



---

# **Die Rolle der Einstellung von Frauen zu Körper und Körperbilder auf den Entscheidungsprozess hinsichtlich einer ästhetischen Intimchirurgie**

---

Eine biografische Perspektive



## **1. Gutachter**

Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voss

## **2. Gutachterin**

Dr. Stefanie Gonin-Spahni

2. AUGUST 2024

Trime Misini

████████████████████  
██████████  
Matrikelnummer: 28189

## **Abstract**

Die ästhetische Intimchirurgie hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen und stellt ein wichtiges Thema in der medizinischen und gesellschaftlichen Diskussion dar. Diese Arbeit untersucht individuelle Entscheidungsprozesse aufgrund von biografischen Hintergründe der Frauen. Sie ermöglicht Einblicke in das komplexe Zusammenspiel von Körperbild, gesellschaftlichen Normen und individuellen Entscheidungsverläufe. Die zentrale Fragestellung ist, wie Frauen, die eine ästhetische Intimchirurgie in Erwägung ziehen, ihren eigenen Körper, ihr individuelles Körperbild und ihren Intimbereich wahrnehmen. Der Umfang der Forschung umfasst die Analyse der individuellen Wahrnehmung, der Beziehungsgestaltung von Körper und Intimbereich und der Körperbilder dieser Frauen sowie die Untersuchung der Einflüsse, die ihre Entscheidung prägen. Die Forschung basiert auf einem qualitativen Ansatz, wobei narrative Interviews als primäre Datenerhebungsmethode verwendet werden. Durch biografische Methoden sollen tiefere Einblicke in die individuelle Lebensgeschichten und die vielfältigen Einflüsse gewonnen werden, die zu der Entscheidung für eine ästhetische Intimchirurgie geführt haben. Die Forschungsarbeit zeigt, dass die Entscheidung für oder gegen eine ästhetische Intimchirurgie tief in den biografischen und leiblichen Erfahrungen der Frauen verwurzelt ist. Es wird deutlich, dass sowohl äussere Einflüsse wie kulturelle Normen und Medienpräsenz als auch funktionale und emotionale Gründe eine Rolle spielen. Die Ergebnisse betonen die Bedeutung des sexuellen Selbstwertgefühls und der allgemeinen Körperzufriedenheit. Diese Arbeit trägt zum Verständnis der Motivationen und Wahrnehmungen von Frauen bei, die sich im Entscheidungsprozess hinsichtlich einer ästhetischen Intimchirurgie befinden. Die gewonnen Erkenntnisse können zukünftige Forschungsansätze und therapeutische Praktiken informieren und verbessern, um Frauen bei einer informierten und selbstbestimmten Entscheidung zu unterstützen.

## **Abstract in English**

Aesthetic genital surgery has gained importance in recent years and represents a significant topic in medical and societal discussions. This study examines individual decision-making processes based on the biographical backgrounds of women. It provides insights into the complex interplay of body image, societal norms, and individual decision-making processes. The central research question is how women who consider aesthetic genital surgery perceive their own bodies, individual body image, and intimate areas. The scope of the research includes the analysis of individual perception, the relationship between body and intimate area, and the body images of these women, as well as the examination of influences that shape their decision. The research is based on a qualitative approach, using narrative interviews as the primary data collection method. Biographical methods aim to gain deeper insights into the individual life stories and the various influences that led to the decision for aesthetic genital surgery. The research shows that the decision for or against aesthetic genital surgery is deeply rooted in the biographical and embodied experiences of women. It becomes clear that external influences such as cultural norms and media presence, as well as functional and emotional reasons, play a role. The results emphasize the importance of sexual self-esteem and overall body satisfaction. This work contributes to understanding the motivations and perceptions of women who are in the decision-making process regarding aesthetic genital surgery. The findings can inform and improve future research approaches and therapeutic practices to support women in making informed and autonomous decisions.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	2
2. Theoretische Herleitung .....	3
2.1 Phänomenologie des Leibes nach Bernhard Waldenfels.....	3
2.1.1 Verortung der Theorie .....	3
2.1.2 Leib- & Körperbegriff.....	4
2.1.3 Die Rolle der Wahrnehmung und des Empfindens .....	5
2.1.5 Der leibliche Ausdruck.....	9
2.1.6 Das Zusammenspiel von Eigenleib und Fremdleib.....	13
2.2 Ästhetische Chirurgie des äusseren weiblichen Genitals.....	14
2.2.1 Medizingeschichtlicher Hintergrund zur begrifflichen Abgrenzung.....	14
2.2.2 Debatte zu Biopolitik und Schönheitschirurgie .....	15
3. Forschungsstand .....	16
4. Material- und Methodenteil .....	19
4.1 Erhebungsmethode .....	19
4.1.1 Die Biografieforschung.....	20
4.1.2 Die Datenerhebung durch das narrative Interview .....	21
4.2 Der Feldzugang und die Durchführung des narrativen Interviews .....	23
4.2.1 Internetrecherche .....	23
4.2.2 Soziale Medien .....	24
4.2.3 Kontaktaufnahme mit Kliniken.....	26
4.2.4 Kontaktaufnahme mit gynäkologischen Praxen .....	27
4.2.5 Datenschutz und technische Herausforderungen.....	27
4.2.6 Ergebnisse der Kontaktaufnahme .....	28
4.3 Das Verfahren zur Datenauswertung .....	29
4.4 Datenschutz und Forschungsethik.....	31
5. Ergebnisdarstellung .....	31
5.1 Fallstudie Verena L. ....	32
5.1.1 Fallstruktur Verena L.: Vom Daseinskampf zum Lebenssinn .....	32
5.1.2 Die Beziehung zum eigenen Körper und das Körperbild .....	35
5.1.3 Die Beziehung zum Intimbereich.....	39
5.2 Fallstudie Ajna M. ....	42
5.2.1 Fallstruktur Ajna M.: Der Weg von der selbstvergessenen Altruistin zur selbstbestimmten Aktivistin .....	42
5.2.2 Die Beziehung zum eigenen Körper und das Körperbild .....	46
5.2.3 Die Beziehung zum Intimbereich.....	51

<b>5.3</b>	<b>Kontrastierung der Fallstudien</b> .....	57
5.3.1	Frühe Einstellung zum Körper .....	58
5.3.2	Körperliche Veränderungen .....	58
5.3.3	Einfluss der Familie auf die Körperwahrnehmung .....	60
5.3.4	Einfluss von Freundschaften und Peer-Gruppen .....	61
5.3.5	Gesellschaftliche und mediale Einflüsse .....	62
5.3.6	Beziehung zum Körper und Körperbild .....	63
5.3.7	Beziehung zum Intimbereich .....	64
5.3.8	Erfahrung mit medizinischen Fachpersonen .....	66
<b>6.</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b> .....	67
6.1	Einbettung in Theorie und Forschungsstand: Entscheidungsprozess und Intimchirurgie .....	67
6.2	Reflexion der Methodik .....	72
6.3	Vorschläge für zukünftige Forschung .....	74
<b>7.</b>	<b>Fazit</b> .....	76
	<b>Literatur</b> .....	77
	<b>Selbständigkeitserklärung</b> .....	

# 1. Einleitung

Die ästhetische Intimchirurgie hat in den letzten Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen und ist zu einem wichtigen Thema in der medizinischen und gesellschaftlichen Diskussion geworden. In der bestehenden Forschung wird häufig betont, dass Frauen<sup>1</sup>, die sich für einen solchen Eingriff entscheiden, dies nicht nur aus ästhetischen, sondern auch aus funktionalen und emotionalen Gründen tun (Chubak, 2020; Kalampalikis & Michala, 2023). Die Entscheidung für eine ästhetische Intimchirurgie ist oft tief in den biografischen Erfahrungen der Frauen verwurzelt. Äussere Einflüsse wie kulturelle Normen, Medienpräsenz und gesellschaftliche Erwartungen üben einen erheblichen Druck aus und beeinflussen die Wahrnehmung dessen, was als "normale" oder "ideale" Vulva gilt. Diese Eingriffe spiegeln das komplexe Zusammenspiel zwischen individuellem Körperbild, gesellschaftlichen Idealen und kulturellen Normen wider (vgl. Villa, 2007; Maasen, 2008; Degele, 2008). Die Auswirkungen auf das sexuelle Selbstwertgefühl und die allgemeine Zufriedenheit mit dem eigenen Körper sind dabei von besonderem Interesse.

Allerdings wird von der aktuellen Forschung das Verständnis der Wahrnehmung des eigenen Körpers und individuellen Körperbildes hinsichtlich des Intimbereichs durch die betroffenen Frauen unterbeleuchtet. Die vorliegende Arbeit möchte dies adressieren, indem sie sich auf die subjektiven Erfahrungen und Perspektiven der Frauen konzentriert.

Die leibphänomenologische Betrachtung ermöglicht es, die tieferen Bedeutungen und Sinnzusammenhänge zu beleuchten, die hinter den Entscheidungen für ästhetische Eingriffe stehen. Waldenfels' (2021) Ansatz hilft dabei zu verstehen, wie Frauen ihre Körper und ihren Intimbereich erleben und wie diese Erfahrungen und Bedeutungen in ihr Bewusstsein gelangen (vgl. Abels, 2001). Durch die Integration von Waldenfels' Theorie wird die Arbeit die subjektiven Erfahrungen der Frauen in den Mittelpunkt der Analyse stellen und die komplexen intersubjektiven und gesellschaftlichen Dimensionen ihrer Körperwahrnehmung erfassen.

Die vorliegende Masterarbeit fragt nach der persönlichen Geschichte der Frauen, wie ihr Entscheidungsprozess für oder gegen eine ästhetische Intimchirurgie in ihren biografischen Kontext eingebettet ist. Vor diesem Hintergrund will sie Aufschluss darüber geben, wie Frauen, die eine ästhetische Intimchirurgie in Erwägung ziehen, ihren eigenen Körper, ihre individuelles Körperbild und ihren Intimbereich wahrnimmt.

Um diese Frage zu beantworten, wird ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, der narrative Interviews als primäre Datenerhebungsmethode einsetzt. Durch die biografische Methode

---

<sup>1</sup> Im Folgenden konzentriert sich diese Masterarbeit zur ästhetischen Intimchirurgie auf cisgeschlechtliche Frauen und schliesst daher trans-, nicht-binäre und intersexuelle Menschen aus, die mit besonderen Herausforderungen im Zusammenhang mit genitalen Operationen und Veränderungen konfrontiert sind.

nach Rosenthal (2014) soll ein vertiefter Einblick in die individuellen Lebensgeschichten der Frauen gewonnen werden, um die vielfältigen Einflüsse und Erfahrungen zu verstehen, die zu ihrer Entscheidungsfindung hinsichtlich einer ästhetischen Intimchirurgie beitragen. Die leibphänomenologische Betrachtung und die biografische Forschungsmethode fragen beide nach dem Erleben eines Menschen und wie er sich die Welt erschliesst. Die narrative Interviewtechnik ermöglicht es die leiblichen Erinnerungen zu aktivieren, indem die Frauen länger und ununterbrochen von ihren selbst erlebten Ereignissen erzählen kann (vgl. Rosenthal, 2014).

Die Erkenntnisse aus dieser Arbeit können dazu beitragen, zukünftige Forschungsansätze zu informieren und therapeutische Praktiken zu verbessern, die Frauen dabei unterstützen, eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung über ihren Körper zu treffen.

Die Arbeit ist in mehrere Kapitel unterteilt. Nach dieser Einleitung folgt ein Kapitel zur theoretischen Herleitung und Einordnung. Daran anknüpfend folgt mit dem Forschungsstand ein Überblick über die bisherige Forschung zur ästhetischen Intimchirurgie. Im anschließenden Methodenteil werden die angewendeten Methoden zur Datenerhebung und -auswertung detailliert beschrieben. Danach werden die Ergebnisse der durchgeführten Interviews präsentiert und analysiert. Nach der Vorstellung der Ergebnisse werden diese und die methodischen Ansätze im nächsten Kapitel diskutiert und im Kontext der Forschungsfragen reflektiert. Das letzte Kapitel schliesst mit einem Fazit ab.

## **2. Theoretische Herleitung**

### **2.1 Phänomenologie des Leibes nach Bernhard Waldenfels**

#### **2.1.1 Verortung der Theorie**

Ihren Ursprung findet die Theorie der Phänomenologie in Husserls Schriften, der sie als eine Philosophie bezeichnet (Abels, 2001, S. 59). Mit dem Fokus, wie ein Subjekt seine Beziehung zur Welt und wie diese Beziehung die Wahrnehmung und das Verständnis der gelebten Lebenswelt formt, fragt die Phänomenologie „nach dem Zugang des Menschen, in der er lebt“ (Abels, 2001, S. 60). Da der Mensch seine Lebenswelt als unbefragte Wirklichkeit wahrnimmt, versteht man Bewusstsein in der Phänomenologie nicht als ein reines Bewusstsein, sondern als ein Bewusstsein, das auf etwas gerichtet ist (vgl. Abels, 2001; vgl. Waldenfels, 2021). Das Bewusstsein bildet den Grundstein für den Zugang zur Wirklichkeit. Die Phänomenologie versteht Wirklichkeit nicht als eine, die für alle Menschen dieselbe ist, sondern dass sie für jeden – geprägt durch die eigenen Erfahrungen und Bedeutungen, die man den Dingen zuschreibt – eine andere ist. „Die Phänomenologie beansprucht nun nicht, etwas über die Dinge an sich zu sagen, sondern nur zu zeigen, wie die Dinge, auf die sich das Bewusstsein richtet, in unser Bewusstsein gelangen“ (Abels, 2001, S. 61).

Übertragen auf die phänomenologische Leibtheorie bedeutet das, „dass das Erforschen und Bedenken der Dinge direkt oder indirekt immerzu auf den Leib und auf die leibliche Situation Bezug nimmt“ (Waldenfels, 2021, S. 9). Mit dem Leib gestaltet sich die Beziehung zur Welt anhand der Empfindung, der Wahrnehmung und der Bewegung. Diese drei Bereiche sind ausschlaggebend, wie sich für den Menschen die Welt „organisiert, anordnet, artikuliert und verändert“ (Waldenfels, 2021, S. 210).

Als Grundlage für diese Analyse des körperlichen Erlebens von Frauen, die sich im Entscheidungsprozess für einen ästhetischen Eingriff im Intimbereich befinden, wird die leibphänomenologische Perspektive gemäss Bernhard Waldenfels herangezogen.

### 2.1.2 Leib- & Körperbegriff

In der deutschen Sprache existieren für das Körperverständnis neben dem Begriff Körper auch der des Leibes. In der Alltagssprache werden die beiden Termini oftmals vermischt verwendet, obwohl sie unterschiedliche Beziehungen zur Welt ausdrücken (vgl. Waldenfels, 2021, S. 14f.). In der Phänomenologie wird bei der Verwendung von Leib und Körper zw. lebendig und unlebendig unterschieden. Während beim Körper eine Zweideutigkeit vorherrscht, wird unter Leib im allgemeinen nur das Lebendige verstanden (vgl. ebd., S. 15). In diesem Zusammenhang spricht Waldenfels von einem *fungierenden* Leib, der das Erleben, Spüren und Bewegen der Aussen- und Innenwelt eines Menschen umfasst (vgl. ebd.).

Durch den Körper ist dem Menschen ein sinnlicher Wahrnehmungsapparat gegeben (vgl. Herrmann, 2011, S. 14). In Abgrenzung zu anderen Leibphänomenologen (vgl. Schmitz; 2011; vgl. Gugutzer, 2022; vgl. Herrmann, 2011) bezieht Waldenfels all die sinnlichen Wahrnehmungen wie sehen, riechen, hören, tasten und schmecken in die leibliche Erfahrung eines Menschen mit ein. Der Leib bezieht sich nicht bloss auf von innen wahrgenommene Zustände, sondern bezieht den sichtbaren und tastbaren Körper in den spürbaren Körper mit ein. Wie jemand den Körper erlebt und fühlt, kann nur aus der subjektiven Perspektive der betroffenen bzw. befindenden Person erfasst werden (vgl. Herrmann, 2011, S. 14), doch darüber hinaus umfasst für Waldenfels das Erleben des Körpers die Wechselwirkung zwischen dem Eigenleib und dem Fremdleib bzw. der Umwelt mit ein. „Der Leib (im Unterschied zum *corpus* als ‚festem‘ Körper) kann nicht mehr als eine abgesonderte Provinz oder als Instrument des Geistes betrachtet werden, sondern der Mensch als Person ist immer auch sein L.; personale (‚innere‘) Erfahrung ist stets auch meine leibliche Erfahrung“ (Böhm, 2005, S. 21. Hervorhebung im Original; zitiert nach Gartener, 2019, S. 30).

Hingegen basieren sich die Leibphänomenologen beim Begriff *Körper* auf dasselbe Verständnis: aus der Fremdwahrnehmungsperspektive lässt sich der Körper als Gegenstand betrachten, der bspw. durch das Befühlen der Muskeln als zerlegbares oder messbares Objekt

behandelt werden kann (vgl. Herrmann, 2011, S. 14). Der von aussen wahrnehmbare Körper kann sowohl willentlich wie unwillentlich aktiv eingesetzt werden und „letztlich wie jedes x-beliebige Ding behandelt werden“ (Gugutzer, 2022, S. 25). „Der Körper ist ein Mittel, ein Werkzeug des Leibes, um sich mehr oder weniger klar zu zeigen, mit und in der Welt zu kommunizieren“ (Ganterer, 2019, S. 34).

Wer von Körper spricht, spricht gleichzeitig vom Leib und seinen leiblichen Erfahrungen (vgl. Waldenfels, 2021).

### **2.1.3 Die Rolle der Wahrnehmung und des Empfindens**

Die Wahrnehmung steht, gemäss Waldenfels (2021), immer in einem bestimmten Zusammenhang (vgl., S. 45). In der Phänomenologie des Leibes bzw. der Wahrnehmung wird davon ausgegangen, dass die Welt nicht bereits fertig vorgegeben ist.

Die Erfahrung ist der Schlüssel zur phänomenologischen Untersuchung von Wahrnehmung und Körperlichkeit. Diese Erfahrungen umfassen alles, was durch die Sinne wahrgenommen werden und wie diese Wahrnehmungen interpretiert und verstanden werden. Die Erfahrungen formen das Verständnis davon, wie der Körper und die Welt um einen herum erlebt und verstanden wird. Sie beeinflussen, wie man sich selbst und seine Umgebung wahrnimmt und wie man auf sie reagiert. Eine Sache erscheint nie endgültig oder eindeutig als das, was sie ist. Durch die Erfahrung, die ein Mensch anhand der Wahrnehmung macht, entsteht die Welt mit (vgl. ebd.).

Der Mensch registriert, reproduziert bzw. wendet Regeln an und eignet sich somit die Welt an. Durch die Wahrnehmung und Aneignung der Welt erfährt er eine Spezifizierung: etwas, was zuerst unbestimmt war, wird durch Erfahrung bestimmbar. Gleichzeitig stiftet er durch jede Erfahrung immer wieder einen neuen Sinn, was folglich zu einer Strukturveränderung führt – es findet eine Differenzierung der Welt statt und offeriert Alternativen, um „die Dinge zu betrachten, zu beschreiben, zu erklären“ (Waldenfels, S. 71). Eine Erfahrung erhält erst Sinn und kann als solche benannt werden, wenn sie in bestimmte Organisationsformen eingebettet ist. Die Organisationsform bildet sich aufgrund von *Struktur* und *Gestalt*, ohne die die Wahrnehmung nicht ihre Bedeutung erhält (vgl. ebd.).

Eine Struktur setzt sich aus einzelnen Elementen zusammen, die sich wechselnd arrangieren oder in wechselnden Zusammenhängen eintreten. Innerhalb der Erfahrung kann ein einzelnes Element nicht für sich allein stehen. Der Mensch befindet sich in einem Wahrnehmungsfeld, in der Transpositionen, Transformationen und Substitutionen stattfinden. Diese Formen von Veränderungen wirken nicht bloss auf ihn ein, sondern er reagiert auf sie mit Selbstorganisation und Selbstregulierung. Die Selbstorganisation geschieht auf der Ebene der Erfahrung, nicht durch bewusste Denkprozesse. Es geht darum, wie sich das Erfahrungsfeld verändert, anstatt

dass man aktiv in dieses Feld eindringt, um etwas methodisch zu analysieren, zu beobachten oder zu bewerten (vgl. ebd.).

Die Gestalt konfiguriert sich auf eine bestimmte Weise: Elemente und Rhythmen treten in einem Zusammenhang auf. Es können sich sowohl Wahrnehmungs- wie auch Bewegungsgestalten formen. Die Abfolge von verschiedenen Bewegungsschritten, begleitet von unterschiedlichen Spannungs- und Geschwindigkeitselementen – auch bedingt durch den Körperbau – verleihen der Person einen einzigartigen Schrittrhythmus. Aus diesem Grund erkennt man eine Person an ihrem Schritt (Spezifizierung) und kann sie von anderen unterscheiden (Differenzierung) (vgl. Waldenfels, 2021). Damit sich nun verschiedene Elemente oder Rhythmen in einer förmlichen Ganzheit erfassen lassen, unterliegt der Gestaltbildung die Fähigkeit der Differenz. „Wahrnehmen ist [...] ein Unterscheidungsakt“ (Waldenfels, 2021, S. 68), d.h. Differenzen wahrzunehmen ist durch Lernen erfolgt und vollzieht sich innerhalb bestimmter Strukturen. Die Wahrnehmung ereignet sich kontextgebunden und schliesst „all das, was mit-erfahren wird [...]“ (ebd.) mit ein. Zusätzlich zum Verständnis der Gestalt in der Wahrnehmung, führt Waldenfels auch den Begriff der Physiognomie ein. Die physische Erscheinung nimmt der Mensch in einer ganzheitlichen, situativ-kontextuellen Form wahr. Im vom Menschen erfahrbaren strukturierten Umfeld, deutet er mehrere Elemente und vollzieht einen Unterscheidungsakt (vgl. Waldenfels, 2021). Die Deutung ist lediglich als Kategorisierung von Spezifika und Differenzen zu verstehen.

Struktur- und Gestaltbildung allein sind nicht ausreichend, um die Wahrnehmung als sinnstiftendes Moment bezeichnen zu können. Sinn und Bedeutung, so argumentiert Waldenfels, sind von Anfang an in der Erfahrung und der Wahrnehmung präsent. Mit dem alltäglichen Wort „Sinn“ ist gemeint, dass in dem, was sich zeigt, sich mehr ankündigt als das, was explizit sichtbar ist. Dies impliziert, dass Menschen immer mehr sehen, als das, was ins Auge fällt oder sich gerade aktualisiert; die physische Beschaffenheit vermischt sich mit subjektiven Empfindungen. Empfindung ist ein komplexes Phänomen, das die Natur und die soziale, kulturelle Welt miteinbezieht und grundlegend den Organismus mitdenkt. Dinge oder ein Reiz, beeinflusst von einer kulturellen Prägung, sind in einem (differenzierten) Sinn verflochten. Von Beginn an ist eine Empfindung mit Bedeutung, einem Wert im weiten Sinne, verbunden. Dasselbe Verständnis gilt auch für die Bewegung. Hierfür zieht Waldenfels eine Parallele zum Konzept des Gestaltkreises, wo Bewegung und Empfindung ineinander übergehen: die Wirkungen von Dingen verändern das Verhalten und dieses wiederum beeinflusst die Wahrnehmung. „Wie wir die Dinge aufnehmen, so verhalten wir uns [...]“ (Waldenfels, 2021, S. 82). In der Erfahrung tritt das Sich-Empfinden und Sich-Bewegen auf und bildet durch einen Reiz einen Zusammenhang. Empfinden und Wahrnehmen ist als Prozess und nicht als Zustand zu verstehen. Tasteindrücke entstehen bspw. nicht einfach durch den Kontakt mit einem Widerstand, sondern durch das Abtasten. Man fühlt die Glätte eines Stoffes durch das Gleiten der Hand

darüber. Das Tasten ist somit ein Vorgang und kein Zustand, in dem man sich befindet (vgl. Waldenfels, 2021, S. 83).

Teil der Wahrnehmungstheorie ist auch die Norm. Waldenfels verweist auf Merleau-Ponty<sup>2</sup>, der die Norm im Zusammenhang mit Ordnung einführt. Diese Herangehensweise widerspricht, laut Waldenfels, der klassischen Unterscheidung zwischen Sein und Sollen nach Hume. Während Hume das Sein als objektiv und das Sollen als normativ beschreibt, hebt Merleau-Ponty diese Trennung bereits auf der Ebene der Wahrnehmung auf (vgl. ebd.). In der Medizin zeigt sich bspw., dass Gesundheit und Krankheit ohne normative Vorstellungen nicht definiert werden können. Eine Metastase als rein chemischer Vorgang wird erst durch die normative Perspektive der Gesundheit zur Krankheit.

