Beauty Myth*: Random House. Verfügbar unter <https://books.google.de/books?id=idnUBQAAQBAJ>
- Wortham, S. (2000). Interactional positioning and narrative self-construction. *Narrative Inquiry*, 10 (1), 157–184.
- Wortham, S. (2001). *Narratives in action. A strategy for research and analysis*. New York: Teachers College Press.
- Wurmser, L. (1998). *Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten* (Dritte, erweiterte Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Zebrowitz, L. A. & Rhodes, G. (2004). Sensitivity to "bad genes" and the anomalous face overgeneralization effect. Cue validity, cue utilization, and accuracy in judging intelligence and health. *Journal of Nonverbal Behavior*, 28 (3), 167–185.
- Ziebland, S. & McPherson, A. (2006). Making sense of qualitative data analysis. An introduction with illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness). *Med Educ*, 40 (5), 405–414.
- Zirfas, J. & Jörissen, B. (2007). *Phänomenologien der Identität. Human-, sozial- und kulturwissenschaftliche Analysen* (1. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

F. Anhang

Anhang A: Informationsmaterial und Einverständniserklärung

**Patienteninformation zum Forschungsprojekt
"Gesicht und Identität"**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das Gesicht hat für jeden Menschen eine unterschiedliche Bedeutung. Es ist ein sehr persönliches und individuelles Merkmal. Ein chirurgischer Eingriff im Gesicht kann in verschiedener Hinsicht identitätsrelevant sein. Wir gehen deshalb davon aus, dass auch psychologische Faktoren wichtig sind, um bei einem solchen Eingriff ein erwünschtes Ergebnis zu erzielen.

Für unser wissenschaftliches Projekt zum Thema Gesicht und Identität suchen wir deshalb Interviewpartner(innen), die einen gesichtschirurgischen Eingriff vor sich haben und bereit sind, vor und nach der Operation von ihren Erfahrungen zu erzählen.

Ziel der Studie

Das Ziel der Studie ist es, besser zu verstehen, welche Bedeutung das Gesicht und Veränderungen im Gesicht für verschiedene Menschen haben. Es geht um die Frage, in welcher Weise das Gesicht und seine Veränderungen mit dem Selbstbild, dem Körperbild und - allgemeiner gesprochen - mit der Identität eines Menschen zusammenhängen.

Nutzen der Studie

Dank Ihrer Teilnahme wird es möglich sein, in Zukunft die Kriterien für zufrieden stellende Operationen im Gesicht zu verbessern und damit die Qualität gesichtschirurgischer Eingriffe weiter zu erhöhen.

Teilnahme an dem Projekt

Wenn Sie an unserer Studie teilnehmen, führen wir **vor der Operation ein Interview** (ca. 30-60 Min.) mit Ihnen, das Ihnen die Gelegenheit gibt, von Ihren Erfahrungen mit Ihrem Gesicht und dessen Veränderungen in der Vergangenheit und Jetzt zu erzählen.

Etwa drei Monate nach der Operation führen wir anlässlich der chirurgischen Nachkontrolle **nochmals ein Interview** mit Ihnen.

Freiwilligkeit der Teilnahme

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist selbstverständlich freiwillig. Wenn Sie an dieser Studie nicht teilnehmen möchten, werden Sie keine Nachteile bei Ihrer weiteren medizinischen Betreuung haben. Das gleiche gilt, wenn Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen. Diese Möglichkeit haben Sie jederzeit und müssen sie nicht begründen.

Wenn Sie zu einer Teilnahme an unserem Projekt bereit sind, wird sich die verantwortliche Projektmitarbeiterin telefonisch bei Ihnen melden.

Wir freuen uns über Ihr Interesse!

Prof. Dr. med. M. Haug

Dipl.-Psych. L. Schäfer

Information und Einverständniserklärung: Projekt „Gesicht und Identität“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie haben sich entschieden, sich in der Sprechstunde der Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie des Universitätsspitals Basel vorzustellen, um sich über die Möglichkeiten eines gesichtschirurgischen Eingriffs beraten und diesen allenfalls planen und durchführen zu lassen. Diesen Prozess möchten wir wissenschaftlich untersuchen und abbilden. Wir möchten Sie daher gerne für unsere Studie „Gesicht und Identität“ interessieren, die derzeit anläuft. Diese Studie (Zielsetzung, Studienablauf etc.) beschreiben wir im vorliegenden Informationsblatt. Es würde uns freuen, wenn wir Sie für diese Studie gewinnen könnten.

Allgemeine Information zur Studie

Die vorliegende Studie „Gesicht und Identität. Identität, Selbst- und Körperbild in den imaginierten und realen Veränderungen des Gesichts“ wird von Prof. Dr. med. J. Küchenhoff, Chefarzt Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal, unter der Co-Leitung von Dr. med. Dr. phil. D. Sollberger, Leitender Arzt Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, und Dr. med. M. Haug, stv. Chefarzt Abteilung für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie Universitätsspital Basel, geleitet.

Hintergrund der Studie bildet die erhebliche Zunahme gesichtschirurgischer Eingriffe im letzten Jahrzehnt sowie die Veränderungen von Körperbildern in unserer Gesellschaft. Das Projekt widmet sich dem Zusammenhang von Gesicht und Identität in chirurgischer und psychologischer Hinsicht. Die durch Unfall oder Krankheit bedingte Verletzung, Veränderung oder Entstellung im Gesicht kann einerseits zu einer Krise der eigenen Identität und des eigenen Selbst- und Körperbildes führen. Andererseits kann eine Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper- und Selbstbild oder eine Krise der eigenen Identität zu dem Wunsch führen, im Gesicht ästhetische Veränderungen vornehmen zu lassen. Das Gesicht stellt also einen „Ort“ dar, an dem in besonderem Mass die Frage nach der eigenen Identität thematisch wird oder werden kann.

Zweck der Studie ist es, eine Verbesserung des Verständnisses für die subjektive Bedeutung des Gesichts im Blick auf das Körperbild und die Identität zu erlangen. Daraus soll sich für die klinische Praxis eine Verbesserung der Planung und Durchführung und in der Folge auch der Behandlungsergebnisse gesichtschirurgischer Eingriffe ergeben.

Die Studie dauert insgesamt 18 Monate. Sie ist als Vorstudie zu einer grösseren Untersuchung geplant und soll zunächst mit 20 Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Sie wird vom Departement Chirurgie des Universitätsspitals Basel finanziert.

2. Ziel der Studie

Das Hauptziel der Studie ist es, die Bedeutung des Gesichts und der Gesichtsveränderungen für die eigene Identität in einem klinisch-psychologischen Zusammenhang zu untersuchen.

Dabei sollen die Behandlungsergebnisse geprüft und chirurgische sowie psychologische Faktoren untersucht werden, die zu einem positiven Behandlungsergebnis beitragen. In klinisch-praktischer Hinsicht sollen die Resultate Hinweise geben auf eine Verbesserung der Kriterien, nach denen eine Operation empfohlen und durchgeführt werden kann. Diese Hinweise sollen im Rahmen einer geplanten grösseren Studie überprüft werden.

3. Auswahl der StudienteilnehmerInnen

Sie wurden für die Studie angefragt, weil Sie die von uns definierten Kriterien erfüllen, die für eine Teilnahme an der Studie notwendig sind:

- Sie haben sich in der Sprechstunde für rekonstruktive und ästhetische Gesichtschirurgie der Universitätsklinik Basel zu einem präoperativen Besprechungstermin vorgestellt, um
- entweder einen gesichtschirurgischen Eingriff aus kosmetischen Gründen, aus Gründen einer Gesichtsverletzung oder eines Gesichtstumors vornehmen zu lassen.
- Sie sind zwischen 20 und 75 Jahre alt und
- sprechen gut Deutsch.

4. Freiwilligkeit der Teilnahme

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig, nach ausführlicher Information und Beantwortung aller Ihrer Fragen. Wenn Sie auf die Teilnahme an dieser Studie verzichten, haben Sie keine Nachteile für Ihre weitere medizinische Betreuung zu erwarten. Das gleich gilt, wenn Sie Ihre dazu gegebene Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen. Diese Möglichkeit haben Sie jederzeit. Einen allfälligen Widerruf Ihrer Einwilligung bzw. den Rücktritt von der Studie müssen Sie nicht begründen.

5. Praktischer Studienablauf

Sollten Sie sich für eine Teilnahme an der Studie entscheiden und dies mit Ihrem schriftlichen Einverständnis bestätigen, werden Sie durch unsere Studienpsychologin, Frau Dipl.-Psych. Lisa Schäfer, telefonisch kontaktiert zwecks Vereinbarung eines Termins für ein ca. 90-minütiges Interview, welches je nach Ihrem Wunsch in den Räumlichkeiten des Universitätsspitals oder aber auch bei Ihnen zu Hause durchgeführt wird. Anlässlich dieses ersten Interviewtermins erhalten Sie eine Anzahl von Fragebögen, die Sie zu Hause ausfüllen und mit dem an uns adressierten und frankierten Rückantwortcouvert zurückschicken können.

Drei Monate nach der Operation werden Sie anlässlich der chirurgischen Nachkontrolle nochmals eine Anzahl Fragebögen zum Ausfüllen erhalten. Zudem wird Frau Schäfer mit Ihnen erneut einen Interviewtermin ausmachen für ein ca. 60-minütiges Gespräch. Die beiden Gespräche werden auf Tonband aufgezeichnet und anschliessend Wort für Wort transkribiert (als Text verfasst).

Sollten während der Studie bzw. der Befragung Fragen zur Studie auftauchen, haben Sie selbstverständlich das Recht auf ausführliche, auch zusätzliche Informationen über die Studie.

6. Nutzen für die Teilnehmenden

Der Nutzen der Studie für Sie persönlich liegt darin, dass Sie eine umfassende präoperative Abklärung vor gesichtschirurgischen Eingriffen erhalten, die neben rein medizinisch-chirurgischen Kriterien in ebenso gewichtetem Mass psychologische Kriterien verwendet. Dank Ihrer Teilnahme wird es aber auch möglich sein, in Zukunft die Kriterien für zufrieden stellende Operationen im Gesicht zu verbessern und damit die Qualität gesichtschirurgischer Eingriffe zu erhöhen.

7. Risiken und Unannehmlichkeiten

Die Studie ist nicht als Experiment angelegt, d.h. es wird keine zur Therapie zusätzliche Intervention durchgeführt. Risiken bei einer Studienteilnahme bestehen keine. Unannehmlichkeiten bei einer Teilnahme könnten Ihnen allenfalls dadurch entstehen, dass Sie bestimmte Fragen im Interview nachdenklich stimmen und Sie dies vielleicht als belastend empfinden. Sollte dies der Fall sein, können Sie dies der Interviewerin sagen und mit ihr besprechen, wie Sie weiter verfahren möchten – bis hin zum Erwägen eines Rücktritts von der Studie (s. Freiwilligkeit der Teilnahme).

8. Vertraulichkeit der Daten

In dieser Studie werden persönliche Daten von Ihnen erfasst. Diese Daten werden anonymisiert. Auf den Schutz der Daten wird in der Untersuchung mit grösster Sorgfalt geachtet. Alle im Rahmen der Studie anfallenden Informationen werden vertraulich behandelt und aufbewahrt. Sie sind ausschliesslich den an der Auswertung des Datenmaterials beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich. Während der ganzen Studie wird die Vertraulichkeit strikt gewahrt. Ihr Name oder Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Identität ermöglichen könnten, werden nicht gemacht und insbesondere weder in Studienpräsentationen oder Publikationen, die aus der Studie hervorgehen, veröffentlicht. Die Tonbandaufnahmen werden ausschliesslich für die Studie verwendet. Die Verwendung für andere Zwecke, wie z.B. Schulungen oder Fortbildungen ist streng verboten.

Sie können jederzeit vorzeitig die Vernichtung des Ton- und/oder des verschriftlichten Materials verlangen. Sollten Sie dies nicht tun, werden die Tonbänder und Fragebögen bei der Studienpsychologin im Institut für Psychologie, Abteilung Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg i.Br. sicher aufbewahrt und spätestens fünf Jahre nach Studienabschluss gelöscht.

9. Ethik-Kommission

Diese Studie wurde der Ethikkommission beider Basel (EKBB) vorgestellt und für ethisch unbedenklich befunden.

10. Teilnahmebestätigung, Einverständniserklärung

Wir möchten Sie bitten, die beigelegte Einverständniserklärung zu unterschreiben.

Mit Ihrem Einverständnis erklären Sie,

- dass Sie im Verlauf Ihrer Behandlung an beiden Interviews mit der Forschungspsychologin des Forschungsprojekts teilnehmen
- dass diese Interviews auf Tonband aufgenommen und von der Forschergruppe ausgewertet werden dürfen
- dass für die Auswertung Einblick in Ihre Krankenakte genommen werden darf
- dass Sie die erhaltenen Fragebögen ausfüllen und zur Auswertung im vorfrankierten Rückumschlag an uns zurücksenden
- dass die Forschungspsychologin erneut mit Ihnen, zwecks Vereinbarung eines weiteren Interviewtermins *nach* der Operation, telefonisch in Kontakt treten darf

Wir danken Ihnen herzlich für die Teilnahme an dieser Studie!

Basel, Mai 2009

.....
Prof. Dr. med. J. Küchenhoff L. Schäfer, Dipl. Psych.

Teilnahmebestätigung, Einverständniserklärung

Ich, die unterzeichnende Patientin, erkläre hiermit, dass ich die obige Patienteninformation gelesen und verstanden habe. Allfällige Unklarheiten wurden von der Studienpsychologin in einer mir verständlichen Form geklärt. Ich erhielt dabei Kenntnis über die wesentlichen Vor- und Nachteile der geplanten Studie. Allfällige zusätzliche Fragen wurden mir von den Untersuchern offen und zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Nach umfassender Aufklärung erkläre ich mich mit den oben genannten Untersuchungen sowie mit der anonymisierten Verwendung der dabei gewonnenen Daten für klinisch-wissenschaftliche Untersuchungen einverstanden. **Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Teilnahme an dieser Studie freiwillig erfolgt, und ich mich jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, von der Studie zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile für meine medizinisch-therapeutische Betreuung oder anderer Art erwachsen.**

Name des Patientin:

Unterschrift:

Ort und Datum:

Name der
zuständigen Psychologin:

Unterschrift:

Ort und Datum:

Anhang B: Kurzbeschreibungen der Interviewten

Die Namen sind frei erfunden. Je nachdem, ob im Interview per „Du“ und Vornamen gesprochen wurde oder per „Sie“ und Nachnamen, wurden entsprechend Vor- oder Nachnamen zur Anonymisierung verwendet.

Frau Bauer (Anfang siebzig), Nachkorrektur einer Basaliomentfernung an der Nase (rekonstruktiv)

prä- und postoperatives Interview

Frau Bauer ist in Rente, alleinstehend und kinderlos. Im Vorfeld des ersten Interviews hatte Frau Bauer schon zwei plastisch-chirurgische Eingriffe wegen eines Basalioms an der Nase. Dabei handelte es sich um die Entfernung von Tumorgewebe mit jeweils kosmetischer Rekonstruktion. Der erneute Eingriff findet statt, um zu überprüfen, ob noch Tumorzellen vorhanden sind. Dabei soll Haut auf die betroffene Stelle auf der Nase transplantiert werden, um die Gewebeentnahme zu kaschieren. Vor dem zweiten Interview fanden mehrere Nachkorrekturen statt. Frau Bauer betont, dass die Ärzte die kosmetische Korrektur veranlasst haben. Mit dem Ergebnis zeigt sie sich mäßig zufrieden. Sie gibt an, man sähe eine starke Rötung an der Nase, die man jedoch überdecken könne. Beim Blick in den Spiegel erschrecke sie jedes Mal. Von chirurgischer Seite wird das Ergebnis als mäßig zufriedenstellend bewertet.