Normen sind den Tatsachen in der Wahrnehmung eingeschrieben, was bedeutet, dass die Wahrnehmung von Gestalten eine Art von Ordnung und Normativität impliziert. Diese Normen sind nicht als Verhaltensvorschriften zu verstehen, sondern als inhärente Gesetzmäßigkeiten der sinnlichen Erfahrung. Überträgt man diese Erklärung auf das Wiedererkennen von Gesichtern, schaffen typische Ansichten eines Gesichts Orientierungsprozesse in der Wahrnehmung. Diese Typisierung unterscheidet zw. wesentlichen und unwesentlichen Merkmalen und ermöglicht so das Wiedererkennen trotz Abweichungen. Diese Regulierungsprozesse sind in die Wahrnehmung eingebettet und führen dazu, dass sich prototypische Gestalten unter wechselnden Umständen wiederholen. Die Gestalt wird, nach diesem Verständnis, nicht gemäss einer bereits bestehenden Norm verwirklicht, sondern die Normativität entsteht durch die Wahrnehmung selbst und bringt Gestalten hervor, die eine bestimmte Ordnung etablieren (vgl. ebd., S. 71ff.).

#### **2.1.4 Körperschema in Raum und Zeit**

Im Gegensatz zu Schmitz, der behauptet, dass der Leib nicht beobachtbar ist, sondern nur durch inneres Spüren erfasst werden kann (vgl. Schmitz, 2011), bezieht sich Waldenfels physiologische Modelle. Körper und Leib werden durch die Alltagssprache und Disziplinen wie Medizin, Physiologie und Psychologie geprägt, was einen Einfluss darauf hat, wie sich jemand in der Welt bewegt und wahrnimmt. Waldenfels vertritt die Ansicht, dass ein direktes Sprechen über sich nicht möglich ist; man spricht immer indirekt über sich und ist dabei auf die Welt und andere bezogen (vgl. ebd., S. 112). Damit dieser Bezug sinngebend ist, ist das eigene Körperschema leiblich im Raum verortet und bewegt sich in der Zeit.

---

<sup>2</sup> Wird in diesem Abschnitt indirekt durch Waldenfels zitiert.

Um Körper und Leiblichkeit räumlich zu definieren, wird in der Phänomenologie der Wahrnehmung das Konzept des Körperschemas herangezogen (vgl. Waldenfels, 2021; Merleau-Ponty, 1967). Dieses Konzept basiert auf der Vorstellung eines einheitlichen Körpers. Damit sich eine Person selbst als körperliches Wesen wahrnimmt, muss eine Einheitsstiftung erfolgen. Das Verständnis eines Körperschemas ist nicht angeboren, sondern wird durch die erlernte Vorstellung eines Körpers geformt. „Das Körperschema, d.h. die Art und Weise, wie der Körper sich gliedert, wird [...] vom Anderen her gedacht, nicht nur so wie mein Leib sich mir darstellt, sondern wie die Anderen mich sehen und wie ich selber erfahre, dass und wie die Anderen mich sehen“ (Waldenfels, 2021, S. 121).

In die Vorstellung des Körperschemas fließen kulturelle und soziale Aspekte ein und es entsteht eine Körpersymbolik. Spezifische Körperregionen erhalten emotionale (z.B. das Herz) und intellektuelle (z.B. der Kopf) Bedeutungen. Symbolische Zuschreibungen sind auch in der körperlichen Darstellung der Geschlechterdifferenz sichtbar und prägen Selbstbilder sowie Verhaltensnormen. Bspw. verdeutlicht die Kleiderkultur, dass das Körperschema nicht statisch ist, was einmal erlernt wurde, sondern sich die Leiblichkeit durch Interaktionen mit der sozialen Umwelt kontinuierlich entfaltet. Moden und Kleidungsstile akzentuieren die Körperlichkeit unterschiedlich. „Nackt sein“ bedeutet mehr als nur das Fehlen von Kleidung – es impliziert eine bestimmte Form der Selbstdarstellung: „sich zu zeigen oder nicht zu zeigen, ein gleichzeitiges Sichverhüllen und Sichenthüllen“ (Waldenfels, 2021, S. 122). Das Körperschema ist somit eine dynamische Gliederung der Leiblichkeit, die sowohl Selbst- als auch das Fremderleben integriert. „Ich für mich“ und „Ich für Andere“ sind keine Gegensätze, sondern Aspekte eines zusammenhängenden Ganzen, die in einem Zur-Welt-Sein zum Ausdruck kommen. Leiblich sein bedeutet, durch den eigenen Körper sichtbar zu sein und gesehen zu werden. Der Blick der Anderen ist immer präsent und wesentlich für das Verständnis der eigenen Leiblichkeit, selbst wenn er in der einzelnen Situation nicht selbst hervortritt (vgl. Waldenfels, 2021).

Um Räumlichkeit ganzheitlich zu erfassen, beschränkt sich der Leib und Körper nicht allein auf ein Körperschema, das Umweltobjekte bzw. -einflüsse wahrnimmt, sondern die Einheit des Körpers wird durch dessen Aktivitäten hergestellt. Die Strukturierung und Gestaltung der Leiblichkeit geht von einem Tätigkeitsfeld aus, indem der Leib eine Rolle spielt und von dem her er sich als Einheit erfährt (vgl. ebd., S. 118). Leiblichkeit bedeutet in Bezug auf die Räumlichkeit, dass jede Gestalt auf einem doppelten Hintergrund erscheint: dem Aussenraum, in den die Gestalt eingezeichnet ist, und dem Körperraum, der vorausgesetzt wird. Raumpräsentationen spiegeln die Relationen zwischen Dingen wider, erhalten jedoch indirekt ihren Richtungssinn vom leiblichen Hier.

Räumliche Präpositionen wie „auf“, „neben“, „unter“ und „in“ scheinen auf den ersten Blick einfache sprachliche Bestimmungen zu sein, die die Wahrnehmung strukturieren. Sie geben Relationen zwischen Dingen wieder, die ihren Richtungssinn vom körperlichen Hiersein des

Sprechers erhalten. Sie implizieren jedoch eine bestimmte gelebte Räumlichkeit, da sie spezifische räumliche Unterscheidungen voraussetzen, wie etwa die Dimension von Oben und Unten oder die Trennung von Innen und Aussen. Diese Differenzierungen lassen sich nicht aus einem homogenen Raumfeld ableiten, da in einem solchen Feld jede Raumstelle austauschbar wäre. Ausdrücke wie „dies da“ erfordern eine Zeigegeste und sind nur verständlich, wenn man an der Situation teilnimmt. Ohne situative Partizipation bleibt der Ausdruck leer und unbrauchbar. Die Verbindung zwischen Wahrnehmen und Sprechen zeigt, dass die Räumlichkeit im Sprechen eine Bedingung ist, die das Sprechen ermöglicht und nicht nur als Gegenstand der Rede existiert (vgl. ebd., S. 117ff.).

Die erlebte Zeitlichkeit der leiblichen Bewegung lässt sich analog zur leiblichen Räumlichen charakterisieren. Wie beim räumlichen Orientierungspunkt „Hier“ gibt es auch in der Zeit einen Ausgangspunkt, das „Jetzt“, von dem aus die Zeit erfahren wird. Dieses „Jetzt“ ist der zentrale Nullpunkt, von dem aus Vergangenes und Zukünftiges erlebt werden. In der räumlichen Orientierung entspricht das „Dort“ einem potentiellen „Hier“. Ähnlich verhält es sich mit der Zeit: das Zukünftige und das Vergangene sind auf das gegenwärtige „Jetzt“ bezogen. Diese Bewegungsbezüge und Bewegungsrichtung stehen in Wechselwirkung zw. einem Ausgangspunkt und eine Zielpunkt, d.h. von einem „Von-her“ und einem „Wo-hin“ (vgl. Waldenfels, S. 123).

Die orientierte Zeit wird durch das „Jetzt“ markiert, das aus der Reihe der Zeitpunkte hervorsticht, ähnlich wie das „Hier“ im Raum. Die Gegenwart genießt ein Privileg, das Vergangenes und Zukünftiges auf sie verweisen. Vergangenes ist immer relativ zum gegenwärtigen Erleben vergangen und Zukünftiges immer in Bezug auf das jetzige Erleben zukünftig. Diese Perspektive zeigt, dass die Vergangenheit und Zukunft keine absoluten Kategorien sind, sondern stets auf die gegenwärtige Erfahrung bezogen werden müssen (vgl. ebd., S. 122f.)

Aus phänomenologischer Perspektive enthält das „Jetzt“ gleichzeitig Momente des Vergangenen wie auch des Zukünftigen. Das menschliche Handeln umfasst daher eine zeitliche Breite, die sich über ein Zeitfeld erstreckt, in dem das Geschehen gegliedert wird (vgl. ebd., S. 122ff.). Die Setzung von zeitlichen Zäsuren ist notwendig, um Geschichte zu gliedern und sinnvolle Einteilungen vorzunehmen. Diese Zäsuren enthalten ein Moment der Kontingenz und lassen alternative Interpretationen zu. Die Ordnung der Zeit resultiert somit aus diesen Einschnitten, die der Geschichte Struktur verleihen (vgl. ebd., S. 130f.)

### **2.1.5 Der leibliche Ausdruck**

Neben der Funktion als Medium des Weltbezugs fungiert der Leib auch als Medium des Ausdrucks. Er tritt als sichtbarer Ausdruck des Selbst auf, d.h. in Form der Selbstdarstellung, indem er Erfahrungen, Gefühle und Gedanken des Individuums darstellt. Diese Darstellung kann

sowohl für einen selbst als auch für andere erfolgen, die entweder Zeugen oder Adressat\*innen des Verhaltens werden (vgl. Waldenfels, 2021, S. 210).

Traditionell wird, wie es aus dem Cartesianismus hervorgeht, ein Dualismus zwischen Innen- und Aussenwelt sowie zwischen leiblichen Gebärden und der Sprechweise angenommen. Eine integrative Verhaltenstheorie, auf die sich Waldenfels in seinem Werk bezieht, betrachtet jedoch Innen und Aussen sowie das Eigene und das Fremde als miteinander verbunden. Die Phänomenologie untersucht den Sinn in Erlebnissen und zeigt, dass das Verhalten durch spezifische Strukturen gekennzeichnet ist, die sich durch wiederholbare Momente charakterisieren lassen. Diese Momente manifestieren sich im Verhalten und zeigen sich bspw. in der Richtung und Bewegung. Ein beobachtbares Verhalten wie das Fallen ist mehr als nur eine Ortsveränderung; es folgt einer bestimmten Richtung, in diesem Fall nach unten. Verhalten weist auch eine bestimmte Rhythmik, die sich in abgehackten oder gleitenden Bewegungen ausdrücken kann. Verhalten ist demnach nicht bloss ein isoliertes Erlebnis, sondern es versetzt den Menschen in eine gemeinsame Welt, weil sich Strukturen und Sinngestalten bei allen Beteiligten wiederholen (vgl. Waldenfels, 2021).

Ein Beispiel, das Waldenfels anführt, verdeutlicht das Verständnis des Ausdrucks im leiblichen Erleben durch Verhalten: selbst wenn Verhalten unverständlich bleibt, findet der Mensch durch bestimmte Ordnungsstrukturen seinen Weg. Konfrontiert mit einer fremden Kultur **und** Sprache, deren Verhalten oft nicht vollständig nachvollzogen werden kann, impliziert nicht, dass es sich lediglich um mechanische Körperbewegungen handelt, deren Bedeutung vermutet werden muss. Es ist vergleichbar mit dem Hören einer fremden Sprache, bei der die physischen Laute nicht einfach als unverständliche Geräusche wahrgenommen werden, sondern durchaus Sinn haben und etwas ausdrücken. Diese Fähigkeit, dass selbst die fremdeste Sprache potenziell verständlich ist. Aber es handelt sich weder um ein Übersetzen noch um ein Verstehen eben dieser. Dieses paradoxe Phänomen, eine Fremdsprache indirekt zu verstehen und gleichzeitig nicht zu verstehen, ermöglicht es, irgendwann einen Zugang zur Fremdsprache zu finden und mit dem Verstehen zu beginnen (vgl. ebd., S. 219f.).

Ein weiteres Beispiel bezieht sich auf das Erlernen der Bedeutung von Emotionen wie Zorn. Der Mensch weiss meist nicht, wie er selbst aussieht, wenn er zornig ist, ausser er schaut in einen Spiegel. Häufiger lernt er jedoch durch die Beobachtung anderer, wie Zorn aussieht. Das Verständnis eigener Gebärden erfolgt also nicht primär durch Selbstbeobachtung. Die Bewegungen des ausdrücklichen Verstehens verlaufen nicht von innen nach aussen, sondern umgekehrt, vom anderen zu einem selbst und erst dann von einem selbst zum anderen.

Die Frage, wie man wissen kann, was im anderen vor sich geht, lässt sich dadurch beantworten, dass der andere als leibliches Wesen betrachtet wird, das zur gemeinsamen Welt gehört und dessen Verhalten bedeutungsvoll und zugänglich ist. Das Verhalten des anderen

vermittelt somit von vornherein eine Bedeutung und Richtung, die erkannt und verstanden werden kann (vgl. ebd.).

Um den leiblichen Ausdruck konkreter zu erfassen, führt Waldenfels die Erläuterung des Phänomens des Ausdrucks in der Diskussion der wechselseitigen Beziehung fort. Ausdruck wird dabei nicht als ein Nach-aussen-Treten eines inneren Inhalts verstanden, sondern als die Realisierung von Sinn. Der Ausdruck ist nicht das äussere Sichtbarwerden eines innerlich bereits vorhandenen Sinnes, sondern der Ausdruck selbst „*ist* die Realisierung des Sinnes“ (Waldenfels, 2021, S. 222; Hervorhebung durch Autor). Durch Verhalten manifestiert sich Sinn und übernimmt nicht einfach konventionelle Zeichen. Der agierende und aktive Körper drückt sich selbst aus. Die Bedeutung des Zeichens geht über das Verhalten hinaus, denn es stellt das dar, was es *ist* (vgl. Waldenfels, S. 223). Der Ausdruck ist daher nicht nur das Nach-aussen-Bringen innerer Erlebnisse, sondern realisiert sich in einem ganzheitlichen Sinn. Der fungierende Leib, in der Funktion des „Umschlagorts“, vermittelt Sinn und Kausalität, sodass Sinngebung als auch Körpermechanismen abgestimmt zum Ausdruck kommen (vgl. ebd., S. 223f.).

Um wieder das Beispiel der Emotion Zorn aufzugreifen, wird im traditionellen Denken als inneres Erlebnis beschrieben, das sich in äusserlichen körperlichen Bewegungen wie einer geballten Faust, Stirnfalten oder geröteter Haut darstellt. Diese Interpretation erinnert an die dichotome Denkweise. Stattdessen sollte Zorn als eine Einheit von innerem Erleben und äusserer Körperbewegung betrachtet werden. „Der Zorn *ist* die geballte Faust“ (Waldenfels, 2021, S. 226) bedeutet, dass die Zorngebärde selbst leibliche Realisierung ist und nicht nur ein sichtbares Zeichen eines inneren Erlebens. Durch die leibliche Verbundenheit kann der Ausdruck von Zorn nicht als etwas verstanden werden, was sich willentlich wiederholen lässt, wie bei einem Satz. Ein wiederholter Zorn ist nicht gleich dem ursprünglichen Erlebnis; jede Darstellung von Zorn ist einmalig in seiner Realisierung (vgl. ebd., S. 229).

Körpersprache ist Teil des leiblichen Ausdrucks. Die Sprache umfasst nicht nur das Verbale, sondern auch Verhalten und Erleben (vgl. ebd., S. 230). Wie der Körper im Ausdruck tätig ist, wird durch die vier Formen der Körperlichkeit erläutert, wie sie Waldenfels definiert:

1. *Intralinguistische Körperlichkeit*: Bezieht sich auf die Mitwirkung des Körpers beim Sprechen und Schreiben. Der Einsatz von Stimme und Hand erzeugt sprachliche Zeichen. Technische Hilfsmittel wie Hör- oder Sprechgeräte können diese Fähigkeiten erweitern. Diese Ebene grenzt sich auf das Produzieren von Lauten und Schriftzeichen ein, die als Phoneme und Grapheme entziffert werden.
2. *Semilinguistische Körperlichkeit*: Der Körper vermittelt Bedeutung durch Gesten wie das Ausstrecken des Arms mit der Richtungsdeutung, d.h. es bezieht das Zeigen mit ein. Die Gesten schaffen eine besondere räumliche Orientierung.

3. *Paralinguistische Körperlichkeit*: Elemente wie Tonfall, Sprechtempo und Rhythmus, die nicht direkt mit der syntaktischen oder semantischen Struktur der Sprache verbunden sind, aber entscheidend für das Verstehen und die Wirkung der Sprache sind. Das sind bspw. Tonfall, Sprechtempo und Rhythmus, die einen wesentlichen Einfluss auf die Art und Weise der Kommunikation haben.
4. *Extralinguistische Körperlichkeit*: Bezieht sich auf die Körpersprache und wie sie zur Welt bezogen ist. Der leibliche Ausdruck manifestiert sich in der Selbstdarstellung des Menschen über Gesichtsausdruck, Blickkontakt, Gestik und Mimik, aber bspw. auch in der Kleidung und im Verhalten in sozialen Räumen. Der Mensch interagiert über verbale und schriftliche Kommunikation hinaus und tritt mit dem Körper als Medium des Ausdrucks, mit der Welt und den Anderen in Kontakt (vgl. Waldenfels, 2021, S. 230-236).

Die Analyse der Körpersprache zeigt, dass sie nicht einfach eine Form symbolischer Darstellung ist. Während sprachliche Aussagen wiederholbar und erlernbar sind, lässt sich ein emotionaler Ausdruck wie Zorn nicht in gleicher Weise reproduzieren. Gefühle wie Zorn folgen keinen festen Regeln, was die Körpersprache von der verbalen Sprache unterscheidet (vgl. ebd., S. 237f.).

Waldenfels führt drei Argumente an, warum die Körpersprache Teil der leiblichen Einheit ist (vgl. ebd., S. 239f):

1. *Realisierungsgrade der Körperlichkeit*: Zeigt nicht nur, ob etwas realisiert wurde, sondern betrachtet die gesamte leibliche Existenz und inwiefern sie in einer Situation involviert ist. Am Beispiel des Zorns zeigt sich, dass die Intensität und Beteiligung des Körpers bei der Ausdrucksform eine entscheidende Rolle spielen, in der der gesamte Körper involviert ist.
2. *Entsubjektivierung des Ausdrucks*: Der Ausdruck ist als Prozess zu verstehen, der über einen subjektiven Akt hinausgeht. Somit besitzt leibliches Verhalten immer eine öffentliche Seite, wobei bspw. eine Zornesgebärde andere Menschen in Mitleidenschaft zieht und auf die Dinge reagiert.
3. *Zwischenleiblichkeit*: Der eigene Leib ist stets auf andere bezogen. Körpersprache beinhaltet auch ein Körpergespräch, wie es z.B. bei erotischer Anziehung und Abstossung deutlich wird. Die Körper sind aufeinander gerichtet und auf der leiblichen Ebene entsteht ein „Zwischen“. Diese Sichtweise betont die Einheit und die Zwischenleiblichkeit der menschlichen Existenz.

### 2.1.6 Das Zusammenspiel von Eigenleib und Fremdleib

Um das *wie* der Erfahrung mit dem Körper erfassen zu können, sollte aus den vorangehenden Beschreibungen hervorgegangen sein, dass der Mensch sich im Verhältnis zu Anderen und der Welt bewegt und empfindet. Selbst- und Fremdbezug finden ihren gemeinsamen Ausdruck im Weltbezug. Dieses Zusammenspiel fasst Waldenfels (2021) mit dem Begriff der Zwischenleiblichkeit zusammen<sup>3</sup>, der in der deutschsprachigen Literatur Verwendung findet (vgl. Gugutzer, 2021).

Zwischenleiblichkeit bezeichnet die soziale Sphäre, in der sich Individuen und ihre Interaktionen verorten, bevor sie sich als eigenständige Personen differenzieren. Die Sphäre soll verdeutlichen, dass die Differenzierung auf unterschiedlichen Ebenen oder Beziehungsformen stattfinden kann, wie z.B. in der Familie, wo sich die Mitglieder einerseits durch Bindung und andererseits durch Abgrenzung gegenseitig in ihrer Eigenart herausbilden (vgl. Waldenfels, 2021, S. 286). Die wechselseitige Beziehung der beiden Sphären von Selbstbezug und Fremdbezug decken sich partiell. Der Einzelne ist nicht nur Teil eines grösseren Ganzen, wie einer Familie oder Kultur, sondern hat auch eigene, individuelle Merkmale, die sich stets in Abgrenzung zum Fremden entwickeln. Diese Konstellationen sind eingebettet im Weltbezug, d.h. in einem grösseren Gesamtzusammenhang, weshalb Individualisierungsprozesse je nach Kultur und Kontext variieren und in der Zwischenleiblichkeit die gelebte Gemeinsamkeit zum Ausdruck kommt (Waldenfels, S. 287-288).

Die Wahrnehmungswelt, wie sie Waldenfels nennt, ist eine Welt für alle Personen. Nach phänomenologischer Betrachtungsweise sind „Gefühle keine [...] blossen Zustände [...], die dem Einzelnen zugeschrieben werden, etwa so: einer ist traurig [...]“ (Waldenfels, S. 289), sondern Gefühle stehen in gewisser Weise in Bezug auf Dinge, an denen Andere von Beginn an grundlegend beteiligt sind (vgl. Waldenfels, S. 289). In Bezug auf die Zwischenleiblichkeit, d.h. die Wechselbeziehung, die zwischen Eigenleib und Fremdleib in der sozialen Sphäre ihren Ausdruck findet, erhalten das Wahrnehmen und Empfinden ihre Gestalten. Empfinden ist von vornherein ein Mitempfinden, wie Mitfreude und Mitleid. Es sind Formen des Sich-Befindens mit den anderen in der Welt, die auf das eigene Erleben von Wohl und Leid zurückwirkt. Diese Mitbetroffenheit spielt sich in einer begrenzten Lebenssphäre ab und zeigt, dass Gefühle keine isolierten Zustände sind, die allein dem Einzelnen zugeschrieben werden können (vgl. ebd.). Die Zwischenleiblichkeit kennzeichnet sich durch eine informelle Sozialität, auf die alle Zugang haben und in der Handlungen und Äusserungen ohne ausdrückliche Abmachungen aufeinander abgestimmt sind. Aus diesem Grund ist sie institutionalisierten Formen, die der Gesellschaftsbildung dienen, wie Regeln und Verträge, vorangestellt. Wahrnehmung bedeutet, dass

---

<sup>3</sup> Waldenfels hat den ursprünglichen Begriff „intercorporéité“ aus Merleau-Pontys Werk *Phänomenologie der Wahrnehmung* (1976) ins Deutsche übersetzt.

der Gegenstand nicht allein dem Wahrnehmenden gehört, sondern immer auch anderen zugänglich ist. „Zur Wahrnehmung gehört die Perspektivität, eine Abwandlung von Gegebenheitsweisen, die ineinander übergehen“ (Waldenfels, S. 293). Dies beschreibt Waldenfels wie folgt (S. 293f.):

„Wir haben von vornherein ein offenes System vor uns, zu dem Andere Zugang haben. Wenn ich einen Gegenstand sehe, gehört er mir nicht alleine, ich sehe ihn ja ohnehin nur in einer bestimmten räumlichen Perspektive. Es gibt immer Aspekte, die sich mir verschliessen, die mir entgehen, und dies nicht nur im Sinne einer räumlichen Perspektive, sondern auch im Sinne einer Vielfalt von Deutungen, die getroffen werden können. Diese Endlichkeit der Wahrnehmung – dass mir etwas erscheint, aber nur in beschränkter Weise zugänglich ist – lässt von vornherein zu, dass Andere zum gleichen Gegenstand Zugang haben“.

## **2.2 Ästhetische Chirurgie des äusseren weiblichen Genitals**

### **2.2.1 Medizingeschichtlicher Hintergrund zur begrifflichen Abgrenzung**

„Das heutige ästhetische Genital orientiert sich im Bereich der Vulva der Frau an einem kindlichen Zustand (Lolita-Effekt) mit straffen, vollen, äusseren Schamlippen (Labia majora) und durch diese verdeckte, kleinere innere Schamlippen (Labia minora)“ (Preiss, 2014, S. 173). Generell können chirurgische Modifikationen von Körper bis in die Antike zurückverfolgt werden. Bis etwa ins 18. Jahrhundert ist die plastische Chirurgie hauptsächlich Gesichtsplastik bzw. Rhinoplastik, die aufgrund einer unsystematischen Akkumulation von Wissen zu Anatomie und den vorgenommenen plastischen Eingriffen nicht hinreichend dokumentiert wurde (vgl. Molina, 2021; vgl. Borkenhagen & Brähler, 2014).

Einen zentralen Wendepunkt in der Unterscheidung zw. unterschiedlichen Formen von chirurgischen Eingriffen stellt u.a. insbesondere die Phase während der Syphilis-Epidemie im Laufe des 17. und 19. Jahrhunderts dar. Durch die sichtbaren Folgen im Gesicht einer Syphiliserkrankung erfolgten Stigmatisierungen. Zur Vermeidung der Diskriminierung wurden rekonstruktive Verfahren zur Nasenwiederherstellung entwickelt. Diese Entwicklungen führten zur Unterscheidung zwischen rekonstruktiver und kosmetischer Chirurgie (vgl. Molina, 2021, S. 25).