Herr Weber (Anfang sechzig), Entfernung von Hautkrebs an der Lippe (rekonstruktiv)

prä- und postoperatives Interview

Herr Weber ist verheiratet, hat Kinder und arbeitet als Mechaniker. Bei ihm wird ein Plattenepithelkarzinom an der Unterlippe entfernt. Die invasiven Anteile können vollständig entfernt werden, der Eingriff geht mit einer sichtbaren Narbe und Verkürzung der Unterlippe einher. Die Chirurgen und der Patient selbst zeigen sich mit dem Verlauf und dem Ergebnis zufrieden. Herr Weber weist der ästhetischen Seite des Eingriffs keine große Relevanz zu.

Frau Favelli (Anfang fünfzig), Face-Neck-Lifting (kosmetisch)

prä- und postoperatives Interview

Frau Favelli ist Geschäftsführerin einer Boutique in einem schweizerischen Kurort. Sie ist verheiratet und hat keine Kinder. Im Spital lässt sie ein Teillifting vornehmen, bei dem der Hals und der untere Teil des Gesichts gestrafft werden sollen. Sie benennt den Eingriff als eine Möglichkeit, sich etwas Gutes zu tun. Sie betont, dass sie den Eingriff nicht aufgrund einer Unzufriedenheit oder eines Problems erwägt. Auf die Idee, ein Lifting vornehmen zu lassen, sei sie gekommen, nachdem ihre Schwester die gleiche Operation vornehmen ließ und danach in den Augen der Patientin erholt aussah. Frau Favelli nennt als besonders wichtig, dass ihr Gesicht nach dem Eingriff nicht „gemacht“ aussieht, sondern seine Natürlichkeit erhält. Der Eingriff muss privat bezahlt werden. Der Mann der Patientin übernimmt die Kosten. Mit dem Ergebnis zeigt Frau Favelli sich

zufrieden – man merke nicht, dass sie etwas gemacht habe. Auch von chirurgischer Seite wird das Ergebnis als gelungen bewertet.

Lena (Mitte zwanzig), kosmetische Korrektur der Nasenspitze bei Zustand nach Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte (kosmetisch)

prä- und postoperatives Interview

Lena befindet sich im Studium. Sie wurde mit einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte geboren, die in der Kindheit operativ behandelt wurde. Seit einiger Zeit hat ihre Nase sich verändert und einen mittigen Spalt ausgebildet. Jetzt überlegt sie, dies operativ korrigieren zu lassen, betont im ersten Interview jedoch, dass sie noch nicht entschieden sei. Ihr werden von chirurgischer Seite eine Nasenspitzenkorrektur sowie eine Korrektur der Lippennarbe empfohlen. Lena betont wiederholt (sowohl im prä- als auch im postoperativen Interview), dass sie an ihrer Lippe nichts verändert haben will. Lena stellt den Eingriff als eine Möglichkeit dar, die ihr zur Verfügung steht, für die sie jedoch keine dringende Notwendigkeit sieht. Sie betont, mit ihrem Aussehen auch vor dem Eingriff zufrieden zu sein und keinerlei psychische oder soziale Beeinträchtigung zu erleben. Der Eingriff an der Nasenspitze wird von der Krankenkasse übernommen, da die Veränderung der Nase auf dem „Grundleiden“ Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte basiert. Lena zeigt sich von dem Ergebnis beeindruckt und macht deutlich, dass sie sich an den neuen Anblick erst gewöhnen muss. Aus ihrer Sicht hat die Veränderung der Nasenspitze eine gravierende Veränderung des Gesichts ergeben. Sie gibt an, mit dem Ergebnis zufrieden zu sein, und auch von chirurgischer Seite wird das Ergebnis als gelungen bewertet.

Frau Kaymaz (Ende zwanzig), Nachkorrektur eines misslungenen kosmetischen Eingriffs an der Nase (kosmetisch/rekonstruktiv)

nur präoperatives Interview

Frau Kaymaz arbeitet als Verkäuferin. Sie ist in fester Partnerschaft. Sie berichtet, eine misslungene kosmetische Nasenoperation in ihrem südosteuropäischen Heimatland hinter sich zu haben. Sie habe ihre Nase verkleinern lassen wollen, nun sei sie schief und wirke „eingefallen“, da Knorpelgewebe zerstört worden sei. Nun wolle sie sich beraten lassen, ob eine Korrektur des ersten Eingriffs möglich sei. Im Interview berichtet sie, schon mehrere kosmetische Operationen hinter sich zu haben – sie habe in mehreren Anläufen ihre Ohren anlegen lassen, die früher abgestanden hätten. Nun sei sie damit sehr zufrieden. Zum Zeitpunkt des ersten Interviews ist sie unentschlossen, ob sie einen weiteren Eingriff an der Nase vornehmen lassen soll, da ihr niemand garantieren könne, dass das Ergebnis perfekt werde. Obwohl sie wisse, dass nicht alle dauernd auf ihre Nase starren würden, habe sie seit dem misslungenen Eingriff genau dieses Gefühl. Im Nachhinein denke sie, ihre Nase sei vor dem Eingriff recht schön gewesen. Bis zum Abschluss der Datenerhebung hatte sich Frau Kaymaz nicht zu einem erneuten Eingriff entschieden.

Frau Widmer, Ende zwanzig, Nachkorrektur einer misslungenen kosmetischen Ohranlegung (kosmetisch/rekonstruktiv)

prä- und postoperatives Interview

Frau Widmer ist verheiratet und hat einen Sohn, sie befindet sich im Studium. Sie kommt aus einem osteuropäischen Land, seit einigen Jahren wohnt sie in der Schweiz. In den Ferien in ihrem Heimatland habe sie sich ein Ohr anlegen lassen, das nach ihren Aussagen stärker abstand und größer war als das andere. Die Operation sei aufgrund einer Entzündung schief gegangen und sie habe das gesamte Ohr verloren. Seitdem habe sie unzählige Folgeoperationen in der Schweiz hinter sich, um das Ohr wieder aufzubauen. Dies gelang bis zum Zeitpunkt des zweiten Interviews nicht zufriedenstellend. Für die Rekonstruktion wurden unter anderem Rippenknorpel unterhalb der Brüste und ein Hautlappen oberhalb des Ohres entnommen, wodurch an diesen Stellen große Narben entstanden. Frau Widmer zeigt sich im Interview psychisch sehr belastet. In der Sprechstunde sei nun die Idee entstanden, das gesunde Ohr zu verkleinern, um eine Symmetrie zu erreichen. Im zweiten Interview berichtet Frau Widmer, dass sie zum Operationstermin zwar erschienen sei, den Eingriff jedoch nicht durchführen lassen konnte, weil sie zu viel Angst um ihr gesundes Ohr gehabt habe. Das Interview habe sie zusätzlich verunsichert. Nun sei sie jedoch auch enttäuscht, weil sich nichts verändert habe. Solange ihr von chirurgischer Seite Möglichkeiten aufgezeigt würden, könne sie nicht aufhören, auf eine Verbesserung zu hoffen. Von Projektseite bekam sie Kontaktadressen für eine psychotherapeutische Anbindung vermittelt.

Frau Meyer (Mitte vierzig), Entfernung eines Basalioms am Auge (rekonstruktiv)

prä- und postoperatives Interview

Frau Meyer hat eine Tochter und arbeitet als Verwaltungsangestellte. Sie kommt zur Entfernung eines Basalioms am Auge in die plastische Chirurgie. Die Entfernung sei ihr von ärztlicher Seite nahe gelegt worden. Frau Meyer kommt im Interview zu dem Schluss, dass sie das Basaliom auch ohne ärztliche Empfehlung hätte entfernen lassen wollen, auch wenn es sie nicht sehr störe. Mit dem Ergebnis des Eingriffs zeigt sie sich zufrieden, man sehe nichts mehr. Auch von chirurgischer Seite wird der Eingriff als gelungen bewertet.

Herr Huber (Ende fünfzig), Entfernung eines Basalzellkarzinoms an der Nase (rekonstruktiv)

prä- und postoperatives Interview

Herr Huber ist verheiratet und kinderlos. Er arbeitet als Ingenieur an einer Universität. Er betont, dass der plastisch-chirurgische Eingriff auf ärztlichen Rat statfinde, in seinem Alter sei Äußerliches nicht mehr wichtig. Er habe nur Sorge, dass seine Nase durch die Wucherung ganz verschwinden könne. Mit dem Behandlungsverlauf und dem Ergebnis des Eingriffs zeigt er sich unzufrieden, verweist jedoch auch hier wieder auf die Nebensächlichkeit des Äußeren.

Yvonne (Ende zwanzig), kosmetische Nasenkorrektur und Eingriff zur Verbesserung der Respiration (kosmetisch + funktional)

prä- und postoperatives Interview

Yvonne lebt in fester Partnerschaft und hat keine Kinder. Sie arbeitet im Gesundheitswesen. Sie will sich an der Nase operieren lassen, um besser Luft zu bekommen und gleichzeitig ihre Nase verkleinern und begradigen lassen. Es ist ihr erster kosmetischer Eingriff. Im Interview betont sie wiederholt, dass es ihr hauptsächlich um die Verbesserung der Funktionalität der Nase gehe, der kosmetische Eingriff sei quasi Beigabe. Gleichzeitig zeigt sie sich durch das Aussehen ihrer Nase psychisch und sozial stark belastet. Den kosmetischen Eingriff stellt sie als notwendigen Schritt dar, um negativen Reaktionen auf ihre Nase und ihren eigenen negativen Gefühlen in Bezug auf die Nase zu entgehen. Das Ergebnis des Eingriffs bewertet sie insgesamt als positiv, wobei ein Rest „Höcker“ geblieben sei. Sie erwägt eine Nachkorrektur. Von chirurgischer Seite wird das Ergebnis als gelungen bewertet.

Frau Müller (Mitte dreißig), kosmetische und funktionale Nachkorrektur nach mehrfachen Korrekturen einer Lippen-Kiefer-Gaumen Spalte (kosmetisch + funktional)

nur präoperatives Interview

Frau Müller ist verheiratet und hat einen Sohn. Sie arbeitet selbständig in der Kosmetikbranche. Sie kommt wegen einer Nachoperation an ihrer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Sie hatte deshalb seit der Kindheit viele funktionelle und ästhetische Operationen. Es gab verschiedene Komplikationen, der erwünschte Erfolg war bis zum Zeitpunkt des Interviews ausgeblieben – im Gegenteil sei es eigentlich immer schlimmer geworden. Bei Frau Müller besteht eine funktionale Beeinträchtigung, ihr fällt die Atmung durch die Nase sehr schwer. Ihre Sprache erscheint "nasal" und verwaschen. Im Interview macht sie deutlich, dass sie durch die angeborene Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte ihr Leben lang schwer beeinträchtigt gewesen sei. Sie schildert eine lange Leidensgeschichte, sowohl biografisch als auch medizinisch. Sie beschreibt sich als lebenslanges Opfer von Spott und Hohn, zeigt sich psychisch schwer belastet und sieht sich in vielen Lebensbereichen eingeschränkt. Sie hofft auf eine Kostenübernahme einer Nachkorrektur durch die Krankenkasse. Bis zum Ende der Datenerhebung war die Kostenübernahme noch nicht gewährt, es hatte noch kein Eingriff stattgefunden.

Frau Schneider (Anfang dreißig), Entfernung eines Muttermals an der Lippe (kosmetisch)

nur präoperatives Interview

Frau Schneider arbeitet als MTA und lebt in fester Partnerschaft. Sie will sich ein Muttermal an der Lippe entfernen lassen, auf das sie immer wieder angesprochen werde. Den Eingriff sehe sie nicht als große Sache. Für ein postoperatives Interview ist sie nicht mehr erreichbar.

Herr Kunert (Mitte fünfzig), Face-Neck-Lifting (kosmetisch)

nur präoperatives Interview

Herr Kunert arbeitet in einem größeren Unternehmen in leitender Funktion. Er ist verheiratet und hat drei Töchter. Er möchte ein Face-Neck-Lifting im unteren Teil seines Gesichts vornehmen lassen. Vor 20 Jahren habe er im Unispital schon seine Nase korrigieren lassen und sei mit dem Ergebnis sehr zufrieden gewesen – es sei wie eine Wiedergeburt gewesen. Jetzt erwäge er einen Eingriff, da er das Gefühl habe, durch seine Alterung zunehmend sozial zu verschwinden – er werde von der Umwelt nicht mehr wahrgenommen. Dies wolle er durch den Eingriff verändern. Ein postoperatives Interview lehnt er ab.

Sandra (Mitte zwanzig), kosmetische Nasenkorrektur und Eingriff zur Verbesserung der Respiration (kosmetisch + funktional)

prä- und postoperatives Interview

Sandra lebt in fester Partnerschaft und macht die Berufsmatura. Sie möchte ihre Nase begradigen und verkleinern lassen. Außerdem hofft sie auf eine Verbesserung der Respiration, wobei sie dies als nebensächlich darstellt. Im Interview macht sie deutlich, dass sie das Gefühl hat, ihre Nase überschatte ihre Schönheit und beschäme sie. Sie habe den Eindruck, über viel mehr Potential zu verfügen, wenn die Nase weg sei. Den Eingriff muss sie selbst zahlen, ihre Eltern hätten ihr dafür Geld geliehen, auch wenn sie sehr skeptisch seien. Nach dem Eingriff zeigt sie sich sehr zufrieden, allerdings habe es eine Weile gedauert, bis es gut ausgesehen habe. Im ersten Moment sei sie bei ihrem Anblick erschrocken. Auch aus chirurgischer Sicht wird das Ergebnis als gelungen bewertet.

Frau Tran (Anfang zwanzig), Nasen- und Augenlidkorrektur (kosmetisch)

prä- und postoperatives Interview

Frau Tran ist alleinstehend und arbeitet als Hotelfachfrau. Sie kommt aus einem asiatischen Land, sie hat keine Vorerfahrungen mit kosmetischer Chirurgie. Sie möchte ihre Nase begradigen und die Augenlider anheben lassen, als Vorbild nennt sie Miss Korea. Den Eingriff sieht sie in Zusammenhang mit einer neuen Lebensphase, in der sie mache, worauf sie Lust habe. Sie sei mit ihrem Aussehen sehr zufrieden, sehe aber Verbesserungsmöglichkeiten. Nach dem Eingriff zeigt sie sich ambivalent – das Ergebnis sei zwar wirkungsvoll, sie habe den Eindruck, sehr positiv aufzufallen. Sie sei jedoch nicht ganz zufrieden, da ein kleiner Höcker auf dem Nasenrücken entstanden sei. Sie frage sich, ob sich Kosten und Mühen des – selbstgezahlten – Eingriffs wirklich gelohnt hätten. Von chirurgischer Seite wird der Eingriff als zufriedenstellend bewertet.

Herr Keller (Anfang sechzig), Entfernung eines Rhinophyms (kosmetisch)

prä- und postoperatives Interview

Herr Keller ist verheiratet und hat einen Sohn, er arbeitet als Verkäufer. Er möchte seine Nase „abschälen“ lassen, da sich ein knotiges Rhinophym ausgebreitet habe. Er leide darunter schon seit seiner Jugend, ein Eingriff in der Vergangenheit habe etwas Besserung geschafft. Nun habe seine Frau ihm angeraten, es erneut zu versuchen. Herr

Keller beschreibt sich als in sozialen Situationen durch das Rhinophym gehemmt, er leide jedoch nicht übermäßig darunter. Der Eingriff wird von der Krankenkasse bezahlt. Nach dem Eingriff zeigt er sich sehr zufrieden, er müsse sich allerdings immer wieder selbst daran erinnern, dass er jetzt anders aussehe. Auch seine Frau sei zufrieden. Von chirurgischer Seite wird das Ergebnis als gelungen bewertet.