Die Zeit während des Ersten Weltkriegs zählt als die innovativste Periode der plastischen Chirurgie, aber auch der 2. Weltkrieg trug zu einem enormen Entwicklungsschub bei. Aufgrund von über tausende Kriegsverletzten konnten von praktizierenden plastischen Chirurgen revolutionäre neue Konzepte entwickelt werden (vgl. Borkenhagen & Brähler, 2014, S. 41). Die verfeinerten Techniken zur Behandlung legten den Grundstein für die Akzeptanz kosmetischer Eingriffe. Parallel dazu führte die Kommerzialisierung der Kosmetikindustrie zur

Popularisierung der kosmetischen Chirurgie (vgl. Molina, 2021, S. 26). Durch die zunehmende Beliebtheit von kosmetischen Eingriffen, hat sie sich als moderne und legitime medizinische Disziplin etabliert und zählt heute auch als Mittel zur psychischen Selbstverbesserung (vgl. Molina, 2021, S. 26f.).

### **2.2.2 Debatte zu Biopolitik und Schönheitschirurgie**

Der Begriff der Biopolitik, geprägt von Foucault, beschreibt die Regulierung und Verwaltung von menschlichem Leben durch politische und gesellschaftliche Institutionen. In Bezug auf die Schönheitschirurgie gewinnt dieser Begriff an Bedeutung, da er die Wechselwirkungen zwischen individueller Freiheit und gesellschaftlichem Zwang untersucht. Zum Verständnis der Wechselwirkungen schreibt Villa (2007) über die zentrale Rolle des Körpers in sozialen und kulturellen Kontexten (vgl., S. 9).

Bezugnehmend auf Waldenfels Argumentation, dass der Körper nicht einem selbst gehört, sondern gleichzeitig dem Anderen, lässt sich dies in der Debatte zu Biopolitik aufzeigen. Der Körper wird in sozialen Interaktionen wahrgenommen und ist ein zentrales Handlungsinstrument. Dazu zieht Villa das Konzept des „Körper habens“ und „Leib seins“ heran – auf die aufgrund der davor ausgeführten leibphänomenologische Theorie nicht eingegangen wird. Praktiken wie die ästhetische Intimchirurgie spiegeln kulturelle Verdinglichung des Körpers wider, der zunehmend als formbare Materie betrachtet wird. Die sozialen Konstruktionen von Körperbildern variieren stark zwischen verschiedenen Subkulturen und sozialen Gruppen und dienen als Signale für Identität und Zugehörigkeit (vgl. Villa, S. 11).

Villa argumentiert weiter, dass die Möglichkeit der individuellen Körpergestaltung seit der Moderne zugenommen haben, diese jedoch durch soziale Bedingungen wie finanzielle Ressourcen, Zeit und Bildung eingeschränkt sind. Diese Ressourcen beeinflussen die Fähigkeit der Menschen, ihre Körper zu inszenieren und ihre soziale Position zu bestimmen. Das präreflexive Körperwissen, das durch Sozialisation und Lernprozesse geprägt wird, spielt eine zentrale Rolle in der alltäglichen Körperpraxis und unterliegt ständigen Veränderungen (vgl. ebd., S. 11f.).

So bspw. auch die zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz der Schönheitschirurgie, die gemäss Maasen (2008), in biopolitische Prozesse verflochten sind. Sie argumentiert, dass die Inanspruchnahme von Schönheitschirurgie nicht nur auf individueller und selbstbestimmter Entscheidungskompetenz zurückzuführen ist, sondern auch Ausdruck und Vehikel aktueller Biopolitik darstellt (vgl. S. 101). Kritisch zu betrachten sei die Darstellung einer selbstbestimmten Entscheidung, obschon sie durch gesellschaftliche Strukturen und staatlichen Massnahmen sowie sozialen Normen und Erwartungen reguliert sind (Maasen, S. 101; Degele, 2008, S. 70). Maasen hinterfragt die Bedingungen der Akzeptabilität der Schönheitschirurgie, die

eine Transformation des Körpers von einer schicksalhaften Entität zu einer Option vermittelt und vorgibt, den Körper freiwillig modellieren zu können (vgl., S. 99). Damit einhergehend betrachtet Degele die Normalisierung des Schmerzes – analog zum Sport zur Erreichung höherer Ziele –, die zur sozialen Anerkennung und Konstruktion von Identität dient (vgl., S. 75.).

Betrachtet man Schönheitschirurgie als biopolitisches Element, zeigen sich die Verbindungen zw. physischem Sein und moralisch-politischer Existenz, d.h. die Körpererfahrung wird zu einem moralischen und politischen Problem, die die Selbstregierung beeinflussen (vgl. Maasen, S. 112).

Die Problematik konkretisiert sich für Maasen wie auch Degele darin, dass ein Eingriff wie die ästhetische Intimchirurgie, den einzelnen Individuen zur Eigenverantwortung übergeben wird, obschon körperliches Nachahmen sozialer Normen und Vorbilder (vgl. Villa, S. 13) Teil sozialer Konstruktionen von Körperbildern sind (vgl. ebd.). Schliesslich insistieren Frauen darauf, „dass sie ihre Körper zu ihrer eigenen Zufriedenheit umgestalten und dass sie solche Prozeduren benutzen, um das herzustellen, was *sie* für *ihre* normale Erscheinung halten“ (Hervorhebung durch Maasen, 2008, S. 110).

Diese Analyse verdeutlicht, wie tiefgreifend die Praxis der Schönheitschirurgie in biopolitische Strukturen eingebettet ist und welche Rolle sie bei der Regulierung und Selbstregulierung von Körpern in der neoliberalen Gesellschaft spielt (vgl. Maasen, S. 108).

### **3. Forschungsstand**

Der hier abgehandelte Forschungsstand zu ästhetischer Genitalchirurgie bietet einen groben Überblick, ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, zur Wahrnehmung und den Beweggründen der Frauen, die sich für einen Eingriff entschieden. Überwiegend werden Datenerhebungen mit einer quantitativen Messmethode durchgeführt und gibt somit kaum einen Einblick, wie sich diese Frauen ihren Körper und im spezifischen ihr äusseres Genital angeeignet haben und welches „ideale“ Körperbild sie bis zum Entscheidungsmoment begleitet hatte und ev. noch immer begleitet.

Amos und McCabe (2016) haben den Zusammenhang zwischen dem genitalen Selbstbild und dem Gefühl der selbst wahrgenommenen sexuellen Attraktivität erforscht. In der Untersuchung wurde zwischen hetero-, homo- und bisexuellen Personen unterschieden. Ein zentraler Befund der Studie war, dass ein positives Bild der eigenen Genitalien und das Fehlen von Selbstbewusstsein in Bezug darauf mit einem höheren sexuellen Selbstwertgefühl verbunden sind. Die Forschungsergebnisse legen nahe, dass das sexuelle Selbstwertgefühl als Vermittler zwischen der Selbstwahrnehmung der Genitalien und der selbstempfundenen sexuellen Attraktivität fungiert. Das bedeutet, dass aus einer positiven Bewertung der eigenen Genitalien angenommen werden kann, dass die Wahrnehmung der eigenen sexuellen Attraktivität ebenfalls

positiv ausfällt. Gleichzeitig ergab die Studie, dass das Bewusstsein um die eigenen Genitalien mit einem höheren sexuellen Selbstwertgefühl einhergeht. Jedoch zeigte sich, dass weder das Geschlecht noch die sexuelle Orientierung signifikante Auswirkungen auf die anderen Faktoren hatten. Die Ergebnisse betonen somit die Relevanz einer positiven Selbstwahrnehmung der eigenen Genitalien für das sexuelle Selbstwertgefühl sowie für die selbstwahrgenommene sexuelle Attraktivität.

Goodman et al. erforschten im Jahr 2017 die Auswirkungen der weiblichen Intimchirurgie hinsichtlich des Körperbildes und der sexuellen Zufriedenheit. Die 120 Teilnehmerinnen, zwischen 18 und 63 Jahre alt, wurden in einem Zeitrahmen von zwei Jahren viermal dazu befragt: Einmal vor der Operation, anschliessend 6, 12 und 24 Monate nach der ästhetischen Intimchirurgie. Probandinnen, die sich einer solchen Operation unterzogen, berichteten vor dem Eingriff über Unzufriedenheit mit ihrem Körper und von einer negativen Selbstwahrnehmung ihres genitalen Bereichs. Der erhobene Wert zur Zufriedenheit erreichte vor der ästhetischen Intimchirurgie 15,58%. Die Erhebung nach der Operation wies signifikante Werte sowohl auf das Körperbild als auch der genitalen Selbstwahrnehmung (nach 6 Monaten 21,02%; 12 Monaten 23,5%; 24 Monaten 23,94%) auf. Zusätzlich stieg die sexuelle Zufriedenheit nach dem Eingriff an, der zu Beginn bei 92,15% lag und nach 24 Monaten auf 98,17% zunahm. Interessanterweise unterschied sich die Gesamtkörperwertschätzung zwischen den Studien- (vor der Operation 2,21%; 6 Monate nach Eingriff 3,34%) und Kontrollgruppen (Beginn der Studie: 3,77%; 6 Monate später: 3,71) nicht signifikant.

Die Ergebnisse aus der Studie von Goodman et al. verdeutlichen, dass die Frauen, die eine Intimmodifikation in Erwägung ziehen, mit ihrem Körper unzufrieden sind und das Aussehen ihres Genitalbereichs von einer negativen Selbstwahrnehmung geprägt ist. Was die Beweggründe für den tatsächlichen chirurgischen Eingriff sind, haben Dogan & Yassa (2019) mit einer quantitativen Studie versucht darzulegen. Von den 71 teilnehmenden Frauen, im Durchschnitt 32 Jahre alt, zählten unter den Hauptmotivatoren die Verbesserung des äusseren Erscheinungsbildes der Genitalien, das Streben nach einem bestimmten Aussehen sowie ein besseres Sexualleben. Zudem spielen auch psychologische Faktoren, wie das Selbstwertgefühl und die körperliche Wertschätzung, eine entscheidende Rolle, aber auch Gefühle wie Unbehagen und Unzufriedenheit tragen zur Entscheidungsfindung für eine ästhetische Genitalchirurgie bei.

In der Stichprobe von Dogan & Yassa gaben 71,8% der Frauen an, Bedenken wegen des Aussehens ihrer Vulvalippen zu haben. Sie sind beunruhigt wegen der Grösse, Form oder der Symmetrie ihrer Vulvalippen und empfinden sie als abnormal oder unattraktiv. Hinzu kommt der Einfluss der Medien und die Konfrontation mit Bildern von „idealen“ oder „perfekten“ Genitalien, die zu den Bedenken hinsichtlich des Aussehens beitragen. Bezüglich der Frage, woher die Frauen ein Bild eines „normalen Genitals“ erlangt haben, gaben 47,9% der Frauen die

sozialen Medien, das Internet und den TV an. Ebenfalls als ein Problem werden von den Frauen funktionelle Schwierigkeiten aufgezählt, wie z.B. Irritationen beim Tragen von Kleidung (54,9%) oder Unbehagen bei der Penetration (46,5%) (vgl. Dogan & Yassa, 2019).

Die Metaanalyse von Sharp et al. (2020) untersuchte die Auswirkungen des Selbstwertgefühls von Frauen, die eine ästhetische Intimchirurgie haben machen lassen. Aus 122 Studien erfüllten nur fünf Studien die Kriterien für die Metaanalyse hinsichtlich des Selbstwertgefühls. Aus diesen fünf Studien setzte eine validierte psychometrische Messung des Selbstwertgefühls sowohl vor als auch nach der Operation um. Diese Studie verwendete die Rosenberg- Selbstwertskala (ERSES). Die anderen Studien verwendeten Einzelfragen zur Selbstwertmessung und erfassten das Selbstwertgefühl nur nach dem Eingriff Ihre Schlussfolgerung beinhaltet, dass Genitaloperationen, insbesondere Labioplastiken, einen positiven Effekt auf das Selbstwertgefühl der Frauen haben. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass es erhebliche Unterschiede in den Studienmethoden und -massen gibt, was die endgültigen Schlussfolgerungen einschränkt.

Die meisten quantitativen Daten liefern keine spezifischen Details, wie ein ästhetischer Genitaleingriff das Körperbild verbessert, aber sie deuten darauf hin, dass sich der Eingriff auf das Aussehen der Vulvalippen positiv auf die Wahrnehmung des Körperbildes auswirken kann. Sharp et al. (2016) interessierten sich ebenfalls für die motivationsantreibenden Faktoren für das Unternehmen einer Intimmodifikation. Zudem befragten sie die 14 Frauen, zwischen 23 und 59 Jahre alt, zu ihren Erwartungen und Erfahrungen im Zusammenhang mit der Intimmodifikation. Die thematische Analyse identifizierte sechs übergreifende Themen, die in dieser Studie von besonderer Bedeutung sind. Zu den zentralen Themen gehören der Einfluss der Medien, negative Kommentare und Erfahrungen, körperliche versus ästhetische Gründe, Zufriedenheit nach der Operation sowie sexuelles Wohlbefinden. Aus den Interviews ging hervor, dass Medieneinfluss eine entscheidende Rolle bei der Entscheidung der befragten Frauen (78,6%) für einen plastischen Eingriff spielt. Negative Kommentare und Erfahrungen trugen ebenfalls mit 71,4% der Frauen zu den Beweggründen bei. Während die Mehrheit von 78,6% der Frauen die ästhetische Operation sowohl mit körperlichen und ästhetischen Beweggründen begründeten, gaben 35,7% an, den Eingriff bloss aufgrund körperlicher Kriterien unterzogen zu haben. Nur drei Frauen (21,4%) begründeten die Intimchirurgie aus rein ästhetischen Gründen unterzogen zu haben. Entgegen den Erwartungen der Autorenschaft, zeigten sich die Mehrheit der Frauen (64,3%) mit dem Ergebnis der Operation zufrieden. Es wurde jedoch festgestellt, dass über die Hälfte der Frauen (57,1%) unterschiedliche Erwartungen hatten, was darauf hinweist, dass die Aufklärung über die möglichen Ergebnisse von Intimchirurgie von zentraler Bedeutung ist. Die überwiegende Mehrheit der befragten Frauen (85,7%) berichteten nach der Operation über ausschlaggebende Verbesserungen zu ihrem sexuellen Wohlbefinden.

Ausgehend vom dargelegten Forschungsstand wird in der angehenden Masterarbeit folgende Forschungsfrage versucht zu beantworten:

- Wie nehmen Frauen, die eine ästhetische Intimchirurgie in Erwägung ziehen, ihren eigenen Körper, ihr individuelles Körperbild und ihren Intimbereich wahr?

## **4. Material- und Methodenteil**

Im Rahmen des Forschungsthemas «Die Rolle der Einstellung zu Körper und Körperbilder von Frauen auf den Entscheidungsprozess hinsichtlich einer ästhetischen Intimchirurgie» richtete sich das Interesse zum einen auf das Erleben des eigenen weiblichen Körpers und zum anderen auf unterschiedliche Einflüsse auf den Entscheidungsprozess. Zur Erhebung der dazu benötigten Biografischen Daten wurde das narrative Interview ausgewählt. Wie die qualitative Studie von Sharp et al. (2016) zeigt, hat die Befragung von Frauen, die sich einer Intimchirurgie unterzogen haben, Einblicke in ihre Lebenssituationen und die Faktoren gegeben, die ihre Beziehung zu ihrem Körper beeinflusst und sie zu dem Eingriff bewegt haben.

Ereignisse, die in der Vergangenheit die Wahrnehmung des eigenen Körpers und dadurch die Beziehung zu ihm beeinflussten, können Aufschluss darüber geben, was die Frauen bewegt, eine im Intimbereich gewünschte Veränderung anzugehen. Anhand der Biografieforschung können Erzählungen generiert werden. Erzählungen eignen sich für die Beantwortung der Forschungsfrage, weil sie „die eigene Person als handelnde Person“ (Rosenthal, 2014, S. 155) einführen und dadurch eigenerlebte Erfahrungen hervorbringen.

Dieser Abschnitt des Methodenteils erklärt die verwendete Erhebungsmethode in den Sozialwissenschaften. Anschliessend wird der Begriff "Biografieforschung" definiert und eingeordnet. Danach wird besprochen, wie das narrative Interview im Rahmen des Forschungsprojekts genutzt werden kann und welche Erkenntnisse damit gewonnen werden sollen. Darauf folgend werden die Datenerhebung und die Durchführung der Studie zusammengefasst. Die einzelnen Schritte der Auswertungsmethode werden vorgestellt und am Schluss die Forschungsethik besprochen.

### **4.1 Erhebungsmethode**

Aufgrund der Methodenwahl einer biografischen Untersuchung im Rahmen einer Masterarbeit wurde die Anzahl Interviews auf zwei bis drei Teilnehmerinnen begrenzt. Durch die sorgfältige Auswahl passender Erhebungs- und Auswertungsverfahren lässt sich die Fragestellung auch mit einer geringen Stichprobenzahl durch neu gewonnene Erkenntnisse beantworten.

Das Kriterium der Repräsentativität sieht Helfferich (2011, S. 172) für die qualitative Stichprobe als nicht sinnvoll an, da es beinahe unmöglich ist, die Zusammensetzung der interessierenden Grundgesamtheit zu ermitteln; das durch qualitative Methoden erhobene Datenmaterial stellt eine Illustration des Phänomens dar, an dem gerade das Besondere in diesem spezifischen Einzelfall interessiert. Auch den Anspruch an eine „innere Repräsentation“, d.h. dass innerhalb der Stichprobe sowohl sehr unterschiedliche als auch typische Fälle beleuchtet werden, ist hier nicht möglich (vgl. ebd., S. 173f.).

Im weiteren Verlauf werden die einzelnen Schritte der Biografieforschung und die Umsetzung eines narrativen Interviews ausführlich beschrieben.

#### **4.1.1 Die Biografieforschung**

In der interpretativen Biografieforschung wird anhand von Einzelfällen auf theoretische Verallgemeinerungen abgezielt anstatt auf numerisch Daten. Seit den 1980er Jahren werden in der Soziologie die quantitative Lebensverlaufsforschung und die qualitative Biografieforschung getrennt. Während die quantitative Lebensverlaufsforschung faktische Ereignisse im Lebenslauf untersucht, konzentriert sich die qualitative Biografieforschung auf die Sinnggebung und biografischen Konstruktionen der Individuen. Es wird nicht nach vorab definierten Lebensereignissen gefragt, stattdessen wird aus den erzählten Lebensgeschichten rekonstruiert, welche Erlebnisse für die Befragten biografisch relevant gewesen sind und wie sie diese deuten. Biografie wird als Konstruktionsleistung des Subjekts verstanden, wobei die Biografieforschung interpretative Verfahren nutzt, um einzelne Biografien zu verstehen und zu erklären (vgl. Rosenthal, 2014, S. 182).

Die interpretative Biografieforschung nutzt biografische Methoden nicht nur für Fragestellungen, die offensichtlich auf die Lebensgeschichte von Menschen bezogen sind, sondern auch für bereichsspezifische Fragestellungen. Diese Methode basiert auf grundlegenden theoretischen Annahmen, die die Bedeutung sozialer Phänomene im Zusammenhang mit den Lebenserfahrungen der Menschen interpretiert. Diese grundlagentheoretischen Annahmen beinhalten folgendes (vgl. Rosenthal, 2014, 176ff.):

1. „Um soziale oder psychische Phänomene verstehen und erklären zu können, müssen wir ihre *Genese* – den Prozess ihrer Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung – rekonstruieren.
2. Um das Handeln von Menschen verstehen und erklären zu können, ist es notwendig, sowohl die Perspektiven der Handelnden als auch die *Handlungsabläufe* selbst kennen zu lernen. Wir wollen erfahren, was sie konkret erlebt haben, welche Bedeutung sie ihren Handlungen damals gaben und heute zuweisen und in welchen biographisch konstituierten Sinnzusammenhang sie ihre Erlebnisse und Handlungen stellen.

3. Um die Aussagen eines Interviewten/Biographen über bestimmte Themenbereiche und Erlebnisse seiner Vergangenheit verstehen und erklären zu können, ist es notwendig, sie eingebettet in den *Gesamtzusammenhang seines gegenwärtigen Lebens* und in seine daraus resultierende Gegenwarts- und Zukunftsperspektive zu interpretieren“ (Rosenthal, 2014, S. 178).

In der soziologischen Biografieforschung wird daher die gesamte Lebensgeschichte des Erzählenden sowohl in ihrer Entstehung als auch in ihrer Gegenwarts-Konstruktion betrachtet. Erst nachdem die Struktur bzw. die Gestalt der gesamten Lebensgeschichte erfasst ist, werden einzelne Lebensbereiche oder -phasen analysiert (vgl. Rosenthal, 2014, S. 179). Biografische Analysen berücksichtigen nicht nur die Selbstdefinition von Individuen, sondern auch die Zuschreibungen durch andere Personen. Dies entspricht der interaktionistischen Sozialisationstheorie, die die Wechselwirkung zwischen Fremd- und Selbstdefinition untersucht (vgl. Rosenthal, 2014, S. 180).

Biografische Erlebnisse und deren Kommunikation sind in unterschiedliche soziale Rahmungen eingebettet, wie informelle alltägliche zusammenhängende (z.B. Familie, Freundeskreis) und formal organisierte (z.B. Parteiversammlung, therapeutisches Gespräch) Kontexte. Diese Rahmungen sind mit funktionalen Teilbereichen der Gesellschaft wie Gesundheitssystem, Ausbildungssystem und der Wissenschaft verflochten. „Welche Bedeutung biographischen Erlebnissen seinerzeit zugeschrieben wurde, wie sie in den Erfahrungsvorrat der Biographin oder des Biographen eingeordnet wurden, ist ebenso wie deren Präsentation in der Gegenwart des Erzählens von diesen sozialen Rahmungen und den damit zusammenhängenden kulturellen Regeln abhängig“ (Rosenthal, 2014, S. 184). In sozialwissenschaftlichen Interviews müssen die Regeln und Rahmungen berücksichtigt werden, da sie die Artikulation biografischer Erlebnisse im Interview beeinflussen und thematisierte sowie nichtthematisierte Kontexte mitbestimmen (vgl. Rosenthal, 2014).

#### **4.1.2 Die Datenerhebung durch das narrative Interview**

Wie bereits erwähnt, wird als Forschungsgrundlage zur Erhebung und anschließender Auswertung des Erkenntnisinteresses nach Rosenthal (2014) vorgegangen. Das im Rahmen dieser Masterarbeit interessierende Phänomen der Wahrnehmung des Körpers, Körperbildes und Intimbereichs von weiblich gelesenen Frauen soll in der Biographie der interviewten Personen kontextualisiert werden. Ein ästhetischer Eingriff im Genitalbereich kann eine grosse Bedeutung für ihre Lebensgeschichte haben. Gleichzeitig kann die Lebensgeschichte einen grossen Einfluss auf die Entscheidung für einen solchen Eingriff haben. Um einen biographischen Kontext herstellen zu können, wird auf narrative Interviews zurückgegriffen, die es ermöglichen,

eine „Rekonstruktion des Erlebens von Ereignissen, die alle Befragten selbst miterlebt haben“ (Rosenthal, 2014, S. 152) zu erfassen.

Das eigene Körperschema, und im spezifischen das weibliche Genital, mit der Entscheidung zum ästhetisch-chirurgischen Eingriff, wird in der gesamten Lebensgeschichte verortet. So kann in Erfahrung gebracht werden, wie Denken, Handeln und Erleben in der Gegenwart durch vorangegangene Erlebnisse mitgeprägt wurden und werden. Bei narrativen Interviews wird ein Erinnerungsprozess in Gang gesetzt, der sich in der Erzählung der interviewten Person äußert (vgl. Rosenthal, 2005, S. 139ff.). Gelingt es während dem Interview, dass die Gesprächspartnerin ihre Erfahrungen als Geschichten, anstatt Beschreibungen oder Argumentationen erzählt, weist dies, gemäss Rosenthal, den höchsten Indexikalitäts- und Detaillierungsgrad auf. Indexikalität bedeutet, dass etwas im Kontext verankert ist und sich auf eine konkrete Situation bezieht. Weil Erzählungen an eine spezifische Zeit, einen bestimmten Ort und an eine bestimmte Person gebunden sind, können sie Kognitionen und Gefühle der damaligen eigenerlebten Situation wieder aktivieren (vgl. Rosenthal, 2014, S. 153). Der Detaillierungsgehalt entsteht durch den Erzählfluss der befragten Person, die sich zunehmend der Sichtweise der Vergangenheit annähert, die damaligen Handlungsabläufe oder Erlebnisgestalt reproduziert „[...] und wie dieses Erleben ihre gegenwärtigen Perspektiven und Handlungsorientierungen konstituiert [...]“ (Rosenthal, 2014, S. 155). Gerade wenn die interviewte Person länger und ununterbrochen von ihren selbst erlebten Ereignissen erzählen kann, würden nicht nur die Erzählungen immer detaillierter, sondern es würden auch die leiblichen Erinnerungen aktiviert. Durch das Erinnern und Erzählen können Eindrücke, Gefühle, Bilder, sinnliche und leibliche Empfindungen sowie Elemente der erinnerten Situation wieder bewusst werden, an die die erzählende Person möglicherweise schon eine Zeit lang nicht mehr gedacht hat (vgl. Rosenthal, 2014, S. 156).

Narrative Interviews sind darauf ausgerichtet, Erzählungen zu generieren und zeichnen sich im Vergleich zu Leitfadeninterviews durch eine hohe Offenheit aus. Durch die minimale Vorgabe von Anweisungen ermöglicht das narrative Interview eine ungehinderte Erzählung, in der der Sinn im Zusammenhang mit der Lebensgeschichte sukzessive konstruiert werden kann (vgl. Helfferich, 2011, S. 41). Zu Beginn des Interviews steht eine Erzählaufforderung, die die erste Phase einleitet. Darauf folgt das erzählgenerierende Nachfragen anhand angefertigter Stichpunkte in der ersten Phase. Zuletzt werden Fragen gestellt oder Themenbereiche angesprochen, über die die interviewte Person nichts gesagt hat (vgl. Rosenthal, 2005, S. 137).

Unabhängig vom thematischen Schwerpunkt der empirischen Untersuchung soll zur Erzählung der gesamten Lebensgeschichte aufgefordert werden. „Damit wird es möglich, einzelne Lebensbereiche oder -phasen im Gesamtzusammenhang des Lebens und in ihrer Genese zu betrachten“ (Rosenthal, 2014, S. 153). Weil aufgrund des „Prinzips der Offenheit“ die Relevanzen und alltagsweltlichen Konstruktionen der erzählenden Personen im Vordergrund

stehen, wird in diesem Zusammenhang vorerst eine hypothesengeleitete Datenerhebung verzichtet (vgl. Rosenthal, 2014, S. 151).

Ziel des narrativen Interviews ist im ersten Moment die Hervorlockung und Aufrechterhaltung von längeren Erzählungen. Zunächst können die Gesprächspartnerinnen autonom von ihrer Lebensgeschichte erzählen, ohne von der Forscherin unterbrochen zu werden. Anknüpfend an die Präsentation der Lebensgeschichte, erfolgt die Phase des Nachfrageteils. Dieser Teil soll die interviewte Person anregen zu bereits angesprochenen Themen ihre Erzählungen zu vertiefen. Stehen für die Forscherin interessierende, noch nicht erwähnte Themen offen, wird im letzten Teil des Interviews zu ergänzenden Erzählungen angeregt.

In dieser Masterarbeit hat die Forscherin die Vorgehensweise des narrativen Interviews gemäss Rosenthal (2014) folglich in drei Abschnitte aufgeteilt: Vorgespräch, Erzählaufforderung, immanentes und exmanentes Nachfragen. Die zwei letzteren sind zusätzlich unterteilt in „mögliche Fragen“ und „Checkliste“. Nur in der Spalte „Checkliste“ verzichtete die Forscherin auf die Ausformulierung der Stichworte zu einer Frage. Die aufgeführten Fragen unter der Spalte „mögliche Fragen“ wurden von der Forscherin während des Interviewgesprächs flexibel eingesetzt und nach Bedarf angepasst.

## **4.2 Der Feldzugang und die Durchführung des narrativen Interviews**

Um die geeigneten Teilnehmerinnen für die Studie zu finden, wurden zwei Arten der Kontaktaufnahme ausgearbeitet. Zum einen erfolgte die Kontaktaufnahme über Online-Recherchen und soziale Netzwerke, zum anderen durch direkte Ansprache von ästhetisch- und plastisch-chirurgischen sowie gynäkologischen Praxen. Diese Methoden sollten sicherstellen, dass die Zielgruppe erreicht wird, Im Folgenden werden die einzelnen Schritte des Feldzugangs und die Ergebnisse der Kontaktaufnahme detailliert beschrieben.

### **4.2.1 Internetrecherche**

Der Feldzugang erfolgte über eine Internetrecherche von ästhetisch-plastischen Praxen in der gesamten Deutsch-Schweiz, welche ästhetisch-intimchirurgische Eingriffe praktizieren. Ebenfalls wurden Internetseiten von gynäkologischen Praxen und Internet-Foren zum Thema der ästhetischen sowie plastischen Chirurgie recherchiert.

Letzteres zeigte nach der Recherche, dass es für den deutsch-schweizerischen Kontext keine Foren oder Portale über die ästhetische Chirurgie gab. Diejenigen, die als Foren aufgeführt waren, waren Praxen, die auch Eingriffe im Intimbereich vollzogen, aber Interessierenden

lediglich in Form eines Blogs Informationen über dieses Thema zur Verfügung stellten, ohne dass eine Möglichkeit zum schriftlichen Austausch mit der Praxis oder mit einer Community gegeben wurde. Hingegen wurden von der Suchmaschine Vorschläge für Foren aus Deutschland<sup>4</sup> aufgelistet, auf denen Frauen ihre Fragen und Sorgen unter anderem zum Genitalbereich teilten. Die Forscherin entschied, keine Inserate auf die deutschlandbezogenen Foren aufzuschalten, weil sie die Interviews in Person durchführen wollte und somit den Fokus der Zielgruppe auf die Deutschschweiz eingrenzte.

#### 4.2.2 Soziale Medien

Im weiteren Vorgehen beschloss die Forscherin auf der Plattform Facebookgruppen zur Thematik *plastische und ästhetische Chirurgie* sowie *Schönheitschirurgie* mit Ortsangaben in der Schweiz herauszusuchen. Bevor ein Beitrag in diesen Gruppen aufgeschaltet werden konnte, musste zuerst die Mitgliedschaft und anschliessend auch das Veröffentlichen des Beitrags von den Administrationspersonen der Gruppe bestätigt werden. Insgesamt wurde die Forscherin Mitglied von 11 Facebook-Gruppen. Abgesehen von einer öffentlich zugänglichen Gruppe (*Die Oltner*), brauchte es bei den übrigen Gruppen eine Aufnahmebestätigung durch den oder die Administrator\*in. Teilweise mussten Verhaltensregeln bestätigt oder der Grund für den Beitritt zur Gruppe angegeben werden.

Die Forscherin wurde Mitglied von sechs allgemeinen Facebook-Gruppen:

- *Produkte & Dienstleistungen für Schönheit, Wellness und Wohlbefinden,*
- *Put me in touch – Zürich,*
- *Gratis Inserat & Co.,*
- *Fründe helfet Fründe,*
- *Die Oltner,*
- *Olten*

Aktueller Stand der Gruppen:

- Veröffentlichung ausstehend (Stand 18.05.2024):
  - *Produkte & Dienstleistungen für Schönheit, Wellness und Wohlbefinden*
- Nicht veröffentlicht:
  - *Gratis Inserat Schweiz & Co.*
- Nach kurzer Zeit entfernt:
  - *Olten* (mit der Begründung, dass die Beiträge einen Bezug zu Olten haben müssten)

---

<sup>4</sup> Z.B. *Forum für Schönheitsoperationen, Schönheitschirurgie* ([www.portal-der-schoenheit.de](http://www.portal-der-schoenheit.de), 22.03.2024)

- Veröffentlicht (Mitgliederzahl zw. 3'190 und 47'681, Stand 25.03.2024):
  - Put me in touch – Zürich
  - Fründe helfet Fründe
  - Die Oltner

Die anderen fünf Facebookgruppen thematisierten explizit die ästhetisch und die plastische Chirurgie:

- *Schönheitschirurgie & plastische Chirurgie – Portale Schönheit*
- *Plastische Chirurgie Schweiz*
- *Schönheitschirurgie & Plastische Chirurgie – Portal der Schönheit*
- *Plastische Chirurgie Erfahrungen und Austausch (only for women)*
- *Plastische Chirurgie*

Aktueller Stand der Gruppen:

- Mitgliedsanfrage nicht bestätigt (Stand 18.05.2024):
  - Schönheitschirurgie & plastische Chirurgie – Portale Schönheit
  - Plastische Chirurgie Schweiz
- Veröffentlichung der Suchanfrage ausstehend (Stand 18.05.2024)
  - Schönheitschirurgie & Plastische Chirurgie – Portal der Schönheit
- Veröffentlicht (Mitgliederzahl zw. 2'027 und 6'285, Stand 25.03.2024)
  - Plastische Chirurgie Erfahrungen und Austausch (only for women)
  - Plastische Chirurgie

Als weiteres Verbreitungsmittel verwendete die Forscherin ihr eigenes Profil auf den zwei Sozialen Netzwerken: LinkedIn und Instagram. Auf LinkedIn wurden im Abstand von 10 Tagen zwei Beiträge für die Suche nach Interviewpartnerinnen veröffentlicht und auf Instagram teilte sie die Suche im Abstand von einer Woche zweimal in ihrer Story. Auch hat sie es zweimal auf Whatsapp in ihrem Status gepostet.

Die Forscherin gestaltete einen Beitrag für die Suche nach Interviewpartnerinnen, der spezifisch auf Frauen abzielte, die in den letzten sechs Monaten eine ästhetische Intimchirurgie durchgeführt hatten und bereit waren, ihre Erfahrungen zu teilen. Der Flyer enthielt Informationen zu den Rahmenbedingungen, wie die freiwillige Teilnahme, die Anonymisierung der Daten und die Dauer des Einzelinterviews (zw. 60 und 90 Minuten). Der Zeitraum für die Interviews war auf April bis Mai 2024 festgelegt. Der Flyer wies darauf hin, dass interessierte Frauen mindestens 18 Jahre alt sein mussten und ermutigte sie, Kontakt über die angegebene Mail-Adresse aufzunehmen.

### 4.2.3 Kontaktaufnahme mit Kliniken

Parallel zur Recherche der Foren und Anschrift der Facebookgruppen wurden ästhetisch- bzw. plastisch-chirurgische Kliniken aus der ganzen Deutschschweiz herausgesucht und anhand mit der auf der Webseite aufgeführten E-Mailadressen angeschrieben.

Für die Kliniken und gynäkologischen Praxen wurde ein Schreiben verfasst, mit der Bitte, den angehängten Flyer in ihrer Praxis auszuhängen oder gezielt an bestimmte Patientinnen zu überreichen, sodass der Datenschutz gewährt bleibt und sich interessierte Personen freiwillig bei der Forscherin melden konnten. Der Vorteil von Personen, die sich von sich aus melden, ist, dass sie in der Regel sehr motiviert für eine Teilnahme sind (vgl. Helfferich, 2011, S. 176). Dass Selbstmelder zu einer Teilgruppe gehören hat auf diese sowieso sehr kleine Stichprobe keinen negativen Effekt. Die Kliniken wurden in der Anschrift auch gebeten, der Forscherin Hinweise zu geben, wie sie bestmöglich Zugang zu ihrer Zielgruppe erlangen kann.

Die ästhetischen bzw. plastisch-chirurgischen Kliniken wurden anhand mit der auf der Webseite aufgeführten E-Mailadresse angeschrieben. Mitte März 2024 wurden insgesamt 60 Kliniken angeschrieben, wovon innerhalb der ersten Woche acht geantwortet hatten. Davon erteilten fünf eine Absage, die drei anderen zeigten Bereitschaft, den Flyer entweder in ihrer Praxis aufzuhängen oder ihn direkt an ihre Patientinnen auszuhändigen. Eine dieser Kliniken zeigte Bereitschaft, falls die Durchführung eines Interviews mit einem\*r Chirurgen\*in gewünscht wäre, sich zur Verfügung zu stellen. Von sieben E-Mailadressen erhielt die Forscherin eine Benachrichtigung von Outlook, dass die E-Mail nicht an die angegebene E-Mailadresse zugestellt werden konnte.

Von den fünf Absagen gaben zwei ästhetisch-chirurgische Kliniken an, dass sie keine Kapazität hätten ein Interview durchzuführen, obschon im Schreiben explizit von Patientinnen die Rede ist. Es wurde ein Folgemail verfasst und die Zielgruppe nochmals hervorgehoben und wiederholt zur Unterstützung für das Verbreiten des Flyers angefragt. Auf diese E-Mail erfolgte keine Antwort mehr. Zwei weitere Kliniken gaben an entweder keine Patientinnen oder kaum Patientinnen zu haben, die eine ästhetische Intimchirurgie machen lassen wollen. Aus diesem Grund würde es keinen Sinn machen, einen Flyer im Wartebereich auszulegen. Ohne weitere Begründung, gab eine ästhetische Chirurgie Klinik an, keine Flyer aushändigen zu wollen. Eine ausführlichere Rückmeldung enthielt, dass sie den Zugang über Chirurgen nicht geeignet finden und eher die Anschrift an gynäkologische Praxen empfehlen. Hingegen bestätigte eine Rückmeldung, dass der Weg über ästhetisch-chirurgische Praxen der geeignetste sei, aber empfahl ebenfalls gynäkologische Praxen anzuschreiben.

Anfangs April wurde an die übrigen 45 ästhetisch-chirurgischen Praxen, die beim ersten Anlauf keine Rückmeldung gaben, ein Follow-Up E-Mail verschickt und noch vier neue Kliniken für die Unterstützung angefragt. Auch hier war die Rücklaufquote gering. Von den erneut

angeschriebenen Kliniken erteilten acht eine Absage und bloss eine meldete zurück, den Flyer an zwei Patientinnen abgegeben zu haben. Aus diesem Grund ist es kaum überraschend, dass sich keine interessierenden Interviewpartnerinnen aus dem Feldzugang der Chirurg\*innen gemeldet haben.

Bei zwei von den acht Absagen stellte sich heraus, dass sie keine ästhetischen Eingriffe im Intimbereich praktizieren. Obwohl die Forscherin bedacht war, nur chirurgische Praxen anzuschreiben, die auch eine Intimchirurgie anbieten, schienen sie Begriffe auf der Webseite wie „Body Aesthetics“ in die Irre geführt zu haben. Eine Antwort gab lediglich an, dass sie der Forscherin nicht weiterhelfen können, ohne ihren Entschluss weiter zu begründen. Zwei Kliniken gaben an, keine Flyer aufzuhängen bzw. auszuhändigen. Auch im Follow-Up begründeten drei ästhetisch-chirurgische Praxen ihre Absage mit der geringen Anzahl an Patientinnen, die sich einer Intimchirurgie unterziehen lassen.

#### **4.2.4 Kontaktaufnahme mit gynäkologischen Praxen**

Den gynäkologischen Praxen wurde auf gleicherweise wie bei den ästhetisch-chirurgischen Praxen vorgegangen. Acht Praxen wurden Mitte März 2024 angeschrieben. Mit dem Follow-Up der ästhetisch-chirurgischen Klinik anfangs April 2024 wurden 22 weitere Frauenarztpraxen angeschrieben. Insgesamt wurden 30 Praxen angeschrieben, die geografisch hauptsächlich im Kanton Solothurn und Zürich lokalisiert sind. Von denjenigen, die Mitte März zur Unterstützung angefragt wurden, meldeten sich lediglich zwei mit einer Absage zurück. Eine Frauenarztpraxis sagte ab, weil sie dies nicht unter ihrem Spezialgebiet fasste und deswegen keine Patientinnen diesbezüglich habe. Die andere Absage gab als Grund an, keine Kapazität für ein Interviewdurchführung zu haben. Im zweiten Anlauf folgten von den 22 neu angefragten gynäkologischen Praxen vier negative Antworten. Auch hier begründete eine, nicht die richtige Ansprechperson zu sein, weil sie keine intimchirurgische Eingriffe vornahm. Des Weiteren wurde einmal angegeben, keine Flyer an ihre Patientinnen zu verteilen. Eine gynäkologische Praxis schrieb, dass ihre Patientinnen im Durchschnitt über 50 Jahre alt seien und sich von „diesen Trend“ nicht beeinflussen liessen, sie würden „in Würde Alt werden“.

#### **4.2.5 Datenschutz und technische Herausforderungen**

Für die Anfrage an die Kliniken sowie zur Kontaktaufnahme von möglichen Teilnehmerinnen über andere Kanäle erstellte die Forscherin über Outlook eine neue E-Mailadresse. Damit auch hier der Datenschutz der Kliniken gewährleistet werden konnte, wurden die E-Mails über das BBC oder einzeln versandt. Ein einmaliger Versand an alle herausgesuchten E-Mailadressen war nicht möglich, da Outlook dies als eine kuriose Aktivität oder Spam-Nachricht

registrierte. Damit die E-Mails an die Praxen verschickt werden konnten, wurden pro E-Mail maximal acht E-Mailadressen ins BBC eingefügt. Nachdem die Forscherin dies wiederholend machte, wurde ihr Konto nach ca. dem siebten Mal gesperrt. Ebenfalls mit der Begründung, dass merkwürdige Tätigkeiten von diesem Konto aufgefallen seien. Nachdem das Konto problemlos entsperrt wurde, passierte dies der Forscherin im Follow-Up nochmals, weil sie vergessen hatte, die E-Mails in einem gewissen Zeitabstand voneinander zu verschicken.

#### 4.2.6 Ergebnisse der Kontaktaufnahme

Im Zeitraum von Ende März und Mitte April 2024 meldete sich eine interessierte Frau über Facebook. Sie hatte den Beitrag auf einer Facebookgruppe gesehen und zeigte sich bereit, ein Interview zu dem Thema zu geben. Sie gab an, noch keinen ästhetischen Eingriff im Intimbereich vorgenommen zu haben, sondern lediglich darüber nachzudenken.

Im selben Zeitraum meldete sich eine Person aus dem Freundeskreis der Forscherin, welche durch den WhatsApp-Status auf das Forschungsprojekt aufmerksam geworden war. Sie vermittelte den Kontakt zu einer weiteren Frau, welche ebenfalls über einen operativen Eingriff im Intimbereich nachdenkt. Ursprünglich ausgehend von einer Zielgruppe von Frauen, die bereits eine ästhetische Intimchirurgie haben vollziehen lassen, entschied sich die Forscherin den Fokus mit der biografischen Bedeutung auf den Entscheidungsprozess zu einem ästhetischen Eingriff im Genitalbereich zu verändern. Der Zeitraum der Datenerhebung erstreckte sich von Mitte bis Ende April 2024. Bei beiden verlief der Austausch zur Terminfindung und der Rahmenbedingungen schriftlich über Facebook Messenger und über Whatsapp. Beide Teilnehmerinnen boten der Interviewerin an, das Interview in deren Wohnung durchführen zu können. Demzufolge fand das Interview in beiden Fällen im Wohnzimmer am Esstisch statt. Vorort wurden die Rahmenbedingungen nochmal besprochen. Beide Teilnehmerinnen unterschrieben die Einwilligungserklärung für die Durchführung des Interviews. Die Interviews sind beide mit der Aufnahmefunktion des Mobiltelefons aufgenommen worden. Nach dem Gespräch sind die Aufnahmen auf einen USB-Stick übertragen worden und vom Mobiltelefon gelöscht worden.

Die Transkription erfolgte über f4transkript. Folgende Transkriptionsregeln sind an Rosenthal (2014, S. 93) angelehnt. Eigene Transkriptionszeichen sind von der Forscherin mit einem Asterisk markiert:

Transkriptionszeichen	
,	= kurzes Absetzen
(.)	= *kurze Pause
(4)	= Dauer der Pause in Sekunden
Ja:	= Dehnung eines Vokals
((lacht))	= Kommentar der Transkribierenden

/	= Einsetzen des kommentierten Phänomens
nein	= betont
NEIN	= laut
viel-	= Abbruch eines Wortes oder einer Äusserung
()	= Inhalt der Äusserung ist unverständlich
(sagte er)	= unsichere Transkription
und // solches Zeug. //	= *gleichzeitiges Sprechen ab „solches“
// Mhm //	
Fudi [=Po]	= Erklärung eines schweizerdeutschen Wortes

In der Folge werden Merkmale der interviewten Frauen aufgeführt. Damit die Anonymität gewährleistet werden kann, werden Name, exakte Standorte und weitere persönliche Angaben in der Form anonymisiert, dass keine Rückschlüsse auf sie gezogen werden können. Dies wirkt sich, trotz biografischem Fokus, nicht negativ auf das Analyseverfahren aus.

Zur biografischen Einordnung werden die wichtigsten Eckdaten zu jeder Probandin zusammenfassend aufgeführt:

- *Fallstudie Verena L.:* Verena ist 35 Jahre alt. Räumlich kommt sie aus dem Kanton St. Gallen. Sie hat eine Tochter. Sie hat im Verlauf ihres Lebens unterschiedliche Ausbildungen absolviert und Berufe ausgeübt. Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie in keiner romantischen Beziehung, hat aber seit etwa zwei Jahren eine verbindliche Sexualpartnerschaft mit einer männlichen Person. Sie kann sich konkret seit vier bis sechs Monaten vorstellen, ihre inneren Vulvalippen verkleinern zu lassen. Der Impuls, etwas an der Vulva verändern zu wollen, kam bereits vor zwei Jahren. Die Interviewdauer betraf zwei Stunden und 27 Minuten<sup>5</sup>.
- *Fallstudie Ajna M.:* Ajna ist 30 Jahre alt. Sie lebt im Gebiet beider Basel. Sie ist kinderlos. Sie hat einen Bachelor in Sozialer Arbeit FH und ist im sozialen Bereich tätig. Sie ist zum Zeitpunkt des Interviews in keiner romantischen Beziehung. In den vergangenen Jahren hatte sie ausschliesslich romantische bzw. intime Beziehungen mit Frauen, wobei sie sich auch von Männern angezogen fühlt. Insgesamt überlegt sie sich seit ungefähr sechs Jahren eine ästhetische Intimchirurgie machen zu lassen. Das Interview dauerte zwei Stunden und 32 Minuten.

### 4.3 Das Verfahren zur Datenauswertung

Die Auswertung der Daten erfolgt in diesem Projekt nach der Methode Rosenthal (2014, S. 186ff.). Diese Methode bietet ein passendes Instrument zur Auswertung von Interviews, die darauf ausgerichtet ist, Biographien zu erfassen. Die Stärke dieser Methode liegt einerseits in der Verwendung verschiedener Methoden zur Auswertung von Textmaterial und andererseits

<sup>5</sup> Begründung der langen Interviews kann die Wahl einer biografisch-narrativen Gesprächsführung sein, die eine mehrstündige Gesprächsdauer erfordert (vgl. Rosenthal, 2014, S. 153).

zeichnet sie sich durch deutlich abgegrenzte und relativ klare Analyseschritten aus. Rosenthal nutzt die Textanalyse, die von Schütze (1983) für narrative Interviews entwickelt wurde, und verbindet sie mit der strukturalen Hermeneutik (vgl. Oevermann et al., 1979) sowie mit der thematischen Feldanalyse (vgl. Fischer, 1982). Allen diesen Methoden gemeinsam ist ein rekonstruktives und sequenzielles Vorgehen. Damit wird „die Bedeutung einzelner Passagen aus dem Gesamtzusammenhang des Interviews erschlossen“ (Rosenthal, 2014, S. 186). Ein zentrales Element ist auch, dass die Auslegung des Textes oder der Texteinheiten der chronologischen Entwicklung folgt und bei der Analyse zwischen der erzählten und der erlebten Lebensgeschichte unterschieden wird. Dadurch wird die biographische Bedeutung der Vergangenheitsperspektive in die Gegenwart integriert.

Rosenthal (2014, S. 188ff) unterscheidet für die Fallrekonstruktion folgende fünf Auswertungsschritte:

1. *Sequenzielle Analyse der biografischen Daten*: In einem ersten Schritt geht es darum, die Ereignisse im Lebensverlauf ihrer Abfolge nach zeitlich zu ordnen. Nebst dem Interview können noch andere Quellen hinzugezogen werden. Die Lebensphase soll eingebettet in einen sozialisationstheoretischen- und entwicklungspsychologischen Kontext betrachtet werden. Jedes Datum soll unterschiedlichen Lesarten unterzogen werden. Durch unterschiedliche Hypothesen sollen Auswahlmöglichkeiten an Entscheidungen oder Wegen aufgezeigt werden, welche an diesem Zeitpunkt anknüpfen könnten. Das Wissen über die Biografie wird hierbei ausgeblendet.
2. *Text- und thematische Feldanalyse*: Nun wird der Fokus auf das erzählte Leben gelegt. Nicht, was erlebt wurde, sondern wie es in der biografischen Erzählung dargestellt wird, wird nun betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass die einzelnen Textteile in einem Beziehungszusammenhang stehen. Deshalb wird nach thematischen Feldern gesucht, in welchen die Sequenzen spezifisch eingeordnet werden oder eine solche Rahmung vermieden wird.

Hier spielt die Unterscheidung der Textsorte in Erzählung, Argumentation und Beschreibung eine wichtige Rolle. Als Vorbereitung dient ein stichwortartiger Überblick der Textsequenzen, welche durch Redewechsel, Änderungen der Textsorte oder inhaltliche Modifikation gekennzeichnet ist.

3. *Rekonstruktion der erlebten Lebensgeschichte und sequenzielle Feinanalyse*: Es erfolgt der Wechsel zum erlebten Leben. Die Bedeutung einzelner Erlebnisse wird herausgearbeitet und die im ersten Schritt entwickelten Hypothesen werden miteinbezogen und mit dem Interviewtext verglichen.

Einzelne Textstellen, welche durch z.B. lange Pausen, Versprecher oder Abbrüche hervortreten, können mehr Sinn beinhalten als bis anhin vermutet und bedürfen

möglicherweise einer Feinanalyse. Damit können latente Sinnstrukturen noch weiter aufgebrochen werden.