Anhang C: Allgemeiner Intervieweinstieg und Fragen zur Steuerung und Aufrechterhaltung

Vielleicht können Sie mal erzählen, wie es dazu gekommen ist, dass Sie sich hier im Spital vorgestellt haben. Sie können gerne alles erzählen, was damit zusammenhängt. Mich interessiert nicht nur, welche körperlichen Ursachen dazu geführt haben, sondern auch Ihre ganze Lebenssituation, in der das alles stattgefunden hat.

- *Aufrechterhaltung*
 - Wie war das für Sie?
 - Können Sie das noch näher/ausführlicher beschreiben?
 - Wie ging das dann weiter?
- *Steuerung*
 - Können Sie ein Beispiel für ... nennen?
 - Vielleicht könnten Sie über ... noch etwas genauer erzählen?
 - Darf ich Sie nach dieser Zeit, in der Sie ..., fragen?
 - Wie war das für Sie?
- **Zurückspiegeln, Paraphrase, Angebot von Deutungen**

Anhang D: Leitfäden für die präoperativen Interviews, getrennt in Themenschwerpunkte

D1: Prä-Leitfaden kosmetischer Eingriff

Als Kind fängt man irgendwann an, sein eigenes Äußeres, sein Gesicht wahrzunehmen, es bewusst zu betrachten und vielleicht auch zu bewerten. Können Sie sich noch daran erinnern, wie das bei Ihnen war und wie sich das entwickelt hat? Haben Sie da bestimmte Erfahrungen gemacht, die Ihnen noch in Erinnerung sind? Sie können einfach bei Ihren frühesten Erinnerungen anfangen und sich gerne Zeit lassen.

- o Vielleicht erinnern Sie sich an Situationen, in denen Sie sich früher/als Kind/in der Vergangenheit selbst im Spiegel betrachtet haben oder sich auf Fotos oder Videoaufnahmen sehen konnten. Fallen Ihnen dazu Erfahrungen ein?
- o Manchmal sind es Reaktionen und Aussagen anderer, die einen auf das eigene Aussehen aufmerksam machen. Gibt es da Erfahrungen, die Sie gemacht haben?

Können Sie sich erinnern ob und wie sich dahingehend in Ihrer Jugendzeit etwas verändert hat? In der Pubertät verändert sich ja auch körperlich vieles, haben Sie da (neue) Erfahrungen mit der Wahrnehmung Ihres Aussehens, Ihres Gesichts gemacht?

Unterstützend

- o Viele Frauen beginnen in der Jugend/Pubertät sich beispielsweise zu schminken, die Haare zu frisieren, sich tätowieren oder piercen zu lassen. Sie widmen plötzlich ihrem Äußeren insgesamt viel mehr Aufmerksamkeit und Zeit. Können Sie sich erinnern, wie das bei Ihnen war?
- o Viele Männer beginnen in der Jugend/Pubertät sich beispielsweise einen Bart wachsen zu lassen, die Haare zu frisieren, sich tätowieren oder piercen zu lassen. Sie widmen plötzlich ihrem Äußeren insgesamt viel mehr Aufmerksamkeit und Zeit. Können Sie sich erinnern, wie das bei Ihnen war?
- o Vielleicht erinnern Sie sich daran, wie es damals für Sie war, sich selbst im Spiegel zu betrachten oder sich auf Fotos oder Videoaufnahmen zu sehen?
- o Gab es da Reaktionen oder Äußerungen von anderen, beispielsweise in der Schule, von Freunden oder von den Eltern, an die Sie sich erinnern können? Hat sich da in den Reaktionen anderer bezüglich Ihres Äußeren etwas verändert?
- o Können Sie sich daran erinnern schon damals den Wunsch gehabt zu haben, ihr Aussehen zu verändern? Wie war das für Sie?
- o Gab es für Sie damals Vorbilder im Hinblick auf Ihr Äußeres, mit denen Sie sich verglichen haben? Können Sie sich erinnern, wie das für Sie war?
- o Können Sie sich an positive Erfahrungen mit Ihrem Aussehen, ihrem Gesicht erinnern? Gab es Momente, in denen Sie besonders zufrieden waren oder sich sogar schön fanden? Gab es vielleicht positive Äußerungen anderer, an die sie sich erinnern können?

Wie ging es dann weiter? Wie waren Ihre Erfahrungen in den letzten Jahren?

- o Wie ist das jetzt für Sie, wenn Sie über Ihr Aussehen nachdenken? Woran denken Sie, wenn sie über Ihr Gesicht nachdenken? Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an Ihr Gesicht denken?
- o Können Sie sich an Momente oder Situationen erinnern, in denen Ihr Aussehen eine besonders große Rolle für Sie gespielt hat?
- o Wenn Sie an die Menschen in Ihrer Umgebung denken, welche Erfahrung machen Sie da? Erinnern Sie sich an Situationen, in denen Ihr Aussehen im Umgang mit anderen eine wichtige Rolle gespielt hat?
- o Wie sind Sie in den letzten Jahren damit umgegangen, wenn Sie unzufrieden mit Ihrem Aussehen waren? Können Sie sich erinnern, was Sie dann gemacht haben?
- o Es gibt ja die Möglichkeit, sein Aussehen durch Frisuren, Diäten, Kosmetik ö.Ä. zu verändern. Haben Sie damit auch Erfahrungen gemacht?

Was meinen Sie, können andere Menschen aus Ihrem Gesicht ablesen?

- o Es gibt ja die Vorstellung, dass das Gesicht der Spiegel der Seele sei. Habe Sie diese Erfahrung auch gemacht?
- o Würden Sie sagen, dass das bei Ihnen selbst zutrifft?
- o Was meinen Sie kann man sonst noch über Sie erfahren, wenn man Sie ansieht?
- o Haben Sie den Eindruck, Sie können durch Ihr Aussehen kontrollieren, was andere über Sie denken?
- o evtl: Haben Sie eine Vorstellung davon, was andere Menschen denken, wenn sie Sie ansehen?

Wie ist das denn für Sie, wenn Sie andere Menschen sehen? Worauf achten Sie bei denen?

- o Welche äußerlichen Merkmale fallen Ihnen bei anderen besonders auf?
- o Achten Sie eher auf das Gesicht oder die gesamte Erscheinung? Was ist Ihnen da wichtig, worauf achten Sie da? Was fällt Ihnen da auf?
- o Würden Sie sagen, dass Sie bei anderen genau so sehr auf das Aussehen achten wie bei sich selbst?
- o Was meinen Sie, kann Ihnen das Gesicht von anderen sagen? Können Sie am Gesicht eines Gegenübers bestimmte Dinge ablesen?
- o Können Sie am Gesicht von anderen erkennen, um für einen Menschen es sich handelt?

Wenn Sie mal zurückdenken, irgendwann kam es dann ja zu dem Wunsch, eine gesichtsverändernde Operation vornehmen zu lassen. Wann ist Ihnen klar geworden, dass Sie Ihr Aussehen chirurgisch verändern möchten? Können Sie sich da an bestimmte Erfahrungen oder einen bestimmten Zeitpunkt erinnern? Wie war das?

- o Können Sie sich erinnern, wie sie von der Möglichkeit solcher Operationen erfahren haben? Gab es Berichte in Zeitschriften oder im Fernsehen, die sie darauf aufmerksam gemacht haben? Gab es vielleicht einen Zeitpunkt oder eine Erfahrung, ab der Sie diese Möglichkeit für sich selbst in Betracht gezogen haben?