4. *Kontrastierung der erzählten und erlebten Lebensgeschichte*: Die erzählte wird der erlebten Lebensgeschichte gegenübergestellt. Es werden Erklärungen für mögliche Differenzen zwischen den Ebenen der Vergangenheits- und der Gegenwartsperspektive gesucht. Die zu beantwortende Frage lautet, wie bestimmte biografische Erfahrungen zu einer bestimmten Präsentation in der Gegenwart geführt haben.
5. *Typenbildung*: Die Fallrekonstruktion ist nun abgeschlossen. In einem letzten Schritt ist es nun möglich, einen ersten Typus zu bilden. Dieser gründet auf der jeweiligen biografischen Verlaufsform.

#### **4.4 Datenschutz und Forschungsethik**

Besonders in der Biographieforschung muss der Schutz der Privatsphäre von sensiblen Daten und die Integrität der Person gewährleistet werden, zumal sie sich auf die Erinnerung der zu interviewenden Person stützt (vgl. Ruhe, 2014, 46). „Verantwortlicher Umgang bedeutet für biografisch Arbeitende die Anerkennung von Vertraulichkeit, Exklusivität und Transparenz über die weitere Verwendung von Informationen und Daten“ (Ruhe, 2014, S. 46). Die Interviewpartnerinnen werden von der Forscherin über das Thema, das Ziel des Interviews und die Art und Weise der Verwendung der Daten mündlich informiert und mit einer Einwilligungserklärung wird das Einverständnis dafür schriftlich eingeholt. Die Teilnahme basiert auf Freiwilligkeit und die Interviewpartnerinnen haben jederzeit die Möglichkeit das Interview abubrechen oder auch nach dem durchgeführten Interview bis zur vollständigen Anonymisierung die Verwendung der Daten abzusagen.

Die Forscherin ist sich bewusst, dass Biographiearbeit viele Empfindungen hervorrufen kann: „Schönes, Trauriges, Peinliches, Schamvolles“ (ebd., S. 44). Aus diesem Grund ist ein geschützter Rahmen zu schaffen, worin Grenzen beider Parteien gewahrt, Pausen gemacht werden und die Interviewpartnerinnen entscheiden, was sie erzählen und was sie für sich behalten möchten. „Der Erinnernde ist Eigentümer seiner Erinnerung“ (ebd.).

### **5. Ergebnisdarstellung**

Im folgenden Teil dieser Arbeit wird die biografische Perspektive herausgearbeitet. Die Analyse der Interviews und die theoretischen Überlegungen sollen ein umfassendes Verständnis dafür liefern, wie Frauen ihre Körperwahrnehmung und -entscheidungen gestalten. Dabei wird insbesondere darauf eingegangen, wie biografische Prägungen und individuelle

Lebensgeschichten das Erleben von Frauen beeinflussen, die sich im Entscheidungsprozess für oder gegen eine ästhetische Intimchirurgie befinden.

In einem ersten Schritt wird die Fallstudie von Verena L. und anschliessend von Ajna M. aufgeführt. Die Ergebnisse innerhalb einer Fallstudie sind unterteilt in „Fallstruktur“, „Beziehung zum eigenen Körper und das Körperbild“ und „Beziehung zum Intimbereich“. Das Kapitel schliesst mit einer Kontrastierung beider Fälle ab.

In der Fallstruktur zeigen sich zentrale Elemente von Lebensereignissen, die zur Lebensgestaltung der Probandinnen beigetragen haben und die sich thematisch in der Beziehungsgestaltung zum eigenen Körper und zum Intimbereich widerspiegeln.

## **5.1 Fallstudie Verena L.**

### **5.1.1 Fallstruktur Verena L.: Vom Daseinskampf zum Lebenssinn**

Durch die Feinanalyse hat sich bei Verena L. die Fallstruktur „Vom Daseinskampf zum Lebenssinn“ herauskristallisiert. Charakteristisch für Verena L. ist die Verwendung einer kämpferischen Sprache, die in einschneidenden Ereignissen (Anorexie, Lupus Diagnose, unerwünschte Schwangerschaft, postnatale Depression, Anklage durch Kindsvater) zum Ausdruck kommt. Sichtbar wird das z.B. darin, dass sie aufgrund ihrer Anorexie in ein Isolationszimmer eingewiesen wird, obschon sie dieser Einweisung einvernehmlich zugestimmt hat, assoziiert sie diese mit „Freiheitsentzug“ (Z. 587) und beschreibt ihre Ankunft wie folgt: „Bin dort reingekommen und bin sozusagen verbarrikiert worden dort drin“ (Z. 594f.). Oder auch als „der ganze Kampf mit- ähm mit der postnatalen Depression<sup>6</sup>“ (Z. 306) sie durch die ungeplante Schwangerschaft einholt und sie sich ihrer Lebensgestaltung beraubt fühlt: „[...] ich habe auch keine Wahl gehabt. Ich habe das Kind austragen müssen im 5. Monat, (.) oder? Und es ist mir komplett ähm mein Leben und meine- meine- meine Entscheidung und- und ähm meine Freiheit in dem Sinn genommen worden“ (Z. 310-312).

Durch die verschiedenen biografischen Ereignisse hindurch kommt nebst dem kämpferischen Wortschatz auch der Kampfgeist von Verena zur Geltung. Dies wird mit Wörtern wie „aufge- rafft“ (Z. 53; 636), „bewältigen“ (Z. 128), „die Freiheit herausgenommen“ (Z. 746f.; 754f.) und „beweise“ (Z. 264; 332; 830) bzw. „bewiesen“ (Z. 927; 931; 940) unterstrichen.

---

<sup>6</sup> Zu erwähnen ist, dass Verena ihre Tochter nach einem Monat in Fremdbetreuung gegeben hatte, weil sie fand, dass sie den Bedürfnissen ihrer Tochter nicht gerecht werden konnte und weil sie überfordert mit der Situation war. Diese Familie, die die Tochter fremdbetreute für etwa ein Jahr, waren in der Anklageschrift des Expartners bzw. Kindsvaters als Zeugen aufgeführt.

Die Essstörung bis hin zur Anorexie bilden einen Schwerpunkt in Verenas Leben. Erste Einflüsse auf ihr Essverhalten zeichnen sich bereits in ihrer Kindheit ab, als ihre Schwester im Kindergartenalter sie zu schikanieren beginnt, was Verena als Bestrafen erlebte.

V.: „Ähm ich esse zum Beispiel seit Kindheiten seit da kein ähm Butterbrot zum Beispiel mehr. Also ich esse keine Butter, kein Rahm, keine Milch. Weil sie mich in dem Sinn so erpresst hat. Wenn ich mit ihr nicht habe wollen spielen, (1) habe ich einen riesen Brocken Butterbaren müssen essen. Oder eine ganze Flasche Milch trinken oder Rahm oder halt wirklich (1) bis zum Erbrechen“ (Z: 402-406).

Im Alter von etwa 19 Jahren hört Verena zu rauchen auf. Das scheint für sie der ausschlaggebende Punkt für ihre Ernährungsumstellung zu sein, weil sie ständig einen Blähbauch gehabt habe (Z. 24) und sich „komplett unwohl gefühlt“ (Z. 24-25) hatte. Vermutlich hatte sie professionelle Hilfe in Anspruch genommen, da sie sagt, sie habe dafür 7000.- Fr. ausgegeben, aber es habe nichts gebracht „[...] und habe dann angefangen selber Lebensmittel aus- aus meinem Leben herauszustreichen“ (Z. 26-29), bis sie nur noch Früchte und Gemüse zu sich genommen hat (vgl. Z. 30). Unabsichtlich sei sie dadurch in die Magersucht abgerutscht (vgl. Z. 19). Ihren Daseinskampf illustriert sie durch die Benennung ihres damaligen Körpergewichts und der Beschreibung: „Das ist- das ähm ja der- der- der Hunger geht dann halt wirklich eben in den Notstand zurück oder?“ (Z. 530-531). Eine Fähigkeit, die sich aus den verschiedenen Ereignissen verdeutlicht, ist, dass sich Verena externe Hilfe holt, wenn sie erkennt, dass sie selbst aus ihrer Notlage nicht herausfindet. Im Jahr 2009 gibt Verena ihr „Aus“ durch (vgl. Z. 39-40; 517). Regelmässige Krankenhausaufenthalte und Aufenthalte in einer Klinik für Essstörungen führten nicht zur Besserung, da sie weiterhin an Gewicht verlor, statt zuzunehmen. Schliesslich wog sie nur noch 21 Kilo und musste wieder ins Krankenhaus. Dort lag sie sieben Wochen lang mit einer Magensonde. Nach dieser Zeit musste sie das Gehen neu lernen. (vgl. Z. 620-632; 667).

Ihr Daseinskampf und ihre Fähigkeiten zu Kämpfen zeigen sich besonders, als ihr der Boden unter den Füßen wegzubrechen droht, als der Vater ihres Kindes sie verlässt und sie wegen des alleinigen Sorgerechts verklagt. Verena stellt sich erneut ihrer Krankheit und ist sich sicher, dass ihre Tochter ihr das Leben gerettet hat und sie ihretwegen nicht wieder in die Magersucht zurückgefallen ist. (vgl. Z. 290-295).

V.: „Und ich glaube, dort hätte ich mich ähm komplett aufgegeben. Und wenn die Kleine jetzt nicht gewesen wäre, ja, hätte ich mich dort wirklich gehen lassen“ (Z. 297-298).

Ein wichtiger Schritt in ihrer Lebensgestaltung vom Daseinskampf zum Lebenssinn ereignet sich während ihrer postnatalen Depression und dem gleichzeitigen „Kampf auch ähm mit dem Gericht mit dem- mit dem Ex ähm um- um die Obhut und meine Tochter“ (Z. 265-266), in der Verena ihren Willen und ihre innere Stärke findet: „**dieser** ganze Kampf hat mir meine- meine- meine Weisung jetzt in dem Sinn so gegeben“ (Z. 269-270): „So und jetzt, beweise ich es auch

mir selber, dass ich es kann. Dass ich Mama sein kann“ (Z. 264-265; vgl. Z: 830-831). Dies scheint eine wichtige Erfahrung in Verenas Biografie zu sein: dass sie sich selbst akzeptieren kann und zum Zeitpunkt des Interviews "im Reinen" mit sich selbst ist. (vgl. Z. 274), „[w]eil ich weiss, was ich zustande bringe“ (Z. 272-273).

Ihren Lebenswillen und eine Sinngebung, um ihre Kämpfe durchzustehen, findet Verena, wenn sie für andere Menschen da sein kann. Auch ist sie ihnen sehr dankbar, sei es z.B. die Zimmergenossin im Krankenhaus (vgl. Z. 629-641) oder ihre Tochter, für die sie die Verantwortung trägt:

V.: „Weil ich- (1) ich hätte mich sozusagen gerne in dieser Zeit fallenlassen, aber ich habe ja nicht können, weil ich habe eine Verantwortung. Ich habe eine Tochter. Und ähm (3) diesen Kampf müssen auf sich zu nehmen, ähm zum- für sich selber zu funktionieren und auch für- für das Kind, wo man ja nicht einmal hat wollen. Ähm, hat halt Heiden- also wirklich extrem viel Energie gebraucht. Ähm, aber das gibt sie mir jetzt um das Zehnfache wieder zurück“ (Z. 650-655).

Die Essstörung erweist sich bei Verena als Lebensthema, was sie selbst klar benennen kann:

V.: „Ähm, was ich auch (.) ganz klar und realistisch ähm sagen kann, ich werde **nie** mehr auf- auf wie soll ich sagen? Auf normaler Basis wieder können so Essen wie- wie früher. Das- das wird nie mehr die Sache sein, weil für das bin ich zu lange in dem drin gewesen oder stecke vielleicht auch jetzt noch zum Teil drin. Ähm. (1) Aber ein Essen wird für mich immer ein Thema jetzt sein, weil das- ähm (1) ja, da bin ich zu spät wirklich reingekommen“ (Z. 503-508).

Bei Verena zeigt sich, dass eine Essstörung und hier im Besonderen eine Anorexie, direkte Auswirkungen auf den Körper und die Körperwahrnehmung haben kann. Auch in Bezug zur Beziehung zum Körper und zum Körperbild ist eine von Konflikten bedingte Struktur wiederzuerkennen, denen sich Verena ab dem 30. Lebensjahr auf positiver Weise annähern und ihren Körper<sup>7</sup> akzeptieren kann, wie er ist (vgl. Z. 249; 273; 350; 1533). Dieser Akzeptanz des eigenen Körpers steht der Genitalbereich gegenüber, der aus dem „mit sich im Reinen sein“ (Z. 81; 117; 274; 1289) ausgegrenzt wird und als eine für sich allein stehende Angelegenheit bzw. von Verena als „Störfaktor“ (Z. 1070) wahrgenommen wird.

Weiter im Interview zeigt sich, dass sie nach der Trennung der Eltern, als sie mit ihrem Vater zusammenlebte, sich durch ihre Jugendzeit durchgekämpft hat: „Ich habe funktionieren müssen“ (Z. 428). So gesehen ist sie in die Rolle ihrer Mutter eingesprungen, indem sie mit 12 Jahren für den gesamten Haushalt (kochen, Wäsche waschen, putzen) zuständig war: „Ähm und bin für meinen Vater sozusagen auch ähm, Hausfrau, Freundin, Partnerin, Kind, Putzfrau so bisschen alles in einem gewesen“ (Z. 425-426). Bereits mit 12 Jahren war sie oft allein zu

---

<sup>7</sup> Hier sei verwiesen, dass sich aus dem Interviewkontext vermuten lässt, dass wenn Verena von ihrem Körper spricht, sie sprachlich wiederholend einen Bezug zum Gewicht bzw. Körpergewicht macht: „Wohlfühlgewicht“ (Z: 12),

Hause, da ihr Vater begann, sich zu verabreden und eine Partnerin in einem anderen Kanton fand, bei der er viel Zeit verbrachte.

Dies ist eine Lebensphase, woraus sich annehmen lässt, dass Verena ein auffallendes Bedürfnis nach Kontrolle entwickelte. Vermutlich gab es ihr ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit. Bei Verena zeigte sich, dass sie beim kontrollierenden Verhalten noch nicht gelernt hatte, ihre körperlichen Grenzen wahrzunehmen, um ein angemessenes Mass an Kontrolle auszuüben.

### **5.1.2 Die Beziehung zum eigenen Körper und das Körperbild**

Die Beziehung zw. Verena und ihrem Körper hat so manche Herausforderungen durchgestanden. Aus dem Text zur Fallstruktur zeigen sich bereits einige Schwerpunkte und wie sich diese Herausforderungen womöglich im Verlauf ihres Lebens auf die Beziehung zu ihrem Körper ausgewirkt haben.

Verena macht bereits zu Beginn des Interviews eine Verbindung zu „Gewicht“, „Wohlfühlgewicht“ und der Magersucht. Daraus kann geschlossen werden, dass Essen und Ernährung im Zusammenhang mit dem Körper ihrer Biografie eine zentrale Rolle innehaben, sowohl in der Gegenwart („[...] dass ich jetzt ähm hinstehe und wirklich für mich ein Menu koche und hinsitze und esse, das ist- das ist etwas wo, ja knapp ein halbes Jahr erst- (3) wo ich vorher wirklich nicht habe können“ (Z. 712-714)) wie auch in der Zukunft („[...] Essen wird für mich immer ein Thema jetzt sein [...]“ (Z. 507)). Die Beziehung stellt sich bei Verena als Dreiecksbeziehung zwischen ihr, dem eigenen Körper und dem Essen bzw. der Ernährung dar.

Über das Essen hat Verena versucht, ihren Körper zu regulieren bzw. zu kontrollieren. Auch zum Zeitpunkt des Interviews lässt sich eine kontrollierende Verhaltensweise dem Körper gegenüber beobachten, wenn sie sagt: „[...] ich habe meinen Körper im Griff [...]“ (Z. 219). (Darauf wird im weiteren Verlauf des Textes ausführlicher eingegangen).

Spricht Verena generell von ihrem Körper, kann angenommen werden, dass implizit ihr Körpergewicht mitgemeint ist. Somit lässt sich erklären, wieso Verena ihren „weiblichen Körper“, der früher nie so relevant gewesen sei (vgl. Z. 9f.), vom „Körper“ unterscheidet: „Und habe dann eigentlich den Fokus gar nicht ((atmet ein)) (2) auf meinen Körper ähm eben als- als Frau in dem Sinn gerichtet, sondern eben natürlich ähm ja (.) es- das Leben hat sich in dem Sinn nur noch um das- um das- um das Essen in dem Sinn gedreht. Oder eben nicht zu essen“ (Z. 41-44).

Noch bevor Verena eine Essstörung entwickelte lag der Richtwert ihres „Wohlfühlgewichts“ (Z. 12) auf: „Ich habe (.) immer so ein bisschen, wie soll ich sagen, wollen einen flachen Bauch haben. Das ist für mich eigentlich immer so der Fokus dort gewesen“ (Z. 14-16). Ressentiment

verspürte sie ihrer Schwester gegenüber, die die Körperform hatte, die sich Verena immer gewünscht hatte (vgl. Z. 373): „Und ähm äh das Perle am ganzen ist natürlich auch, meine Schwester hat immer können essen und machen und was sie hat wollen. Die hat nie zuge-  
nommen. Und ich dann aber schon“ (Z. 373-375).

Sport war in Verenas Familie ein zentraler Bestandteil. Für Verena war er einerseits ein wichtiges Ventil, um sich auszugleichen, andererseits nutzte sie ihn auch, um Kontrolle über bestimmte Situationen zu behalten. Selbst in den einschneidendsten Lebensereignissen (Beispiel 1: im Spital mit 21 Kilo; Beispiel 2: der erste Monat nach der Geburt) wollte sie nicht darauf verzichten:

- V.: Ich habe mir die Mager- Magensonde mir (zweimal) gezogen und wenn ich mal- also wenn ich mit der Magensonde gehabt habe und mit dem Schläuchlein ähm mal habe dürfen raus, habe ich nichts besseres gewusst weder einfach irgendwo auf einen Winter Par- Vita Parcours und mich (1) ähm so schnell wie möglich die Kalorien wieder verbrennen gehen (Z. 666-669; Beispiel 1)
- V.: „Ich habe zwar zum Teil mir jeweils die Freiheit herausgenommen und habe dann ähm wo mein- ähm mein Expartner dazumal noch bei mir gewesen ist oder noch zuhause gewohnt hat mit uns, ähm bin ich jeweils wirklich um- um 4 Uhr am Morgen bin ich aufgestanden, habe ihn geweckt, und habe gesagt: "ich gehe schnell joggen". Dass ich **wenigstens** (.) meinen Sport so am Morgen um 4 Uhr gehabt habe, oder?“ (Z. 745-750; Beispiel 2).

Die Beispiele verdeutlichen, dass Verena die Entscheidungsmacht, über ihren Körper und wie er aussehen soll, beibehalten wollte.

Verena greift kaum Erzählungen hinsichtlich des Körpers aus der Kindheit und Jugendzeit auf, in der sich weitere Merkmale der Beziehungsgestaltung abzeichnen könnten. Auf die Frage, wie der Körper in der Familie thematisiert wurde, meint Verena, dass er von der Familie nicht thematisiert wurde. Gleichwohl weist auch diese Sequenz auf, dass Verena im Schema der Dreiecksbeziehung denkt und assoziiert mit der Frage, dass es in Bezug auf sie immer ge-  
heissen habe: „die Verena isst alles“ (Z. 458), „die Verena ist eine gute Esserin“ (Z. 458) oder „sie ist eine Stämmige“ (Z. 458f.). Dabei erklärt sie, dass in der Familie niemand von ihnen übergewichtig gewesen sei und alle normalgewichtig gewesen sind. Für Verena wäre der Körper dann zur Sprache gekommen, „ich glaube, hätte ich jetzt- hätte ich jetzt starkes Übergewicht gehabt, wäre- ist- wäre klar gewesen, okay, ähm- ähm da müsste wahrscheinliche einmal irgendetwas gehen“ (Z. 486-487).

Auf die Jugendzeit bezogen, erzählt Verena, dass sie in der Pubertätszeit keine Zeit hatte, sich auf ihren Körper zu fokussieren (vgl. Z.427f.). Das hängt ev. – wie in der Fallstruktur erwähnt – damit zusammen, dass Verena bereits im Alter von 12 Jahren durch die Trennung der Eltern viel Verantwortung für sich selbst, den Haushalt und sogar ihren Vater übernommen hatte und sagt: „Es ist- ich habe funktionieren müssen“ (Z. 428).

Zentrale Bezugspunkte für die relationale Auseinandersetzung mit ihrem Körper kommen für Verena am Anfang ihres jungen Erwachsenenalters zur Geltung. Den Auslöser für ihre Ernährungsumstellung macht sie daran fest, dass sie von einem Tag auf den anderen mit dem Rauchen aufgehört hatte und „[w]eil eigentlich so meine- meine Körperfunktionen (dann irgendwie) wirklich zusammengesackert sind“ (Z. 22f.). Sie habe ständig einen „Blähbauch“ (Z. 24) gehabt und sich „komplett unwohl gefühlt“ (Z. 24f.). Hierin findet sich wieder das Thema der Kontrolle. Liest man Verenas Kontrollbedürfnis als Überlebensstrategie, ist anzunehmen, dass sie mit der Ernährungsumstellung ein Gefühl der Sicherheit und des Wohlergehens zurückerlangen wollte. Zieht man ihre Erfahrung während der Zeit nach der Trennung der Eltern heran, in der sie keine Ressourcen hatte, sich auf ihren Körper zu fokussieren und ihn dadurch nicht kennengelernt hatte, fehlte ihr die Fähigkeit, auf die körperlichen Grenzen aufmerksam zu werden. Ihr Körper signalisierte diese, als er bspw. an Leistung abnahm, als sie als Autolackiererin arbeitete, dann in die Kosmetikbranche wechselte und schliesslich am Ende ihrer Kräfte war (vgl. Z. 30ff.). Diese Verhaltensweise zeigt sich auch in den beiden oben aufgeführten Beispielen, wo Verena Joggen geht, obwohl ihr Körper sich regenerieren sollte.

Verena verwendet den Begriff „Kriegsfuss“, um die Beziehung zum Körper während der Phase der Anorexie zu beschreiben. In den Beispielen, die Verena aufzählt, zeigt sich, dass sie die Anzeichen ihres Körpers ignorierte bis hin zu, dass ihr die Warnzeichen egal wurden). Ähnliche Verhaltensweisen zeigen sich auch beim Lupus, der Schwangerschaft und der Zeitspanne kurz nach der Geburt. Im Gegensatz zu diesen Ereignissen, die klar mit körperlichen Veränderungen in Verbindung stehen, sieht Verena keinen Zusammenhang hinsichtlich eines Einflusses auf die Beziehung zw. ihr und ihrem Körper, als sie die postnatale Depression durchmachte: „Ich- ich denke eher das- das passiert mehr auf- auf der Psyche an sich“ (Z. 870f.). Dass ihr Körper in solchen Situationen funktionieren musste (vgl. Z. 683; 726), spiegelt sich auch in der postnatalen Depression wider. Obschon sich Verena in dieser Konstellation nicht darüber bewusst zu sein scheint, lassen sich Parallelen der körperlichen Anzeichen wie z.B. der Erschöpfung und zur Anorexie ziehen, wenn sie z.B. von den Treffen mit der Tochter bei der Pflegefamilie erzählt: „Auch wenn es **jedes** Mal ein riesen Kraftakt ist. Und ich habe **maximum** manchmal 2 Stunden ausgehalten und bin nachher (.) ähm wie ein Häufchen Elend Zuhause angekommen und einfach nur noch schlafen gegangen, weil es so viel Kraft gebraucht hat“ (Z. 807-809).

Heute ist Verena ihrem Körper dankbar, dass er die „Strapazen“ (Z. 716) mitgemacht hat. Auch ist sie von ihrem Körper beeindruckt, was er durchgestanden hat und was er weiterhin zustande bringt:

V.: Das sind so, ähm Sachen wo ich mir vielleicht auch wirklich erst im Nachhinein bewusst werde, und wo ich wirklich sagen muss: "W-wie geht das?" Und auch **jetzt** ähm, ich habe 40 Kilo. Also wenn- wenn ich anderen erzähle, ähm ich habe 40 Kilo, dann heisst "Oh, Gott. Wie bitte?" und sage ich: "Ja, aber ich arbeite 50% in der Gastro. Ich habe nochmal einen Job und ich habe ein Kind und ähm (1) ja ich- ich ähm bin demnächst oder bin jetzt im Aufbau und möchte demnächst ein- einen Berglauf machen." (2) Ja, wo- wo ich dann wirklich sagen muss, von wo holt er das und von wo- von wo bekomme ich die Energie über und wie geht das, dass mein Körper so lange überlebt hat bis jetzt, obwohl ich ihm ja wirklich (.) alles genommen habe, was gegangen ist" (Z. 699-707).