- o Können Sie sich an bestimmte Situationen erinnern, in denen sie besonders stark den Wunsch verspürt haben, ihr Gesicht/ihre Nase/was auch immer zu verändern? Was waren das für Erlebnisse?
- o Gab es vielleicht Reaktionen oder Aussagen anderer, die für Sie einen Einfluss auf Ihren Wunsch nach einer Operation hatten oder sogar Auslöser dafür waren? Können Sie sich da an etwas erinnern?
- o Haben Sie anderen Menschen in Ihrem Umfeld von Ihrer Entscheidung, sich operieren zu lassen, erzählt? Was sagen die denn dazu, wie reagieren die darauf?
- o Gab es Menschen, die sie bei diesem Wunsch oder dieser Idee unterstützt haben? Wie haben die das gemacht?
- o Gibt oder gab es in Ihrem Umfeld Menschen, die sich ebenfalls einer Schönheitschirurgischen Operation unterzogen haben?
- o Wie war das bei denen?
- o Hatte das einen Einfluss auf Ihre Entscheidung?
- o Manche Menschen erzählen, dass sie im Hinblick auf ihr Aussehen Vorbilder haben, beispielsweise SchauspielerInnen oder Menschen aus Fernsehshows. Gibt oder gab es so etwas bei Ihnen auch? Hat Sie das in Ihrem Wunsch nach einer Operation beeinflusst?

evtl. Frage nach den subjektiven Grenzen einer Indikation (Könnten Sie sich vorstellen, dass Sie jemandem sagen würden, er solle sich nicht operieren lassen? Wann könnte das der Fall sein? Warum?)

Gab es für Sie einen Punkt, an dem Sie sich wirklich konkret entschlossen haben, eine gesichts chirurgische OP vornehmen zu lassen und im Spital vorstellig zu werden? Gab es da eine bestimmte Erfahrung, die von dem Wunsch oder der Idee wirklich zur Tat geführt hat?

- o Gab es etwas, das für Sie bei diesem Schritt hilfreich war oder Sie in Ihrer Entscheidung bestärkt hat? Wobei oder inwiefern war das für Sie hilfreich?
- o Nachdem Sie beschlossen hatten, sich operieren zu lassen, wo und wie haben Sie sich dann über die Möglichkeiten informiert? Können Sie erzählen, wie sie da vorgegangen sind? Wie war das für Sie?
- o Würden Sie sagen, dass die Entscheidung für eine Operation für Sie eher eine leichte Entscheidung war, oder ist Sie Ihnen eher schwer gefallen? Würden Sie jetzt sagen, dass es ein langer Prozess war, zu dieser Entscheidung zu kommen oder war Ihnen sehr schnell klar, dass sie eine Operation wollen? Wie war das bei Ihnen?

Stellen Sie sich einmal vor, die OP läge schon hinter Ihnen. Was ist Ihre Phantasie, was stellen Sie sich vor wird dann für Sie anders sein?

- o Was glauben Sie, wird sich dadurch bei Ihnen oder in Ihrem Leben verändern? Welchen Einfluss glauben Sie, wird die Veränderung auf Ihr Leben haben? Können Sie sich Situationen vorstellen, an denen Sie diese Veränderungen bemerken werden?

- o Welche Erwartungen haben Sie selbst bezüglich Ihres veränderten Aussehens nach der OP?
- o Wie glauben Sie, wird Ihr Umfeld auf die Veränderungen reagieren?
- o Was wird im schlimmsten Fall passieren? Können Sie sich da bestimmte Situationen vorstellen?
- o Was wird im besten Fall passieren? Können Sie sich da bestimmte Situationen vorstellen?

D2: Prä- Leitfaden rekonstruktiver Eingriff

Sie sind PatientIn in der Chirurgie, weil Sie eine Operation im Gesicht vor sich haben. Ihr Gesicht hat sich durch einen Unfall plötzlich verändert/ist durch einen Tumor o.Ä. verändert/wird sich möglicherweise verändern. Wie geht es Ihnen damit?

- o Wie ist das für Sie, dass Ihr Aussehen sich verändert hat (Unfall) oder möglicherweise verändern wird (Tumor)?
- o Haben Sie bestimmte Erwartungen oder Befürchtungen (bezüglich des Tumors oder der Operation) im Hinblick auf Ihr Gesicht?
- o evtl: Wie ist es jetzt für Sie, wenn Sie in den Spiegel sehen? Was geht Ihnen da durch den Kopf?

Würden Sie mir erzählen, wie es zu der Veränderung in Ihrem Gesicht kam? Was ist geschehen und wie haben Sie das erlebt?

- o Wie haben Sie davon erfahren, dass Sie einen Tumor/was auch immer haben? Wie war das für Sie?
- o Was stand für Sie nach der Diagnose im Vordergrund? Können Sie sich erinnern, was Ihre ersten Gedanken und Vorstellungen waren? Wie war das für Sie?
- o Gab es einen Zeitpunkt, zu dem (auch) die Vorstellung, dass Ihr Gesicht sich verändern wird, für Sie bedeutsam wurde? Hat das für Sie eine Rolle gespielt? Was haben Sie da erlebt?
- o Wie hat sich Ihr Gesicht durch den Tumor schon verändert? Was ist für Sie dabei am gravierendsten?
- o Wird sich Ihr Gesicht noch weiter verändern? Wie ist das für Sie, die Vorstellung, dass die Veränderungen vielleicht noch stärker werden?

Wie war das, der Moment, als Ihnen klar wurde, dass Ihr Aussehen sich verändert hat oder verändern wird? Können Sie sich daran erinnern, wie Sie das erfahren haben oder wie Ihnen das bewusst wurde? Vielleicht gab es da eine bestimmte Situation oder Erfahrung, die Sie gemacht haben.

- o Wie war das zu Anfang?
- o Können Sie sich daran erinnern, wie es war, als Sie im Spiegel die ersten Veränderungen durch den Tumor in Ihrem Gesicht wahrgenommen haben?
- o Können Sie sich erinnern, was Ihnen da durch den Kopf ging?
- o Haben Sie in der Zeit seit dem Unfall/der Sichtbarwerdung des Tumors Situationen erlebt, in denen Ihnen besonders bewusst wurde, dass Ihr Aussehen sich verändert hat? Welche Erfahrungen haben Sie da gemacht?
- o Wie haben andere Menschen auf die Veränderungen in Ihrem Gesicht reagiert? Können Sie sich da an bestimmte Erfahrungen erinnern?
- o Beispielsweise Reaktionen von Ärzten, Ihrer Familie, anderen Patienten, Freunden...

Gab es einen bestimmten Zeitpunkt, ab dem Ihnen klar wurde, dass Sie sich operieren/ihr Gesicht wiederherstellen lassen würden? Können Sie mir erzählen, wie es dazu kam?

- o War für Sie gleich klar, dass Sie sich operieren lassen würden, oder gab es einen Auslöser, eine Situation, die zu der Entscheidung geführt hat? Würden Sie sagen, dass die Entscheidung für eine Operation für Sie eher eine leichte Entscheidung war, oder ist Sie Ihnen eher schwer gefallen?
- o Gab es vielleicht Reaktionen oder Aussagen anderer, die für Sie einen Einfluss auf Ihren Wunsch nach einer Operation hatten oder sogar Auslöser dafür waren? Können Sie sich da an etwas erinnern?
- o Können Sie sich erinnern, wie sie von der Möglichkeit einer solchen Operation erfahren haben? Wo und wie haben Sie sich dann über die Möglichkeiten informiert? Können Sie erzählen, wie das für Sie war?
- o Gab es etwas, das für Sie bei dieser Entscheidung hilfreich war oder Sie in Ihrer Entscheidung bestärkt hat? Wobei oder inwiefern war das für Sie hilfreich?
- o Gab es Menschen, die sie bei diesem Wunsch oder dieser Idee unterstützt haben? Wie haben die das gemacht?
- o Haben Sie anderen Menschen in Ihrem Umfeld von Ihrer Entscheidung, sich operieren zu lassen, erzählt? Was sagen die denn dazu, wie reagieren die darauf?