Seit dem 30. Lebensjahr hat sich für Verena der Stellenwert ihres Körpers verändert. Für Verena bedeutet der Körper jetzt ihr Leben (vgl. Z. 1366ff.), weshalb sie sich nicht mehr von ihren Gedanken „drillen“ lässt, um ihn an die Grenzen zu bringen (vgl. Z. 1379). Aus diesem Grund räumt sie ihm auch mehr Platz ein und berücksichtigt ihn in ihrer Lebensgestaltung:

V.: „(2) Und ähm. Ja und ich finde irgendwo durch muss ich- ist es- ist es meine Aufgabe zum- ja wie gesagt, eigentlich die- die Dankbarkeit eigentlich wieder zurückzugeben und wirklich eben dem Körper Sachen gegeben, wo ich- wo ich Jahre lang ähm gemieden habe. Und auch zur Ruhe kommen und auch- was ich früher gar nicht konnte. Also jede freie Minute bin ich irgendwo aktiv gewesen. Nein jetzt. Ich gönne meinem Körper ganz- sehr, sehr viel Schlaf.

F<sup>8</sup>.: Mhm.

V.: Und nehme mir die Freiheit ja raus, auch wenn ich von anderen höre: "mein Gott, du gehst schon um 9 ins Bett?" Ja. Tut mir leid. Ich brauche viel Schlaf. (1) Und will ich und führe ich auch so durch. Und wenn es jetzt einmal eine Ausnahme gibt und ich bin länger wach oder ich gehe irgendwie weg und komme spät nach Hause, dann muss ich mich auch nicht drillen zum am nächsten Tag, weiss nicht wie früh, irgendwann Sport machen gehen zu müssen, sondern dann gehe ich es früh- äh gehe ich es ruhig an und gehe vielleicht im- im Verlauf vom späteren Nachmittag vielleicht joggen. Vielleicht gehe ich ja gar nicht. Dass ich (unv.) in dem Sinn lass und- und ähm, (2) ähm Erholungsphasen auch gönne, oder?" (Z. 1397-1411).

Für Verena entspricht ein ideales Körperbild dem, wenn es proportional stimmig aussieht. Das ist bspw. ein Grund, weshalb sie die kleine Brustgrösse annehmen kann, weil sie findet, dass es zu ihrer Körperform passt (vgl. Z. 1037f.). Ein wiederkehrendes Thema ist der „flache Bauch“, worüber sie sich z.B. während der Schwangerschaft grosse Sorgen machte, dass er einerseits wachsen und sichtbar werden würde und andererseits, welche Folgen dies auf den Bauch haben könnte (z.B. Dehnungsstreifen: 888). Dabei greift sie wiederholt auf, dass es proportional übereinstimmen soll. Daraus folgert sie, dass es bei ihr nicht natürlich aussehen würde, wenn sie grosse Brüste hätte. Es lässt sich annehmen, dass Verena körperliche Proportionalität mit Natürlichkeit in Verbindung setzt, dem sie gerne entsprechen möchte. Wie sich nun ihre Vorstellungen zu Körper entwickelt und manifestiert haben, lässt sich aus dem Interview nicht erschliessen.

---

<sup>8</sup> Abgekürzt für Forscherin.

### 5.1.3 Die Beziehung zum Intimbereich

Im ersten Teil „Erzählaufforderung“ des Interviews sagt Verena, dass auch wenn der „weibliche Körper“ (Z: 9f.) für sie nicht relevant war, sie wusste, dass ihr Intimbereich im Vergleich zu anderen Frauen – damit meint sie ihre Kolleginnen – anders aussieht (vgl. Z: 101-102). Es hat sie „im grössten Teil nicht gross gestört“ (Z: 103).

Im vertiefenden Teil des Interviews spricht sie im Zusammenhang mit den inneren Labien ihre Menarche an. Sie war 13 Jahre alt als sie diese erstmals bekommen hat. Sie kann nicht rekonstruieren, ob sie zu dem Zeitpunkt bereits vergrösserte Vulvalippen hatte (vgl. Z: 1243-1245). Sie kann sich erinnern, dass sie mit ihrer Sandkastenfreundin früher, ohne dass sie es zeitlich präzisiert, darüber gesprochen und diese auch verglichen hatte. Sie habe dann schon gewusst: „Okay. Mein Intimbereich sieht noch ein bisschen anders aus weder ihrer“ (Z: 1248-1249). Es scheint, als habe sie kürzlich nochmals mit ihrer Freundin zusammengesessen und den Intimbereich verglichen: „Aber ähm, dass es jetzt wenn ich es jetzt- wenn ich jetzt über quasi mit ihr so zusammensitze, dass es so einen verheerenden Unterschied gibt, (1) hätte ich nicht gedacht. (3) Weil man hat ja so- ich sage jetzt einmal seine- seine Vorstellungen wie es ja so aussieht“ (Z: 1249-1252).

Für Verena biografisch relevant wurde der Intimbereich nach der Geburt ihrer Tochter. Davor musste sie andere Probleme bewältigen, weshalb sie sich keine Gedanken zu ihrem Intimbereich gemacht habe (vgl. Z: 126-129). Die Zeit nach der Geburt war für die Wahrnehmung ihrer Vulva prägend. Bei der Geburt hatte Verena keinen Dammriss, sondern „es hat bei mir [...] die inneren Schamlippen wirklich ähm aufgerissen“ (Z: 1155f.). Auch waren ihre Labien angeschwollen, was das Volumen der Vulvalippen nochmals vergrösserte. Diese Phase erlebte Verena als sehr einschränkend:

V.: Und **dort** habe ich wirklich auch nicht richtig sitzen können. Ich habe wirklich auf dem Steissbein sitzen müssen. [...] Und dort habe ich wirklich so **gewaltige** Einschränkungen gehabt (Z: 1161-1164).

Aufgrund des Risses und der Anschwellungen zieht sie einen Vergleich zu einem Mann mit Hoden, weil sie Eiswürfel auflegen und Binden tragen musste, damit die Schwellung zurückgeht (vgl. Z: 1158-1160). Dieses Erlebnis war für Verena ausschlaggebend. Sie begann, sich mit dem Aussehen ihres weiblichen Geschlechts auseinanderzusetzen und „je länger wie mehr“ (Z: 69f.; 130f.; 133f.; 133; 140) störte es sie.

Sie ist sich bewusst, dass nicht nur sie innere Labien hat, die länger als die äusseren sind, aber sie erlebt diese als einschränkend. Bei der Unterhose sind sie bemerkbar und in anderen

Alltagssituationen, wie wenn sie in Leggings joggen geht oder im Bikini herumläuft, fürchtet sie, dass sich die Vulvalippen abzeichnen oder dass ihre Bikinihose verrutscht und sie dadurch sichtbar werden könnten (vgl. Z: 138-147). Als mögliche Einschränkung zählt sie zusätzlich das Fahrradfahren auf, weil „[m]an spürt es“ (Z: 1074), obwohl sie selbst keines fährt (vgl. Z: 1072-1074).

Für Verena entspricht das Aussehen ihrer Vulva nicht der Norm (vgl. Z: 164). Auf die Frage, wie sie sich ihre Vorstellung zum weiblichen Genital gemacht hat, antwortet sie: „Das hat man von- von einem Frauenbild an sich in dem Sinne, wo- wo man eigentlich überall sieht“ (Z: 1256-1257). Neben den Vergleichen in ihrem Freundeskreis hat sie sich im Internet über das Aussehen informiert. In Internetforen hat sie verschiedene Vulven betrachtet und festgestellt, dass sie genauso unterschiedlich aussehen wie Penisse bei Männern. (vgl. Z: 1179f.). Dennoch machte sie sich Sorgen über die Beschaffenheit ihrer Vulvalippen, weil sie „auch farblich anders“ (Z: 1259) sind. Sie beschreibt die Farbe vom Dunkelrot bis Blau, weswegen sie vorerst dachte, dass sie weniger durchblutet sind und sich sorgte, was die Konsequenzen davon sein könnten. Sie kam zum Schluss: „Wo ich nachher gemerkt habe, okay es tut weder weh noch sonst irgendetwas und sie sehen konstant immer gleich aus. Ähm. Also gehört es so“ (Z: 1262-1263). Überleitend spricht sie ihre die Zukunft betreffenden Befürchtungen an. Sie macht sich Gedanken, wie ihre Vulvalippen im Pensionsalter aussehen werden. Die Haut werde schrumpeln und sie fragt sich: „Wie sieht das nachher dort unten aus?“ (Z: 1266). Für sie sind es keine schönen Gedanken, wenn sie Unterhosen anziehen müsste, die die Vulvalippen hochheben (vgl. Z: 1266-1271). In diesem Zusammenhang lassen sich Ihre Befürchtungen erklären, wenn man ihre Erfahrung mit ihrem Genital nach der Geburt heranzieht, als sie Binden einlegen musste und aufgrund der Schwellung nicht richtig sitzen konnte.

Verena wäre gerne stolz auf ihr weibliches Genital, doch das könne sie nicht sein. Sie möchte es gerne zeigen können. Für sie gehört das Zeigen des weiblichen Genitals zum Frausein dazu. Unter anderem hat sie auf Informationsseiten nachgelesen, was man tun kann, um seinen Körper bzw. die eigene Vulva zu akzeptieren: „[...] wo es dann heisst eben zum den Körper zu akzeptieren oder- oder den Intimbereich genau anzuschauen“ (Z: 1185f.). Für Verena ist es momentan unvorstellbar, sich nackt vor den Spiegel zu setzen und ihren Intimbereich anzuschauen.

V.: „Weil- weil es mich dann halt einfach stört. Ich finde mein- mein- meinen Intimbereich schlichtweg nicht schön. Alles andere ist mir gleich, aber den Intimbereich an sich, finde ich nicht schön. Und **das** hätte ich gerne anders. Dass ich selber zu mir sagen kann: "okay, jetzt (.) ja jetzt gehe ich mal (.) (neusle<sup>9</sup>) blöd gesagt und- und gehe es genau anschauen, oder?“ (Z: 1186-1191).

---

<sup>9</sup> Schweizerdeutsch für „heimlich anschauen“

Den Wunsch, den Verena diesbezüglich an sich hat, ist, dass sie nach einer Operation ihr weibliches Geschlecht betrachten möchte, entdecken und damit ausgelassen Spass haben kann. Sie möchte sich nicht mehr gehemmt fühlen und die Einschränkungen, die sie erlebt, nicht mehr haben (vgl. Z: 1415-1429).

In sexuellen Interaktionen stört sie die Vorstellung, dass der Mann auf ihre Vulva schaut und dabei schon die inneren Vulvalippen sieht – im Speziellen, wenn sie ihm den Rücken zugekehrt hat und diese ersichtlich sind. Das fühle sich für Verena nicht schön an. Mit dem Sexualpartner, mit dem sie seit zwei Jahren eine sexuelle Beziehung führt, hat sie inzwischen kein Problem mehr sich nackt vor ihm zu zeigen. Aus dem Interview ist zu entnehmen, dass sie mit ihm bereits über ihre inneren Labien gesprochen hat. Sie sagt, er akzeptiere sie als Person, ihren Körper und auch ihre Vulvalippen. Sie könne es aber verstehen, wenn er ihr mitgeteilt hätte: „Sorry, das da unten gefällt mir gar nicht“ (Z: 1068-1069). In dieser Aussage wird ersichtlich, welche Gedankengänge Verena in Hinsicht sexueller Interaktionen beschäftigen, nämlich wie ihre Vulvalippen auf das Gegenüber wirken könnten und die Furcht abgewiesen zu werden.

Verena ist sich sicher, dass es keinen Einfluss auf ihre Entscheidung haben wird, was der Sexualpartner von der ästhetischen Intimchirurgie hält, unabhängig davon, ob er es befürwortet oder sich dagegen ausspricht: „Also das es ähm beläuft alles auf- auf meinem Interesse, was ich mit meinem Körper mache und was nicht“ (Z: 1362-1364).

In der Beziehungsgestaltung mit dem Intimbereich könnte man sagen, dass Verena auf zwei Gegenpolen steht: Die Vulvalippen stören sie einerseits und die Vulvalippen stören sie andererseits nicht.

Ist sie alleine Zuhause und es rutschen bspw. die Leggings hoch, dann macht es ihr in dieser Situation nichts aus. Es gibt auch Momente, in denen sie denkt: „I-i- Jetzt fange ich an zu spinnen, oder? ((schlägt auf den Tisch)) Jetzt will ich dort noch irgendwie ähm eine Operation machen und- und das verkleinern, anstatt dass ich es einfach akzeptiere. Weil ich habe es ja wirklich von niemandem gehört“ (Z: 1176-1179). Ebenfalls assoziiert sie einen chirurgischen Eingriff damit, dass man seinen Körper nicht so akzeptiert, wie er ist und kommt dadurch wieder auf die Argumentation zurück, dass es die Einschränkungen sind, die sie mit ihren „vergrösserten Schamlippen“ erlebt, die sie stören und sie sich damit unwohl fühlt (vgl. Z: 1044-1056). Gleichwohl antwortet sie auf die Frage, wie ihre Beziehung mit ihrem Intimbereich ist, dass sie es so annimmt, wie es ist (vgl. Z: 1282ff.). Dieser innere Konflikt zeigt auf, dass Verena ihren Körper ganzheitlich, und zwar unabhängig von der Situation, in der sie sich befindet, akzeptieren möchte und es sie stört, dass sie selbst keinen Einfluss auf die Form und Beschaffenheit ihrer Labien ausüben kann. Als Beispiel, dass sie sich und ihren Körper akzeptiert, zieht sie das Aussehen ihres Pos und ihrer Brustgrösse heran: „Ähm und natürlich jetzt auch

eben die Brüste in dem Sinn, wo ich gar keine habe. Aufgrund natürlich jetzt von meinem Gewicht. Von meinem Körpergewicht“ (Z: 84-86). Sie habe sich auch schon Gedanken gemacht, ihre Brüste vergrössern zu lassen, aber schlussendlich stimmt es für sie proportional (vgl. Z: 1046-1051). Am Beispiel „Po“ wird ihre Tendenz, ihren Körper regulieren zu wollen und auch zu können deutlicher:

V.: Also wenn ich ((atmet ein)) ähm (2) wenn ich sage, ich möchte- ich möchte einen grösseren Fudi [= Po] haben oder sonst irgendetwas, ja gut dann- dann- dann ist mir klar, dann (.) muss ich anfangen, ähm mehr essen, anders trainieren und so. Aber das will ich nicht, weil ich bin so genug gut in dem Sinn, so wie ich bin. Und wenn ich es will ja verändert haben, dann kann ich es ja machen, aber meine Schamlippen, die lassen sich **nicht** einfach so verändern“ (Z: 1293-1298).

Die Macht zur Veränderung liege nicht in ihrer Hand. Den Eingriff könne nur durch jemand Externes erfolgen, sonst würden die inneren Vulvalippen unverändert bleiben (vgl. Z: 1298-1301).

Obwohl sie sich ziemlich sicher zu sein scheint, dass sie ihre inneren Labien verkleinern lassen möchte, hat sie bis zum Zeitpunkt des Interviews noch kein Beratungsgespräch in Anspruch genommen. Sie begründet dies damit, dass ihre Erfahrung mit der Lupus-Diagnose und dem verschriebenen Medikament, von dem ihr scheinbar zugesichert wurde, dass es nur die Schwellungen zurückbildet, zu einer Gewichtszunahme von 20 Kilogramm führte. Daher sagt sie, dass ihr das Vertrauen in Ärzte fehlt, besonders wenn es darum geht, dass diese eine Dienstleistung verkaufen möchten (vgl. Z. 1316ff.).

Seit der Geburt hegte Verena Hoffnung, dass sich ihre inneren Vulvalippen verkleinern würden, zumal ihr die Frauenärztin aufgrund der Anschwellung gesagt habe: „Ja es bildet sich wieder zurück“ (Z. 1206). Sie hoffte über mehrere Jahre, „vielleicht zieht es sich ja wirklich **ganz** zurück“ (Z. 1207). Vor etwa zwei Jahren hat sie mit ihrer Mutter über ihre Vulvalippen gesprochen und angedeutet, dass Interesse bestehe, einen ästhetischen Eingriff im Intimbereich machen zu lassen. Konkret einen Eingriff kann sie sich „[...] seit etwa- etwa 4- 4 Monaten bis ein halbes Jahr“ vorstellen“ (Z. 1221).

## **5.2 Fallstudie Ajna M.**

### **5.2.1 Fallstruktur Ajna M.: Der Weg von der selbstvergessenen Altruistin zur selbstbestimmten Aktivistin**

Ajnas Fallstruktur lässt sich deuten als „Der Weg von der selbstvergessenen Altruistin zur selbstbestimmten Aktivistin“. In diversen Lebensphasen kommen zwei Eigenschaften besonders zum Ausdruck: ihre Hilfsbereitschaft und ihr Gerechtigkeitsinn. Diese Eigenschaften

betonen ihre altruistisch ausgerichteten Denk- und Handlungsweisen, die ihr zunächst vermutlich als Bewältigungsstrategien in Momenten der Hilflosigkeit dienten. Bspw. zeigt sich in ihrer Erzählung, wie sie sich stets für ihre Familie und ihr Umfeld aufopferte, um deren Wohlbefinden sicherzustellen. Über sich selbst sagt Ajna, „dass ich mega so ein kollektiver Mensch- also ein kollektiv ausgerichteter Mensch bin“ (Z. 1406f.) und auch heute noch „mit meinem sozialistisch kommunistischen Herz[...]“ (Z. 1407) für andere einsteht.

A.: „Ich habe halt einen mega ausgeprägten Gerechtigkeitssinn gehabt und habe ständig meine Meinung gesagt, das ist schon mal gut gewesen. (.) Ja und auch dort bin ich halt immer, noch in der Phase gewesen, wo ich noch beim anderen bin. Ich habe mich immer eingemischt, wenn es jemand anderem nicht gut geht oder so, dass es nicht einmal primär bei mir gewesen ist“ (Z. 590ff.).

Der Wandel von der „selbstvergessenen Altruistin“ zur „selbstbestimmten Aktivistin“ wurde durch mehrere Faktoren beeinflusst. Die Phase ihrer Kindheit und Jugendzeit beschreibt Ajna als „Überlebensmodus“ (Z. 257;442). Sie war primär darauf bedacht, die unmittelbaren Bedürfnisse ihrer Nächsten zu erfüllen und ihre eigenen hinten anzustellen. Mit zunehmendem Alter und wachsender Lebenserfahrung lernte Ajna, ihre Ressourcen bewusster und zielgerichteter einzusetzen.

A.: Ähm ich möchte, dass ich die Energie, die ich habe für Notfall, für Familie sind und nicht für irgendwelche Bekanntschaften oder egal was. Ich muss auch nicht jedem helfen. Das ist auch weg. Ich muss auch nicht für jeden erreichbar sein. Ähm, dass mit dem auch so einen **Respekt** mir gegenüber kommt. Von **mir** mir gegenüber“ (Z. 1518-1522).

Ihre aktuelle Stabilität macht sie an ihrer Wohnung, in der sie sich gefestigt fühlt, ihrem stabilen Job und den nicht mehr vorhandenen familiären Problemen fest, aber auch, dass sie den Migrationsprozess nicht durchmachen muss und sie nun den Schweizerpass hat (vgl. Z. 435-439). Den Fokus setzt sie vermehrt auf „Themen wie: psychische Gesundheit, Körperding, wie "oh wie möchte ich meine Ferien planen?" um diese Sachen kann ich mir jetzt Gedanken machen. Vorher hat das wie keinen Platz gehabt“ (Z. 439-441). Selbst nach dieser Sequenz tritt ihre altruistische Fürsorge um das Wohlergehen anderer hervor: „Und gleichzeitig verweist das auch darauf, wie viele Menschen den Raum jetzt aktuell nicht haben [...]“ (Z. 442f.). Sie benennt später im Interview, was auch auf ihre Entwicklung als selbstbestimmte Aktivistin hindeutet, dass ihr ihre „politische Bildung“ und die „Genossinnen, die ich habe. Wo das ähnliche durchgemacht haben“ (Z. 1973f.) Kraft gegeben haben und ihr in diesem Kontext Auseinandersetzung ermöglicht haben (vgl. Z. 1971-193).

Über ein Jahrzehnt hinaus schien Ajnas Leben von der Fremdfürsorge bestimmt zu sein, wobei ihre eigenen Bedürfnisse darunter litten: „Ich glaube, hätte ich ein Leben gehabt, wo ich nicht so ganze Zeit überdurchschnittlich starke und viele Probleme um mich gehabt hätte, wo Leute mich brauchen egal was, hätte ich vielleicht auch mehr Zeit gehabt, mich auf das zu

fokussieren<sup>10</sup> (Z. 146-148). Ajna benennt selbst im Interview, dass sie sich mehr in Richtung „Selbstsorge“ (Z. 1822) bewegt, möchte aber ein „gesundes Mass“ (Z. 1822) an „Selbstsorge und Fremdfürsorge“ (Z. 1823) beibehalten. Durch eine gute Freundin fühlt sie sich in diesem Prozess unterstützt:

A.: „Und die Freundschaft zu A. Auch wo halt das- das individualistische bisschen im Blick hat. So die Kombination hat wo mega- ist einfach schön gewesen. Dass ich jemanden habe, der sagt: "hey, schau, da musst du auf dich schauen. Und hey schau, da kannst du auf andere schauen und gleichzeitig auf dich schauen.“ (Z. 1974-1977).

Eine für Ajna äusserst prägende Lebensphase, die sie als die schlimmste bezeichnet (vgl. 681), ist die Zeitspanne, in der ihr Vater zehn Jahre lang Anhänger des Fundamentalismus war. Von diesen zehn Jahren im „extremen Islam“ (Z. 297) waren drei geprägt von der Ablösung davon – ausgelöst durch die drei Geschwister und Ajna (vgl. Z. 318; 328). Aufgrund des damaligen Krieges in Bosnien war die Familie in die Schweiz geflüchtet

„und kein- keiner sagt willkommen. Sondern du gehst mal auf den Bau schaffen, mit der Sprache, die du hast und du bleibst unter diesen Leuten, die du hast. Was passiert dort? Du suchst Zu-Zugehörigkeit. Und dann kommt irgendjemand von der Moschee und sagt, du bist unser Bruder. (unv.) das erste, was du machst, du gehst in seine Arme Alter“ (Z. 381-385).

Retrospektiv bezeichnet sie diese Lebensphase als „Verirrung“ (Z. 322) und dass „[d]as nicht das richtige Leben [...] damals“ (Z. 322f.) gewesen ist. Den fundamentalistisch geprägten Familienalltag thematisiert Ajna vorwiegend in Relation mit Sexualität, Sexualverhalten und Beziehung zu Männern. Sie sieht darin auch eine Erklärung, wieso sie ab dem 19. oder 21. Lebensjahr nur noch mit Frauen in einer Beziehung war, weil sie die Tabuisierung des männlichen Geschlechts bzw. Gegenübers stark verinnerlicht hatte, sodass sich der Geschlechtsverkehr mit einem Mann für Ajna falsch anfühlte:

A.: „Weisst du, es sind so Sachen wo du dann- wo für mich ist Tabu gewesen. Es hat- es ist **so** verinnerlicht worden. Es sind halt die prägenden Jahre gewesen, wo du dich entwickelst, wo du in der ersten- wo in prägender Zeit Pubertät alles du dich am Entwickeln bist. (.) Und dann verinnerlichst du aber, dass es falsch ist mit jemandem zu schlafen, jemanden zu küssen“ (Z. 312-316).

Ajna reflektiert sich selbst und ihr bisheriges Leben oft. Sie fragt sich bspw. wie ihr Leben gewesen wäre, wenn der Vater nicht Teil des Fundamentalismus geworden wäre oder auch, wie die Erziehung durch die Mutter gewesen wäre, die für die „pädagogische Arbeit wenig Zeit“ (Z. 193) hatte, weil sie nebst den Kindern, auch beruflich tätig war, sich im Migrationsprozess befand und, gemäss Ajna, „vom Mann“ kaum Unterstützung erhielt (vgl. Z. 191-195).

A.: „Also ich ver- ich habe es oft versucht zu denken, wie es anders möglich gewesen wäre, aber es kommt immer auf irgendeinen anderen Grund, leite ich es herunter. Und di-

---

<sup>10</sup> In diesem Zusammenhang spricht Ajna von ihren inneren Labien, auf die unter Kapitel „Beziehung zum eigenen Intimbereich“ näher eingegangen wird. Dieser Ausschnitt dient hier lediglich der Verdeutlichung ihres Umgangs mit Problemen anderer Personen.

meistens findest- hört es dann auf beim strukturellen Problem, systematische Probleme, wo die Menschen halt einfach in diese Verhältnisse- sie tun be- also systemische Sachen, die Beziehungen zu den Menschen eigentlich auch zerstören, die es verunmöglichen, dass du dich auf die Erziehung vom Kind einlassen kannst“ (Z. 195-200).