Können Sie sich vorstellen, wie es wäre, wenn Sie sich nicht operieren lassen würden? Was wäre dann? Können Sie sich das vorstellen?

- o Können Sie sich Situationen vorstellen, in denen Sie das besonders bemerken würden/in denen sich das besonders auswirken würde?
- o Was würden Sie dann am meisten befürchten? Haben Sie da eine Idee?
- o Anders herum gefragt: Was erhoffen Sie sich durch die Operation am meisten?

Ich würde auch gerne noch etwas über die Zeit vor der Veränderung erfahren. Mich würde interessieren, wie Sie sich selbst, Ihr Äußeres wahrgenommen und betrachtet haben. Vielleicht können Sie mal überlegen, was so Ihre frühesten Erinnerungen sind. Als Kind fängt man ja irgendwann an, sein eigenes Äußeres, sein Gesicht wahrzunehmen, es bewusst zu betrachten und vielleicht auch zu bewerten. Können Sie sich noch daran erinnern, wie das bei Ihnen war und wie sich das entwickelt hat? Haben Sie da bestimmte Erfahrungen gemacht, die Ihnen noch in Erinnerung sind?

- o Vielleicht erinnern Sie sich an Situationen, in denen Sie sich früher/als Kind/in der Vergangenheit selbst im Spiegel betrachtet haben oder sich auf Fotos oder Videoaufnahmen sehen konnten. Fallen Ihnen dazu Erfahrungen ein?
- o Manchmal sind es Reaktionen und Aussagen anderer, die einen auf das eigene Aussehen aufmerksam machen. Gibt es da Erfahrungen, die Sie gemacht haben?

Können Sie sich erinnern ob und wie sich dahingehend in Ihrer Jugendzeit etwas verändert hat? In der Pubertät verändert sich ja auch körperlich vieles, haben Sie da (neue) Erfahrungen mit der Wahrnehmung Ihres Aussehens, Ihres Gesichts gemacht?

- o Viele Frauen beginnen in der Jugend/Pubertät sich beispielsweise zu schminken, die Haare zu frisieren, sich tätowieren oder piercen zu lassen. Sie widmen plötzlich ihrem Äußeren insgesamt viel mehr Aufmerksamkeit und Zeit. Können Sie sich erinnern wie das bei Ihnen war?
- o Viele Männer beginnen in der Jugend/Pubertät sich beispielsweise einen Bart wachsen zu lassen, die Haare zu frisieren, sich tätowieren oder piercen zu lassen.

Sie widmen plötzlich ihrem Äußeren insgesamt viel mehr Aufmerksamkeit und Zeit. Können Sie sich erinnern wie das bei Ihnen war?

- o Vielleicht erinnern Sie sich daran, wie es damals für Sie war, sich selbst im Spiegel zu betrachten oder sich auf Fotos oder Videoaufnahmen zu sehen?
- o Gab es da Reaktionen oder Äußerungen von anderen, beispielsweise in der Schule, von Freunden oder von den Eltern, an die Sie sich erinnern können? Hat sich da in den Reaktionen anderer bezüglich Ihres Äußeren etwas verändert?
- o Können Sie sich daran erinnern, damals den Wunsch gehabt zu haben, ihr Aussehen zu verändern? Wie war das für Sie?
- o Gab es für Sie damals Vorbilder im Hinblick auf Ihr Äußeres, mit denen Sie sich verglichen haben? Können Sie sich erinnern, wie das für Sie war?
- o Können Sie sich an positive Erfahrungen mit Ihrem Aussehen, ihrem Gesicht erinnern? Gab es Momente, in denen Sie besonders zufrieden waren oder sich schön fanden? Gab es vielleicht positive Äußerungen anderer, an die sie sich erinnern können?

Wie ging es dann weiter? Wie waren Ihre Erfahrungen in den letzten Jahren?

- o Können Sie sich an Momente oder Situationen erinnern, in denen Ihr Aussehen in Ihrem Leben eine besonders große Rolle für Sie gespielt hat?
- o Wenn Sie an die Menschen in Ihrer Umgebung denken, welche Erfahrung haben Sie da gemacht? Erinnern Sie sich an Situationen, in denen Ihr Aussehen im Umgang mit anderen eine wichtige Rolle gespielt hat?
- o Wie sind Sie in den letzten Jahren damit umgegangen, wenn Sie unzufrieden mit Ihrem Aussehen waren? Können Sie sich erinnern, was Sie dann gemacht haben?
- o Es gibt ja die Möglichkeit, sein Aussehen durch Frisuren, Diäten, Kosmetik ö.Ä. zu verändern. Haben Sie damit auch Erfahrungen gemacht?

Was meinen Sie, können andere Menschen aus Ihrem Gesicht ablesen? Haben Sie eine Vorstellung davon, was andere Menschen denken, wenn sie Sie ansehen?

- o Es gibt ja die Vorstellung, dass das Gesicht der Spiegel der Seele sei. Was halten Sie davon?
- o Würden Sie sagen, dass das bei Ihnen zutrifft?
- o Was meinen Sie, kann man sonst noch über Sie erfahren, wenn man Sie ansieht?
- o Haben Sie den Eindruck, Sie können durch Ihr Aussehen kontrollieren, was andere über Sie denken?

Wie ist das denn für Sie, wenn Sie andere Menschen sehen? Worauf achten Sie bei denen?

- o Welche äußerlichen Merkmale fallen Ihnen bei anderen besonders auf?
- o Achten Sie eher auf das Gesicht oder die gesamte Erscheinung? Was ist Ihnen da wichtig, worauf achten Sie da? Was fällt Ihnen da auf?
- o Würden Sie sagen, dass Sie bei anderen genau so sehr auf das Aussehen achten wie bei sich selbst?
- o Was meinen Sie, kann Ihnen das Gesicht von anderen sagen? Können Sie am Gesicht eines Gegenübers bestimmte Dinge ablesen?

- Können Sie am Gesicht von anderen erkennen, um was für einen Menschen es sich handelt?

Was erhoffen Sie sich von der OP? Welche Erwartungen haben Sie bezüglich Ihres Aussehens nach der OP?

Anhang E: Leitfaden für die postoperativen Interviews

1. Allgemeiner Teil

- o Gab es nach unserem letzten Interview noch etwas, das Sie daraus beschäftigt hat?
- o Haben sich für Sie noch Fragen ergeben?
- o Vielleicht können Sie erst einmal erzählen, wie es Ihnen seit unserem Interview mit dieser Sache (wenn möglich benennen) ergangen ist.
- o Wie geht es Ihnen jetzt, nach der OP?
- o Vielleicht können Sie mal erzählen, wie das so war seit der OP, was Sie für Erfahrungen gemacht haben und wie alles für Sie verlaufen ist.

Unterstützend

- o Erzählen Sie doch mal: Wie war es, als Sie sich nach der OP das erste Mal im Spiegel betrachtet haben?
- o Was ist Ihnen am meisten aufgefallen?
- o Sind Sie selbst zufrieden mit dem Ergebnis?
- o Woran merken Sie das am meisten?
- o Haben Sie sich seitdem selbst auf Fotos gesehen? Können Sie erzählen, wie das war?
- o Wie haben die Menschen in Ihrem Umfeld auf die Veränderung reagiert?
- o Hat es jemand von sich aus bemerkt?/Hat Sie jemand darauf angesprochen? Wie war das?
- o evtl.: Manche Menschen erzählen, dass ihnen nach einer solchen OP regelrecht etwas in ihrem Gesicht gefehlt hat. Haben Sie so eine Erfahrung auch gemacht?