Damit möchte Ajna veranschaulichen, dass nicht allein das Individuum für seine Lebensführung verantwortlich ist, sondern durch die Begriffe Struktur und System in einen grösseren Kontext zu stellen sind. Der Weg zur selbstbestimmten Aktivistin spiegelt sich ebenfalls in der 3-jährigen „Emanzipationsphase“ (Z. 688) wider, in der die Kinder die Eltern mobilisieren – insbesondere den Vater – sich von den „repressiven Macht,, (Z. 689 )-Strukturen zu lösen. Ajna macht es klar an den strukturellen Lebensbedingungen fest und möchte den Eltern keine Schuldzuweisung machen, zumal sie gesehen hat, dass sie Bereitschaft für Veränderungsprozesse zeigten:

A.: „Weil sie einfach in diesem System eingebettet sind. Und ich würde ihnen ja eine Schuld geben, wenn sie jetzt nicht ein paar Sachen überdenkt hätten. Aber nein, sie haben sich weitergebildet. Sie haben zugehört und haben von uns Sachen annehmen können, (1) und das weiterdenken können. Und wegen dem sehe ich, es ist kein individuals- individualistisches Problem. Es ist ein systemisches Problem“ (Z. 459-464).

Hierin kommt Ajnas Aktivismus zum Ausdruck, indem sie sich womöglich aufgrund ihres Bedürfnisses nach Gerechtigkeit mit dem Individuum und Gesellschaft auseinandersetzt, worin sie die Struktur als grundlegend für soziales Handeln sieht, die die Handlungsmöglichkeiten definiert und sich daraus Handlungskonsequenzen herleiten lassen. Dass ihr das ein wichtiges Anliegen ist, kommt am Schluss des Interviews wieder zur Sprache, indem sie abschliessend sagt:

A.: „Einfach- ich möchte einfach für **mich** so abschliessend sagen eben (.) die- (3) das Elend ein bisschen im Ganzen (2) dass es- dass viele Sachen im Leben nicht von einem selber abhängig sind, sondern einfach strukturelle Sachen oder systemische Sachen. Und wie- wie dass- wie nicht nur irgendwie ein Moment oder Situation nur prägend ist für die- für den Moment und die Situation, sondern ein ganzes Leben kann beeinflussen“ (Z. 1988-1992).

Zu erwähnen ist, dass Ajna in der biografischen Erzählung kaum Jahreszahlen oder konkrete Daten verwendet. Sie orientiert sich an ihrem geschätzten Alter:

A.: „[...] weil damals- ja so bis 25 24 ein bisschen bin ich- (1) nein eigentlich bis 21. Genau, so 17 21. Genau. Würde ich sagen. Ah, das ist auch noch etwas. So alterlich verschiebe ich mich mega. Ich habe es nicht mehr ganz in Erinnerung, wie alt ich wann gewesen bin, weil 10 Jahre einfach Horror gewesen sind“ (Z. 670-673).

Diese Selbsteinschätzung spiegelt sich auch im Interview wider. Sie springt zwischen verschiedenen Erlebnissen, sowohl chronologisch wie auch thematisch. Gleichzeitig wirkt ihre Erzählweise, als wolle sie der Forscherin möglichst viele Inhalte anbieten, was wiederum ein Hinweis auf ihre stark ausgeprägte Hilfsbereitschaft ist. Aus der davor geschilderten fundamentalistischen Lebensphase kann angenommen werden, dass Ajna eine traumatisch geprägte Kindheit erlebt hatte – auch kann sie sich nicht an ihre ersten zehn Lebensjahre

erinnern (vgl. Z: 682). Biografisch relevante Ereignisse ordnet sie nach Lebensphasen ein: „in dieser Phase ist es schon mega Überlebensmodus gewesen“ (Z. 256f.), „Emanzipationsphase (Z. 688), „ruhige Phase“ (Z. 694), „Diese Phase an Sexualität“ (Z. 794), „Phase auch von der Kündigung“ (Z. 1444), etc.

### **5.2.2 Die Beziehung zum eigenen Körper und das Körperbild**

Da Ajna kaum Erinnerungen an ihre Kindheit hat, ordnet sie das Beziehungsverhältnis zum Körper „ab den Moment, wo ich mich erinnern kann“ (Z. 11) ein. In dieser Zeit habe der Körper „nie eine grosse Rolle gespielt“ (Z. 12), auch habe sie sich keine Gedanken über ihren Körper gemacht. Aus der Erzählung ist zu vernehmen, dass der Körper für sie eine funktionierende Rolle einnahm. Er ist etwas, den man nutzt (vgl. Z. 16). Diese Bedeutung spricht sie dem Körper ebenfalls aus der aktuellen Perspektive zu: „Eigentlich primär eine funktionelle. Sollte funktionieren und im besten Fall gesund sein“ (Z. 1786f.). Ausser in Situationen, in denen sie „eine beeinträchtigte Person gesehen“ (Z. 16f.) hat, war sie dankbar um ihre körperlichen Funktionen, wobei sie hier auch ihren Gerechtigkeitsinn anspricht, den sie schon als Kind gehabt habe (vgl. Z. 17f.). An zwei unterschiedlichen Stellen im Interview spricht Ajna in Bezug auf ihren Körper von „Glück“ (Z. 15; 277) und meint damit ihren gesunden, funktionierenden Körper.

Während der Pubertätszeit standen für Ajna nicht die körperlichen und psycho-sexuellen Veränderungen im Vordergrund – bspw. kann sie sich nicht erinnern, wann sie ihre Menarche bekam (Z. 544ff.). Der Fokus lag auf dem Lipödem, welches sie in dieser Zeit bekommen hatte. Sie erklärt der Forscherin, dass dies Wassereinlagerungen sind und diese habe sie (nach wie vor) vor allem in den Beinen. Das war ihr „Hauptding, wo mich gestört hat am Körper“ (Z. 118). Punktuell scheinen die Wassereinlagerungen in den Oberschenkel ein Störfaktor zu sein. Wenn eine kostenlose Möglichkeit bestehen würde, würde sie sich „das Wasser aus den Oberschenkel herauspumpen“ (Z. 166;) bzw. das „Wasser absaugen“ (Z. 873; 884) lassen. Aus der Jugendzeit erinnert sich Ajna an eine Situation, in der ihre beste Freundin vor Jungs ihre Jeans angezogen und spöttisch bemerkt hatte, dass sie mit beiden Beinen in ein Hosenbein von ihrer Jeans passen würde. Diese Erfahrung blieb Ajna stark im Gedächtnis und wurde von ihr als unangenehm empfunden. Trotz dieser punktuellen Erfahrung nahm sie ihren Körper im Allgemeinen als durchschnittlich und normal wahr (vgl. Z. 639-651).

Weil für sie ihr Körper „bis zur Pubertät, voll gestimmt [hat]“ (Z. 283), hatte sie sich keine Gedanken zu ihm gemacht. Erst mit dem Lipödem, das Einfluss auf ihr Selbstbild hatte, besonders weil sie Hochleistungssport machte (vgl. Z. 119), gewann die Auseinandersetzung mit

dem Körper an Relevanz. Die Auswirkungen des Lipödems störten sie, weil sie dadurch ein schlechtes Gewebe hatte und infolgedessen keine (sichtbaren) Muskeln an den Oberschenkel aufbauen konnte (vgl. Z. 119f.).

Als wichtige Ressource fungierte für Ajna der Sport. Durch den Sport fühlte sich Ajna bestätigt, weil sie in jeder Sportart gut gewesen sei. In sportlichen Aktivitäten zeigte ihr der Körper, dass er gut funktionierte und darüber hinaus fühlt sie sich im Einklang mit ihm und ihrem „Kopf“ (Z. 530). Sie sieht sich als sportlichen Typ, die ständig in Bewegung sei. Mit der Mobilität verbindet sie Selbstständigkeit bzw. Selbstbestimmtheit. Dazu greift sie ein Beispiel auf, das zwar nicht ihre eigene Erinnerung ist, sondern ihr von der Mutter erzählt wurde, aber in der sie sich womöglich wiederfindet:

A.: „Ich weiss nicht, aber Mami erzählt immer darüber, ((schluckt)) dass ich- sie hat mich gar nicht abgewöhnen müssen vom Topf. Äh, sie hat mich gar nicht müssen abgewöhnen, dass ich auf Topf gehe, sondern ich habe irgendwann Mal meine Pampers abgezogen und bin selber gegangen ((lacht, 4)). Also finde ich- ich verbinde eben die Körperlichkeit auch mit einer gewissen Mobilität oder- und in diesem Zusammenhang auch mit Selbst- m- ich- ich habe immer Sachen selber machen wollen, allein machen und selber“ (Z. 477-483).

Über einen Zeitraum von fünf Jahren (ca. vom 17. bis 21. Lebensjahr) habe sie aufgrund des Lipödems „Stresssituationen“ (Z. 656) erlebt und „Heulanfälle“ (Z. 657) gehabt. Regelmässig habe sie Treffen mit anderen abgesagt, weil sie nichts Passendes zum Anziehen gefunden hätte und sich deshalb unwohl gefühlt habe. Ajna reflektiert im Interview das repetitive Erlebnis: „Aber das kann man jetzt sagen, hat das jetzt mit dem Körper per se zu tun oder hat das damit zu tun, dass ich damals nicht coole Klamotten gehabt habe und schöne Sachen“ (Z. 658-660). Generell findet sie es aufgrund ihrer Biografie schwierig, was mit ihren Lebensbedingungen zusammenhängt und wie sie einfach selbst ist (vgl. Z. 828f.). Dass sie die Phase des Anziehens nicht mehr hat, macht sie einerseits an ihrem Alter fest und andererseits: „Ich habe wie akzeptiert, ich bin eher der sportliche Typ“ (Z. 667f.). Durch das Verständnis, dass ihr Körperbau nicht zu jedem Schnittmuster passt und sie den Fokus auf Materialien legen kann, die sie gerne auf ihrer Haut spürt (vgl. Z. 1498-1507), findet Ajna, dass „mit Kleidern kann man auch viel machen, wo man sich wohlfühlt. Das habe ich auch gemerkt gehabt [...]“ (Z. 1423f.). Vermutlich ist das ein Beitrag zu ihrer Ermächtigung, dass sie selbstbestimmt auf ihr körperliches Wohlbefinden einwirken kann.

Einen grossen Umschwung in Ajnas körperliches Wohlbefinden brachte das Tai-Boxen mit sich. Im Alter von 21 oder 22 Jahren hat sie damit angefangen und es machte ihr so viel Spass, dass sie es als plötzlichen „Nebeneffekt“ (Z. 722; 724) erlebte, dass sich Muskeln entwickelten und z. B. an Armen und Bauch sichtbar wurden. Seitdem sie Tai-Boxen trainiert, fühlt sie sich überwiegend wohl in ihrem Körper. Sie merkte aber, dass sie z.B. während der Corona-Pandemie oder um eine Kündigungsphase herum, ihre Ernährungsart und -weise vernachlässigte

und wieder mit dem Kiffen begann. Es fiel ihr auf, dass sie sich unwohl fühlte und sie realisierte, dass wenn sie Sport macht und dabei auf die Ernährung Acht gibt (wenig Gluten und Milchprodukte), sie sich dadurch am wohlsten in ihrem Körper fühlt. Die Ernährung wirkt sich bei ihr auch auf das Lipödem aus, sodass sie schnell zwei Kilogramm zunehmen würde und deswegen die Hose nicht mehr sitzen würde. Aus dieser Erzählung stellt Ajna fest: „Also ich muss erst- ((atmet aus)) (2) Ich wollte gerade sagen, ich muss erst zunehmen, damit ich über Körper nachdenke. Aber eigentlich (.) ist es auch so, dass wenn ich nicht zunehme, wenn ich- einfach durch das sportliche Ding, wo man hat, das sportliche (.) Begeisterung oder so, freut man sich einfach“ (Z. 741-744).

Worüber sie sich noch keine Gedanken gemacht hat, ist, ob ihr körperliches Wohlbefinden auch ihre Denkweise und Entscheidungskompetenz beeinflusst. Dafür müsse sie sich mal die Zeit zum Überlegen nehmen (vgl. Z. 772-778). Wird Ajna hingegen direkt von der Forscherin gefragt, wie sie ihren Körper wahrnimmt, zeigt sich, dass sie eine Unterscheidung zw. „über Körper nachdenken“ und ihn „im Alltag wahrnehmen“ macht.

A.: (4) Im Alltag ist es glaubs, bin ich mega in meinem Kopf drin. Ich glaube, das spielt noch eine Rolle. Dann eher weniger, es müssen wirklich so Situationen sein, wo ich den Körper aktiv mega (2) nutze. Auch wenn es natürlich jeden Tag ständig ist, dass man den Körper nutzt. Aber so Sportsituationen (2) oder Treppen hochlaufen, wo ich mir dann aktiv Gedanken mache, über den Körper "Okay, wie fühlt der sich jetzt an" und so“ (Z. 1436-1441).

Anknüpfend daran, fällt ihr ein, dass sie ihren Körper in Stresssituationen stark wahrnimmt. Als Beispiel zieht sie erneut die Kündigungsphase heran, aber auch die Ereignisse seit dem 7. Oktober<sup>11</sup> – was sie aber nicht weiter ausführt. Sie spüre, wie sich ihr Körper während dieser Zeit verändert habe. Der Stress machte sich für Ajna besonders in den Oberschenkel bemerkbar (vgl. Z. 1443-1446). Geholfen habe ihr, dass sie sich zurückgezogen habe, um „wieder Ruhe hineinzubringen und die Leute um mich herum“ (Z. 1447f.). Ihr sozialer Umkreis hat für Ajna nach wie vor einen hohen Stellenwert, dazu zeigt sich, dass sie ihr Umfeld auch als Ressource nutzen kann, wenn sie sich selbst in schwierigen Phasen befindet.

Das Wohlbefinden hinsichtlich des Körpers beschreibt Ajna als schwankende Phasen, in denen sie sich sehr gut fühlt, aber auch als solche, in denen sie sich selbst gegenüber „übertrieben kritisch“ (Z. 1403) ist. An und für sich findet sie ihr Gesicht, ihre Hände und ihr Dekolleté ästhetisch. Im Zusammenhang mit den Händen assoziiert sie die starken Hände ihrer Mutter und generell die starken Frauen in ihrer Familie (vgl. Z. 1144f.). Die kritischen Momente verleiten sie zu Gedanken wie: „Du denkst, du bist Sportlerin, aber schau mal deine Oberschenkel an“ oder „Hey deine Oberarme“ (Z. 1401f.). Umfassend ist sie aber mit sich zufrieden und mehrheitlich würde sie sich nicht viele Gedanken über ihren Körper machen – was sie auch

---

<sup>11</sup> Es ist anzunehmen, dass Ajna in diesem Zusammenhang den 7. Oktober 2023 anspricht und die seitherigen Völkerrechtsverletzungen in Gaza meint.

nicht möchte. Diesen Stellenwert leitet sie auf ihre kollektiv ausgerichtete Einstellung ab. Sie möchte sich mehr den „anderen Themen“ (Z. 1408) widmen und weniger „Hey, was könnte ich noch optimieren an mir“ (Z. 1411f.). In dieser kollektiven Ausrichtung sieht Ajna sowohl die Gefahr, dass die psychische Gesundheit darunter leiden kann, wie auch die Ressource, dass sie sich die Zeit nicht nimmt, um über körperliche Veränderungen – wie bspw. eines chirurgischen Eingriffs im Intimbereich – nachzudenken (vgl. Z. 1406-1413). In dieser Auseinandersetzung fragt sich Ajna auch, ob die Veränderungen notwendig sind (vgl. Z. 1416f.). Es zeigt sich hier erneut, dass ihr Körper primär eine funktionierende Rolle einnimmt.

Bereits in der Beschreibung der Fallstruktur zeigt sich, dass während des Heranwachsens die Familie unterschiedliche Probleme parallel zu bewältigen hatte. Hierbei lässt sich eine weitere Möglichkeit ableiten, aus welchem Grund der Körper für Ajna keine einnehmende Rolle spielte. Während sie sich bis etwa zum 26. Lebensjahr im Überlebensmodus befand, hatte sie keinen Raum, um sich mit dem Körper auseinanderzusetzen (vgl. Z. 439-442), solange gesundheitlich alles in Ordnung war. Ajna findet es erschreckend, dass der Körper bei ihr im Alter von 30 Jahren und bei ihrer Mutter mit 50 Jahren eine Rolle spielen darf – im Sinn von, „dass ich auf mich schaue“ (Z. 452). Die Selbstfürsorge „kommt erst mit 30“ (Z. 447), was Ajna klar als ein „Privileg“ (Z. 450; 452) bezeichnet, welches sie nun endlich hat.

Im familiären Kontext wurde, gemäss Ajna, der Körper nicht thematisiert. Er wurde nur dann zum Thema, „wo ich mich nicht normal gefühlt habe“ (Z. 274). „Normalität“ scheint ein Richtwert zu sein, an dem sich Ajna orientiert. Damit erklärt sie, wieso der Körper in der Familie nicht zum Thema wurde und in welchen Kontexten – wie der Schule – sie sich aufgrund von körperlichen Erscheinungsformen nicht „normal“ fühlte. Im Kindesalter hatte sie Neurodermitis und infolgedessen trockene Haut um den Mundbereich. Das habe ausgesehen „als hätte ich ein Schnauz oder Nutella“ (Z. 32) um den Mund, was sie als Kommentare von Mitschüler\*innen gehört habe. Ein anderes Beispiel ist, als sie einmal von den Sommerferien mit kurz rasierten Haaren zurückgekehrt sei und dabei von den Schulkamerad\*innen ausgelacht wurde (vgl. Z. 27). Den Familienkontext beschreibt sie im Zusammenhang mit dem Körper als „unversehrtes Umfeld“ (Z. 277), obschon körperliche Gewalt Teil von Ajnas Heranwachsen gewesen ist (vgl. Z. 555-560). Zuerst nur als Andeutung: „Ah, und so auf den Körper bezogen, vielleicht ist das auch noch ein Punkt. Obwohl ((atmet ein)) meine Mami hat halt recht eine stressige Vergangenheit“ (Z. 190f) und erklärt, unter welchen Lebensbedingungen ihre Mutter sie und ihre Geschwister grossziehen musste. Um ihre Mutter von einer Schuldzuweisung zu entlasten und führt die Lebenssituation – wie in der Fallstruktur aufgeführt – auf die strukturellen Gegebenheiten zurück, „die es verunmöglichen, dass du dich auf die Erziehung vom Kind einlassen kannst“ (Z. 199f.). Nachfolgend benennt sie, dass sie und ihre Geschwister oft geschlagen worden seien, worin sie ihren Körper als etwas erlebte, der sie verteidigt (Z. 558f.).

Im Zusammenhang mit der Funktionalität des Körpers lag im familiären Kontext der Fokus auf der körperlichen Gesundheit. Sofern beides vorhanden war, erhielt der Körper keine weitere Aufmerksamkeit: „Über das hat man nicht geredet, so. Ist nicht relevant gewesen. Hauptsache wir sind alle gesund, man schaut aufeinander blablabla“ (Z. 293). Den Input, zu seinem Körper – wieder auf gesundheitlicher Ebene – Sorge zu tragen, erhielt Ajna über ihre Schwester:

A.: „Und das hat da dazu geführt eigentlich, dass die erste Person, die mir ans Herz gelegt hat, dass ich regelmässig zum Frauenarzt gehe, halt meine Schwester gewesen ist. [...] Also nicht Mami. Und meine Schwester hat es meiner Mami auch gesagt gehabt, dass sie auch regelmässig zu- einmal im Jahr muss man fix zum Frauenarzt gehen“ (Z. 201-206).

Zu erwähnen ist, dass Ajna die Thematisierung von Körper und Sexualität in der Familie auf zwei verschiedenen Ebenen wahrnahm. Explizit wurde nicht über den Körper gesprochen, dafür erlebte Ajna Sexualität als ein tabuisiertes Thema in ihrer Familie. Diese Tabuisierung verbindet sie mit dem Fundamentalismus ihres Vaters (vgl. Z. 289-297). Welche Bedeutung dies für die Beziehungsgestaltung hatte, wird im Kapitel „Beziehung zum Intimbereich“ ausgearbeitet, weil Ajna es vorwiegend in diesem Zusammenhang zur Sprache bringt.

Das Thema Körper konnotiert Ajna auch mit ihrem Vater und greift dabei das soziale System auf. Der Körper ist für Ajna eine politische Angelegenheit. Als Beispiel zieht sie einen „Sozialhilfebezüger“ (Z. 986) heran, um zu verdeutlichen, dass dieser mit dem Geld, welches ihm pro Monat zur Verfügung steht, keine Möglichkeit hat sich mit dem Essen auseinanderzusetzen und ihm kaum Wahlmöglichkeiten für gesunde Nahrungsmittel zur Verfügung stehen. Zusätzlich greift sie als Beispiel die Arbeitsbedingungen auf dem Bau auf und zählt ein paar Unfälle auf, die ihr Vater hatte und nach Jahren der körperlichen Tätigkeit die körperlichen Konsequenzen nach sich trägt mit einem Aufenthalt im Spital (vgl. Z. 988-1006). Dabei stellt Ajna sich die Frage: „Hey, gesundheitlich gesehen, wie wäre das Leben anders gewesen?“ (Z. 1007). Ajna vertritt die Ansicht, um Einflüsse auf den Körper verstehen zu können, müssen diese im System eingebettet und deren Wechselwirkungen berücksichtigt werden, um sie benennen zu können (vgl. Z. 1024-1030).

Aus heutiger Sicht beschreibt Ajna, dass die Beziehung zu ihrem Körper eine „gemeine Beziehung“ (Z. 1489) gewesen ist. Damit verbindet Ajna zum einen ihre ungesunde Ernährung und zum anderen, dass sie „auch meinen Körper Menschen zur Verfügung gestellt habe, wo eigentlich- (2) wie bewusst oder unbewusst das gewesen ist, ist etwas anderes, aber sie haben den Körper zur Verfügung gehabt“ (Z. 1491ff.). Es kann angenommen werden, dass sie mit letzterem ihr ehemaliges Sexualverhalten meint, welches sie im Interview als „Risiko(.)sexualverhalten“ (Z. 368) bezeichnet. Es ist auch nicht auszuschliessen, dass damit ihre grenzenlose Hilfsbereitschaft gemeint ist und jeder Person zur Verfügung stand, die entweder Hilfe

bekundete oder sie annahm, dass diese Hilfe brauchte. Allenfalls ist es eine Kombination beider Aspekte. Aktuell empfindet Ajna die Beziehung zu ihrem Körper als „eine gute, gesunde respektvolle Beziehung zu mir selber“ (Z. 1542), die nicht mehr „primär schambehaftet ist“ (Z. 1495).

### **5.2.3 Die Beziehung zum Intimbereich**

Ajna erinnert sich an eine bestimmte Situation in der 7. Klasse, als sie erstmals mit dem Thema Sexualität und dem weiblichen Geschlecht in Berührung kam. Davor habe sie sich nie über ihren Intimbereich Gedanken gemacht (vgl. Z. 37). Beim Sexualunterricht machte sie die Verknüpfung, dass ihre Vulva anders aussah als die auf der Abbildung. Nach dem Unterricht fragte sie die Lehrperson: „Kann das auch anders aussehen?“ (Z. 45f.). Diese Erfahrung verunsicherte sie stark, weil die Lehrperson antwortete: „Nein, es sieht immer so aus. Nein, es gibt keine andere“ (Z. 51f.). Dieses Erlebnis erzählte sie ihrer Mutter, die sich das bei ihr und auch bei ihrer Schwester anschaute, weil „sie hat das bei sich eben nicht gehabt. Mami selber“ (Z. 57). Alle drei gingen gemeinsam zur Frauenärztin, um das Aussehen des Intimbereichs bzw. der inneren Labien abzuklären. Die Vorgehensweise der Mutter und der Besuch bei der Frauenärztin erlebte Ajna als wichtiges Element in ihrer Biografie. Die Frauenärztin erklärte ihnen die unterschiedlichen Formen von Vulven und Vulvalippen (vgl. Z. 79-83).

Aufgewachsen in einem familiären Kontext, in dem Sexualität tabuisiert wurde, schätzte Ajna den Gang zur Frauenärztin, veranlasst durch ihre Mutter, als eine für sie überraschend progressive Handhabung – im sexualpädagogischen Sinne – ein. Im vorangehenden Kapitel wurde dargestellt, dass der Körper in der Familie nicht thematisiert wurde, solange sie gesund waren. Die Vorgehensweise der Mutter kann unter diesem Gesichtspunkt verstanden werden, gerade weil sie es bei sich selbst nicht kannte, dass sie den Intimbereich der Töchter aus gesundheitlichen Gründen abklären lies.

In Ajnas Wahrnehmung gewann der Intimbereich erst wieder an „Relevanz“, als sie erste sexuelle Kontakte hatte (vgl. Z. 83ff.). An einer anderen Stelle im Interview erzählt sie jedoch, dass sie mit ihrer Cousine erstmals über Selbstbefriedigung sprach und es kurze Zeit später mit ca. 15 Jahren ausprobierte (vgl. Z. 491ff.). Hier kann angenommen werden, dass sie unter „Relevanz“ die Konfrontation mit einer möglichen „Abnorm“ versteht und sich fürchtete oder schämte von dem Gegenüber aufgrund dessen abgelehnt zu werden. Ihre Erfahrung mit der Selbstbefriedigung hat sie positiv konnotiert: „Und ich- ich weiss, dass ich so überwältigt gewesen bin, dass mein Körper das empfinden kann. (1) So dass man so ein Glücksgefühl empfinden kann, einfach dadurch, dass man irgendwo Hand anlegt, so dass man reibt“ (Z. 498-500).