Möglicherweise folgen Erzählungen von mehreren weiteren OPs, die noch nötig waren:

- o Wie war das für Sie, dass es nach der ersten OP noch nicht erledigt war?
- o Wie haben Sie das erfahren?
- o Was hat Sie dabei am meisten beschäftigt?
- o Wie haben Sie die Zeit zwischen den OPs erlebt?
- o Was haben Sie da gemacht?
- o Konnten Sie sich mit irgendjemandem beraten?

An welchen Stellen hat sich für Sie durch die OP (und die damit verbundene Veränderung) in Ihrem Leben am ehesten etwas verändert?

Unterstützend

- o Woran merken Sie das am meisten?
- o Gibt es bestimmte Situationen, in denen Sie selbst die Veränderung in Ihrem Gesicht bemerken?
- o Wie ist es jetzt für Sie, wenn Sie mit anderen Menschen zusammen sind.
- o Ist Ihnen dann die Veränderung bewusst?

- o Hat das Erlebnis selbst für Sie etwas verändert?
- o Wie haben Sie den Verlauf von unserem letzten Interview bis zur Operation noch erlebt?
- o Sind Ihnen zwischendurch auch einmal Zweifel an Ihrer Entscheidung gekommen?
- o Gab es jemanden, mit dem Sie sich beraten haben/der Sie besonders unterstützt hat?
- o Gab es besondere Schwierigkeiten, die noch überwunden werden mussten?
- o beispielsweise mit der Krankenkasse, Krankschreibung etc.

Bei denen, die mit ihrer Entscheidung noch unentschlossen waren:

- o Wie ist es dazu gekommen, dass Sie die Entscheidung für/gegen die Operation getroffen haben?
- o Gab es dabei jemanden, mit dem Sie sich beraten haben/der Sie besonders unterstützt hat?
- o Gab es so etwas wie einen Auslöser für die Entscheidung?
- o Wenn Sie noch schwanken, was spricht für Sie dafür, was dagegen, sich operieren zu lassen?

2. Spezieller/persönlicher Teil

Ist vor den Interviews jeweils personenspezifisch vorzubereiten!

Auf spezifische Aspekte aus dem prä-Interview eingehen:

- o evtl. Im ersten Interview angesprochene Punkte vertiefen/weiter explorieren
- o Wie haben sich bestimmte (im letzten Interview benannte) Dinge durch die OP verändert?
- o Was ist mit den spezifischen Wünschen/Vorstellungen von vor der OP passiert?

Haben sich bei der Auswertung noch Fragen zu einzelnen Punkten ergeben, die wichtig wären zu klären?

Wenn Sie jetzt zurückblicken, was würde Sie sagen, war für Sie in dieser ganzen Geschichte das wichtigste?

Gibt es etwas, das Sie gerne anderen Menschen vor einem Eingriff mitteilen würden?

Anhang F: Verwendete GAT 2-Transkriptionskonventionen (nach Selting et al., 2009)

Sequenzielle Struktur/Verlaufsstruktur

[]	Überlappungen und Simultansprechen
[]	
=	schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Sprecherbeiträge

Ein- und Ausatmen

°h / h°	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.2-0.5 Sek. Dauer
°hh / hh°	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.5-0.8 Sek. Dauer
°hhh / hhh°	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.8-1.0 Sek. Dauer

Pausen

(.)	Mikropause, geschätzt, bis ca. 0.2 Sek. Dauer
(-)	kurze geschätzte Pause von ca. 0.2-0.5 Sek. Dauer
(--)	mittlere geschätzte Pause v. ca. 0.5-0.8 Sek. Dauer
(---)	längere geschätzte Pause von ca. 0.8-1.0 Sek. Dauer
(0.5)	gemessene Pausen von ca. 0.5 bzw. 2.0 Sek. Dauer
(2.0)	(Angabe mit einer Stelle hinter dem Punkt)

Sonstige segmentale Konventionen

und_äh	Verschleifungen innerhalb von Einheiten
äh öhäm	Verzögerungssignale, sog. "gefüllte Pausen"
:	Dehnung, Längung, um ca. 0.2-0.5 Sek.
::	Dehnung, Längung, um ca. 0.5-0.8 Sek.
:::	Dehnung, Längung, um ca. 0.8-1.0 Sek.

Lachen und Weinen

haha hehe hihi	silbisches Lachen
((lacht))((weint))	Beschreibung des Lachens
<<lachend> >	Lachpartikeln in der Rede, mit Reichweite

Rezeptionssignale

hm ja nein nee	einsilbige Signale
hm_hm ja_a	zweisilbige Signale
nei_ein nee_e	

Akzentuierung

akZENT	Fokusakzent
akzEnt	Nebenakzent
ak!ZENT!	extra starker Akzent

Tonhöhenbewegung am Ende von Intonationsphrasen

?	hoch steigend
,	mittel steigend
–	gleichbleibend
;	mittel fallend
.	tief fallend

Lautstärke- und Sprechgeschwindigkeitsveränderungen, mit Extension

<<f> >	forte, laut
<<ff> >	fortissimo, sehr laut
<<p> >	piano, leise
<<pp> >	pianissimo, sehr leise
<<all> >	allegro, schnell
<<len> >	lento, langsam
<<cresc> >	crescendo, lauter werdend
<<dim> >	diminuendo, leiser werdend
<<acc> >	accelerando, schneller werdend
<<rall> >	rallentando, langsamer werdend

Sonstige Konventionen

((hustet))	para- und außersprachliche Handlungen u. Ereignisse
<<hustend> >	sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse mit Reichweite
(xxx), (xxx xxx)	ein bzw. zwei unverständliche Silben
(solche)	vermuteter Wortlaut
((...))	Auslassung im Transkript
<<erstaunt> >	interpretierende Kommentare mit Reichweite
<<flüsternd> >	Beispiel für Veränderung der Stimmqualität, wie angegeben

Unser Gesicht zeigt, wer wir sind. Welche Bedeutung haben (gewollte und ungewollte) Veränderungen des Gesichts für unsere Identität? Wie wird sprachlich über sie verhandelt? Die moderne plastische Chirurgie bietet zunehmend niederschwellige Möglichkeiten, unseren Körper zu gestalten. In der Dissertation wird davon ausgegangen, dass solche Eingriffe als Mittel verstanden werden können, soziale und identitätsstiftende Prozesse zu beeinflussen. Gleichzeitig müssen medizinische Eingriffe, die nicht rein kurativ sind, sprachlich plausibilisiert und interaktionell gerechtfertigt werden. Bei der ästhetisch-chirurgischen Veränderung des Gesichts geht es danach um mehr als „Äußerlichkeiten“, die rein chirurgische Beurteilung von Indikation, Prognose und Ergebnis greift zu kurz.

Für die vorliegende Arbeit wurden gesichtschirurgische Patientinnen und Patienten in Forschungsinterviews vor und nach der Operation zu Zielen, Beweggründen, biografischen Zusammenhängen und Erleben befragt. Das daraus entwickelte methodische Modell kann für weitere Forschungsarbeiten genutzt werden. Die vorgelegte Typisierung von verschiedenen Patientengruppen anhand der sprachlichen Identitätsdarstellungen und –herstellungen erlaubt, die Indikationsstellung und die Versorgungspraxis zu verbessern. Gleichzeitig eröffnet sie die Frage nach einer gültigen Definition von „Krankheit“ und „Gesundheit“ im Kontext einer zunehmenden medizinischen Machbarkeit.

Lisa Schäfer-Fauth ist Diplom-Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie des Psychologischen Instituts der Universität Freiburg und psychotherapeutisch tätig an der Universitätsklinik Freiburg. Bis 2015 war sie Stipendiatin des Promotionskollegs Empirische Linguistik an der Hermann Paul School of Linguistics Basel/Freiburg. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind der Zusammenhang von Körper und Psyche, sprachliche Identitätsverhandlungen und narrative Krankheitsbewältigung. Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen eines interdisziplinären schweizerisch-deutschen Forschungsprojekts zum Thema „Gesicht, Identität und Sprache“.

ISBN 978-3-928969-65-9



9 783928 969659

UNI
FREIBURG