Wie bereits unter Kapitel „Beziehung zum eigenen Körper und Körperbild“ erwähnt, empfindet Ajna das Thema Sexualität rückblickend als ein in der Familie tabuisiertes Thema. Der Einfluss des Fundamentalismus prägte Ajna tief. Eine Beziehung mit einem Jungen war verboten. Die Reflexionen, die Ajna im Verlauf des Interviews macht, verdeutlichen die repressiven sozialen und familiären Strukturen, die ihre sexuelle Entwicklung nachhaltig beeinflussten. Ajna beschreibt eine Erfahrung mit einem Liebesbrief, den sie einem Jungen geschrieben hat, aber nicht abgab. Ihre Mutter fand den zerrissenen Brief in ihrem Zimmer, klebte ihn zusammen und konfrontierte Ajna damit, indem sie drohte, ihr zu zeigen, dass sie noch nicht 18 Jahre alt sei, wenn sie von der Schule zurückkäme (vgl. Z. 330-335).

A.: „Weisst du, es ist so mega gewaltvoll drohend gewesen, alles was, irgendwie mit dem anderen Geschlecht zu tun hat. Und geg- und im gleichen Moment, wenn man etwas kriminalisiert oder tabuisiert, wo mit dem anderen Geschlecht zu tun hat, im Umkehr hast du auch ein Geschlecht. Das gegenüberliegende Geschlecht bist du selber“(2.334-338).

Ajna reflektiert, dass dadurch die eigene weibliche Sexualität unterdrückt und negativ beeinflusst wurde. Der drückende Einfluss führte dazu, dass Ajna, als sie mit ca. 19 Jahren auszog, ein starkes Bedürfnis nach Freiheit – über ihr Leben selbst zu bestimmen – verspürte, was oft zu ungesunden Verhaltensweisen führte (vgl. Z. 784-790). Diese Phase war geprägt durch ein intensives Partyleben, in dem sie sich mit Gesellschaft von den familiären und eigenen Problemen abzulenken versuchte. Das bezeichnet Ajna als ein „Betäuben durch Menschen [...], irgendetwas füllen gewesen“ (Z. 422f.). In dieser Zeitspanne, bis etwa zum 26. Lebensjahr, wechselte sie häufig ihre Partner\*innen und hatte einen hohen Alkoholkonsum (vgl. Z. 390).

Neben den fundamentalistischen Einflüssen auf ihr Sexualverhalten, erzählt Ajna auch von Erlebnissen in Peer-Groups, in denen Jungen herumerzählten, wenn sie etwas mit einem Mädchen hatten. Sie denkt, dies könnte ein weiterer Grund sein, wieso sich Mädchen generell schämen mit Jungen sexuelle Erfahrungen zu machen. Hörte Ajna bspw. ein Mädchen ein anderes beschämen, setzte sie sich für das betroffene Mädchen ein: „Hey wir sind Frauen, bitte im Fall. Wir müssen zusammenhalten. Du kannst nicht einfach so Sachen- das ist privat Alter. Was geht es dich an, was sie macht?“ (Z: 516ff.).

An verschiedenen Stellen im Interview wiederholt sie, dass sich für sie Sex mit Männern falsch angefühlt habe (vgl. Z. 315, 361, 366, 507, 802, 819, 820), was oft zu emotionalen Ausbrüchen wie Weinen führte, „dass Männer erschrocken gewesen sind“ (Z. 363), obwohl sie ihr nichts angetan hätten. Die Diskrepanz, ab wann sie nur noch mit Frauen eine sexuelle oder romantische Beziehung führte, zeigt sich in der Erzählung von ihrem ersten Mal, welches sie "unfreiwillig" (Z. 373) gehabt hatte und "überhaupt nicht toll, überhaupt nicht gern" (Z. 373) erlebt hatte. Ab diesem Moment sei sie nur mit Frauen gewesen (vgl. Z.: 374). Davor erzählt sie von den oben erwähnten sexuellen Interaktionen mit Männern, die zum "Heulfall" (Z. 364)

führten. Da sei sie 20 oder 21 Jahre alt gewesen. Diese Diskrepanz lässt sich damit erklären, dass Ajna ihre biografischen Erlebnisse nicht chronologisch aufrufen kann (vgl. Fallstruktur). Überdies hat die Prägung durch den Fundamentalismus zu einem massiven und gestörten Sexualverhalten beigetragen: „[...] ich habe auch Probleme mit ihnen nüchtern zu schlafen. Bei Männern, ähm, ich muss immer betrunken sein oder bekiff" (Z. 359f.). Ajna hatte auch Schwierigkeiten mit Frauen nüchtern zu schlafen, obschon es ihr hier leichter fiel, benötigte sie einen gewissen Grad an betäubenden Substanzen (vgl. Z. 805).

Neben der ersten negativen sexuellen Erfahrung mit einem Mann, zieht Ajna als weitere Erklärung die Kriminalisierung und Tabuisierung des männlichen Geschlechts heran, die sie durch ihre Sozialisation erfahren hatte, wieso sie während zehn Jahren homosexuelle Beziehungsformen pflegte.

A.: „Man- man sucht dann das, wo für einen- wo sich für einen nicht (.) falsch anfühlt. Und das was du in dieser prägendsten Zeit gelernt hast, ist halt "Hey, es ist falsch. Es ist ein Tabu mit Mann. Verheiratet sein oder keine Ahnung was, muss man erst." So“ (Z. 818ff.).

Es gibt auch Momente, in denen sich Ajna überlegte, ob sie eventuell asexuell ist, kommt aber zum Schluss: „[...] nein eigentlich habe ich Sex schon gerne. Person passt einfach noch nicht“ (Z. 834f.). Diese Gedanken sind hauptsächlich von ihren Vorstellungen von heterosexuellem Sex geprägt. Bei heterosexuellem Sex sei sie einfach nur gelegen, während der Mann derjenige ist, der „kommt und macht“ (Z: 796). Sie fühlte sich dabei häufig unwohl und erlebte die sexuelle Interaktion eher passiv, als ob die Männer Sex mit ihr hätten, anstatt dass sie gemeinsam Sex hätten. Dies erlebte sie wenig genussvoll. Hinzu kam die Angst, verletzt oder abgewiesen zu werden, was vermutlich ihre Bereitschaft und Offenheit für heterosexuellen Sex weiter beeinträchtigte. Oft hatte sie das Gefühl, dass ihre eigenen sexuellen Bedürfnisse nicht beachtet wurden. Zudem bemerkte sie, dass Männer oft versuchten, ihr zu erklären, wie Dinge funktionieren, was sie als eine nicht gleichberechtigte Behandlung empfand (vgl. Z. 1137). Im Gegensatz dazu fühlte sie sich in Beziehungen mit Frauen partnerschaftlicher und unterstützt; sie habe „das Beidseitige erfahren“ (Z. 800).

A.: „Und das hat sich auch im Sex gezeigt, dass eben Frauen (1) das ist i-, genau, das ist mir jetzt gekommen. Frauen haben kein Problem gehabt, ähm Oral runterzugehen. (1) Das ist auch Fakt gewesen. Also wirklich. Das ist wie normal gewesen. Man küsst sich überall. Man ist unten. Und bei Männern ist es halt mehr so gewesen- das ist- jetzt mache ich auch den Link zu, wo ich gesagt habe, "ich habe gedacht, es ist normaler Sex." Einfach hinlegen keine Ahnung, und er hat Sex. Und ich komme nicht zum Genuss. Das ist auch noch ein Punkt. Ich glaube, dass einfach eine Frau vielleicht sich bewusster ist, über die Verletzlichkeit, oder Zartheit keine Ahnung, was für Frauen während dem Sex und mehr auf das eingeht. Und bei Männern bin ich- ist man **nie** auf das eingegangen (2) auf- auf sexuelle Bedürfnisse“ (Z. 1334-1343).

Vor einem Jahr hat sie wieder angefangen Männer zu daten. Jedoch seien beide polygam gewesen (vgl. Z. 352f.). Sie führt diese Erfahrung bzw. Aussage im Interview nicht weiter aus.

Insgesamt reflektiert Ajna, dass sie bewusst Änderungen in ihrem Sexualverhalten vorgenommen hat. Dies spiegelt sich in ihrer Entwicklung als „selbstbestimmte Aktivistin“ wider (vgl. Fallstruktur), die begonnen hat, für ihre Bedürfnisse einzustehen: „Ich möchte sicher nicht mit irgendjemandem schlafen, mit dem- mit dem ich nicht zusammen bin. Das möchte ich nicht. Ich möchte die Person kennen. Ich möchte einen Denkpartner haben und dann kann Sex irgendetwas-“ (Z. 822ff.). Ajna beschreibt weiter, dass sie sich nun in einer Phase befindet, in der sie sich nüchtern und klar mit sich selbst und ihrem Körper auseinandersetzen kann, frei von äusseren Einflüssen wie Substanzen oder Probleme. In diesem Zusammenhang wünscht sie sich künftig „nüchternen Sex“ (Z. 1889) sowie „[u]nd **wenn** Sex, dann guten Sex“ (Z. 1888).

Wenn Ajna über weibliche Körper nachdenkt, fallen ihr spontan die Brüste ein. Das weibliche Verhalten kann sie hingegen ausführlicher beschreiben. Mit weiblichen Verhalten verbindet sie die Rollen, die den Frauen zugeschrieben werden. Ist sie mit einem Mann, nimmt sie eine Rolle ein, „damit er sich wie ein Mann fühlt“ (Z. 1122). Bei Verabredungen mit einem Mann fühlt sie sich „zu laut oder zu lustig oder zu viel Raum einnehmen[d] oder zu maskulin“ (Z. 1131f.). Bei Frauen könne sie sich selbst sein. Sie beschreibt sich selbst als „eine fähige selbstständige Frau- Frau ein bisschen, wo ihre Meinung hat so“ (Z. 1133f.), was eventuell einen Mann abschrecken könne.

Der Wunsch, eine ästhetische Intimchirurgie machen zu lassen, kam bei Ajna im Alter von 24 oder 25 Jahren auf, als es für sie, dank ihrer Schwester<sup>12</sup>, realistisch umsetzbar gewesen wäre. Den Auslöser für den Störfaktor macht Ajna daran fest, dass „wo ich es hätte verwenden sollen. ((lacht)) Also wo- wo es überhaupt irgendjemand anders gesehen hätte oder so“ (Z. 854). Insbesondere in sexuellen Interaktionen beschreibt sie, wie sie ihre Hand vor ihr weibliches Geschlecht legte, um es vor dem Gegenüber zu „verstecken“ (Z. 176) oder dass sie überwiegend, für den Gang zum Badezimmer Unterhosen anzieht, weil sie findet, dass ihre inneren Vulvalippen „hängen“ (Z. 91; 94). Dabei werden die Vorstellungen ersichtlich, die Ajna bei solchen Situationen begleiten: „Und bei Männern habe ich gedacht ‚Oh, sie können denken es ist ein Mikropenis‘ oder keine Ahnung was, weil es einfach hängt. Nicht ästhetisch aussieht, schön. Für mich nicht.“ (Z. 92ff.). Diese Bedenken drücken sich bspw. darin aus, dass „ich auch immer wieder gegoogelt gehabt [habe], was Erfahrungs- was Männer im Internet über das Schreiben. In so Foren. Ob Männer das gut finden oder nicht. Dann habe ich ab und zu gesehen, dass die Männer das vielleicht sogar gerne haben und so Sachen. Also ich habe mich wie- dann- so was ist es beim anderen“ (Z. 103-106).

---

<sup>12</sup> Ajna erwähnt im Interview, dass ihre Schwester die Kosten übernommen hätte (vgl. Z. 127-135). Aus diesem Grund wäre eine ästhetische Intimchirurgie für sie realistisch umsetzbar gewesen.

Ajna beschreibt auch eine prägende Situation, in der sie mit einer sehr guten Freundin und anfangs sexuellen Partnerin über ihre Unsicherheiten sprach. Die Reaktion der Kollegin auf ihre Bedenken brachte für Ajna Normalität in ihr Körperbild, was vermutlich als Erleichterung verstanden werden kann. Diese Freundin nahm ihre eigenen körperlichen Makel als Beispiel: „hey meine Nippel sind so klein. Ich habe gar nicht das äussere Ding“ (Z. 100). Bis zu diesem Augenblick war Ajna die körperliche Beschaffenheit nicht aufgefallen. Durch die Diskussion und den Vergleich mit ihrer Freundin konnte Ajna erkennen, dass sie selbst ihre körperlichen Merkmale möglicherweise extremer wahrnahm, als sie tatsächlich waren: „hey eben ich sehe es bei mir einfach schlimmer als es ist“ (Z. 102f.).

Im Gesamten beschreibt Ajna ihren Intimbereich als eine Quelle von Unbehagen, besonders beim Nacktsein. Sie empfindet ihre „Mumu“ als störend, wenn diese an etwas klebt oder berührt wird, und nutzt daher nach dem Duschen immer ein Handtuch, um sich wohler zu fühlen (vgl. Z. 1460-1471). Ihre inneren Labien, die hervorschauen, empfindet sie als unangenehm, besonders wenn sie sich ohne Unterwäsche bewegt. Am wohlsten fühlt sie sich in Unterhose und Sport-BH (vgl. Z. 1467). Sie erwähnt auch den hygienischen Aspekt, dass sie das Gefühl hat, den Intimbereich mehr reinigen zu müssen und vermutet, dass es mit den längeren inneren Vulvalippen zusammenhängt (vgl. Z. 179-183).

Initiiert durch die Schwester, ging Ajna spontan mit ihr zu einem Beratungsgespräch. Ursprünglich hatte die Schwester den Termin für sich vereinbart und Ajna dann gefragt, ob sie mitkommen möchte (vgl. Z. 1669-1677). Ajna erinnert sich, dass sie bereits älter als 20 Jahre alt war und schätzt sich zw. 23 und 25 ein (vgl. Z. 1267-1271). Das Beratungsgespräch hat Ajna in guter Erinnerung. Sie wurde über ihre Möglichkeiten aufgeklärt und darauf hingewiesen, dass eine Operation bei jemandem mit längeren Vulvalippen empfehlenswert ist, aber in ihrem Fall sei es nicht medizinisch relevant. Auch in diesem Kontext hörte sie erneut, dass es unterschiedlich aussehende Vulven gibt. In Erinnerung blieb ihr auch, dass die ärztliche Fachperson ihrer Schwester und ihr angeboten hat, die Sprechstunde nicht aufzuschreiben, sondern die Rechnung direkt nach Hause zu schicken, damit sie über den Psychologen gehen könnten, falls es wirklich schlimm sei, um es über die Krankenkasse laufen zu lassen. Ajna hat die Beratung fachlich professionell wahrgenommen: „Der Arzt hat wirklich seine Aufgabe gemacht, was er als Arzt machen soll. Zeigen, dass keine medizinische Relevanz da ist, aber aufzeigen, welche Möglichkeiten es trotzdem gäbe. Und den Entscheid uns überlassen“ (Z. 1725ff.). „Und eigentlich ist es danach gar nicht gross ein Thema gewesen“ (Z. 1684) und erklärt es damit, dass „so eine Normalität in dem Ding entstanden“ (Z. 133f.) ist.

Ajna scheint zwischen zwei Wünschen hin- und hergerissen zu sein. Einerseits möchte sie gerne, mit dem Körper den sie hat, so sein wie sie ist und die „Liebe für Imperfektion“ (Z. 877)

verinnerlichen. Würde ihr jedoch die kostenlose Möglichkeit angeboten werden, sich die Vulvalippen verkleinern zu lassen, dann denkt sie, würde sie es machen lassen (vgl. Z. 168ff.). Dabei verdeutlicht sich wieder ihr kollektiv-moralisch orientierte Persönlichkeit, wenn es um kosmetische Optimierung geht und die innerliche Auseinandersetzung mit dieser Thematik:

A.: „Hey, Leute haben nichts zum Essen und ich gehe jetzt keine Ahnung, Solarium und in Wellne- also ganze Zeit Augenbrauen oder keine Ahnung was machen.“ Wobei es eigentlich bei Schamlippen etwas ei-einmaliges wäre. (.) Ja aber vielleicht auch etwas wo nicht notwendig ist, weil es funktioniert.“ (Z. 151ff.).

Während sie im Interview über die ästhetische Intimchirurgie spricht, merkt sie, dass sie nie eine Narkose gebraucht hatte und wertet es als Perversion, wenn ihre „Mumu die erste Narkose sein wird“ (Z. 889). Schliesslich sei die Notwendigkeit nicht vorhanden, da es sie beim Velofahren und Sport machen nicht störe, ausser gelegentlich beim Sitzen (vgl. Z. 888-908). Im Austausch mit einer ehemaligen Sexualpartnerin bemerkte sie, dass bei ihr der Störfaktor hauptsächlich auf ästhetischer Basis beruht, während die Sexualpartnerin ihr von der Erfahrung mit der Ex-Partnerin erzählt, die „noch längere“ Vulvalippen gehabt habe:

A.: „Und bei Frauen- bei homosexuellem Sex zwischen Frauen kann es halt wie- wie halt ab und zu wie in der Schere oder so dran und dann kannst du wie drankommen und es- weisst du, es- ähm es kann dir weh machen. Also bei ihr- bei dieser früheren Freundin von ihr ist es so lange gewesen, dass es ihr ab und zu wehgemacht hat, weil es drangekommen ist. Und dann habe ich so gedacht: "Okay, **das** ist etwas Störendes.““ (Z. 989ff.).

Ajna betont, dass ihre Entscheidung für oder gegen eine ästhetische Intimchirurgie letztlich von ihr selbst abhängen wird. Sie lässt sich nicht von äusseren Einflüssen leiten und trifft aufgrund ihrer eigenen Überlegungen und Bedürfnissen eine Entscheidung. Schwierigkeiten in Entscheidungsprozessen, die sie mit „Diffusität“ (Z. 1604) beschreibt, würden sich dann ergeben, wenn andere Personen auch von dieser Entscheidung abhängig seien (vgl. 1592-1616).

Im Zusammenhang mit Idealvorstellungen und der ästhetischen Intimchirurgie spricht Ajna die feministischen Bewegungen und die Vorteile der Digitalisierung an. Auch wenn sie Körper und weibliche Geschlechtsorgane „klein-erklärerisch“ (Z. 1044) verpacken können, ist Ajna überzeugt, dass es in ihrer Biografie die Initiative der Mutter mit der anschliessenden Rückmeldung der Frauenärztin sowie der Austausch mit der Person über die Nippel waren, die dazu beigetragen haben, dass sie „das Unten akzeptiert“ (Z. 1073f.) hat. „Es ist also die menschliche Interaktion gewesen“ (Z. 1083), die einen Beitrag zu einem selbstsicheren Selbstbild geleistet haben. Sie ist aber froh, dass „die Beiträge auf Instagram oder die Foren“ (Z. 1094f.) das weibliche Geschlecht verbildlichen und den Personen zugänglich werden, die nicht solch eine Unterstützung erfahren durften (vgl. Z. 1073-1097). Sie greift auch die Erfahrung mit der Lehrperson auf, bei der sie vermutet, „dass sie es selber vielleicht auch nicht gewusst hat [...]“ (Z.

1101f.) und heute durch die feministischen und digitalen Entwicklungen ein Bewusstsein über diese Themen hätte erlangen können.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass Ajnas Beziehung zu ihrem Intimbereich durch eine Mischung aus Unsicherheit und Akzeptanz geprägt ist. Anfangs war sie stark verunsichert über das Aussehen ihrer Vulva, sie entwickelte sich zu einem Störfaktor, was durch Tabuisierung und fehlende Zusprache und ebenfalls fehlende Normalisierung verstärkt wurde. Bezugnehmend auf die Sichtweise von Ajna, wie in der Fallstruktur dargestellt, haben mehrere Faktoren aus unterschiedlichen Lebensbereichen – sei es die medizinische Perspektive, der Austausch unter Sexualpartnerinnen oder die feministisch orientierten Beiträge auf den Sozialen Medien – dazu beigetragen, dass sie sich in ihrem Entscheidungsprozess eher gegen einen ästhetischen Eingriff entscheidet. Diese vielfältigen Einflüsse haben ihr geholfen, eine akzeptierende Haltung ihrem Intimbereich gegenüber zu entwickeln. Trotz dieser Fortschritte empfindet sie ihren Intimbereich manchmal als störend und spielt immer wieder mit den Gedanken, eine ästhetische Veränderung vornehmen zu lassen. Über die Jahre hat sie jedoch eine zunehmende Akzeptanz nicht nur ihrem Körper, sondern auch ihrer Vulva gegenüber entwickelt. Ajna glaubt, dass das Thema im Laufe der Zeit an Relevanz verlieren wird, da sie zunehmend Selbstakzeptanz und Selbstliebe entwickelt. Sie stellt sich vor, dass sie in zehn Jahren nicht mehr kritisch gegenüber ihrer Vulva sein wird und dass es überraschend wäre, wenn sie dann eine Operation in Betracht ziehen würde. Gleichzeitig bleibt sie realistisch und schliesst nicht aus, dass sie bei finanzieller Stabilität die Operation doch machen lassen könnte (vgl. Z. 1819). Diese Ambivalenz zw. der Akzeptanz ihres Körpers, wie er ist, und dem Wunsch ein „störungsfreies“ Aussehen ihrer Vulva zu haben, bleibt für Ajna bestehen. Letztlich zeigt ihre Geschichte eine komplexe, aber fortschreitende Entwicklung hin zu einem selbstbewussteren und selbstbestimmteren Umgang mit ihrem eigenen Körper. Für sie ist es auch in Ordnung, wenn der Wunsch bestehen bleibt und immer wiederkommt (vgl. Z. 891f.).

### **5.3 Kontrastierung der Fallstudien**

Nach der rekonstruktiven und sequenziellen Auswertung im jeweiligen biografischen Kontext der beiden Fallstudien, werden in diesem Abschnitt die Gegenüberstellung der erzählten und erlebten Lebensgeschichten aufgeführt. Dies ermöglicht, die Genese von Wahrnehmung und Entscheidungen nachzuvollziehen und ein umfassenderes Verständnis der biografischen Prägnanzen aufzuzeigen.

### **5.3.1 Frühe Einstellung zum Körper**

Beide Frauen hatten in ihrer frühen Kindheit keine stark ausgeprägte oder bewusste Auseinandersetzung mit ihrem Körper. In beiden Biografien scheint Sport bereits in früher Kindheit eine wichtige Rolle gespielt zu haben und sich bis zum Zeitpunkt des Interviews durchgezogen zu haben.

Äussere Einflüsse, wie Kommentare oder familiäre Einstellungen, spielten jedoch eine Rolle in der Entwicklung der Körperwahrnehmung. Bei Ajna war es hauptsächlich durch Kommentare im Schulsetting zu ihrer trockenen Haut oder ihre kurz rasierten Haare, die sie auf ihr Erscheinungsbild aufmerksam machten. Das waren Momente, wo sie ihren Körper bewusster wahrnahm und sich anfang zu fragen, wie sie auf andere Menschen wirkt (vgl. Interview Ajna, Z. 25ff.). Verena hingegen erlebte einerseits die Schikanen ihrer Schwester, die sie dazu brachte, Butter, Milch oder Rahm zu konsumieren, wenn sie nicht das machte, was die Schwester wollte. Dies kann als erste Auswirkung auf ihr Essverhalten und indirekt auf die Körperwahrnehmung interpretiert werden. Eine indirekte Prägung erfolgte durch familiäre Kommentare zu ihrem Essverhalten und ihrem Körperbau („Die Verena isst das schon“), was vermutlich ihre Selbstwahrnehmung auf Körper und Gewicht beeinflusste (Interview Verena, Z. 387).

Ansonsten beschreibt Ajna eine pragmatische und funktionale Sicht auf ihren Körper, wahrscheinlich weil in der Familie Körper ausserhalb von Beschwerden nicht thematisiert wurde. Im Gegensatz zu Ajna macht Verena eine Unterscheidung zwischen Körper und weiblicher Körper. Damit will sie aufzeigen, dass sie sich in ihrer Jugendzeit nicht mit den körperlichen und psycho-sexuellen Veränderungsprozessen auseinandergesetzt hat, dafür lag die Aufmerksamkeit auf dem „Wohlfühlgewicht“ (Interview Verena, Z. 12) und meint indirekt ihr Körpergewicht.

### **5.3.2 Körperliche Veränderungen**

Körperliche Veränderungen spielten in beiden Lebensgeschichten eine zentrale Rolle, jedoch beziehen sich weder Ajna noch Verena auf ihre Pubertätszeit. Ajna greift zwar ein Beispiel aus der Kindheit auf, die ihr von ihrer Mutter erzählt wurde, als sie lernte selbstständig auf den Topf zu gehen, aber benennt es nicht als körperliche Veränderung. In diesem Entwicklungsschritt spiegelt sich für sie, dass ihr Selbstbestimmtheit und Mobilität bereits als Kind wichtig gewesen ist (vgl. Interview Ajna, Z. 477ff.).

Körperliche Beschwerden äusseren sich bei beiden durch Wassereinlagerungen, insbesondere in den Beinen. Seit Eintritt der Pubertät leidet Ajna unter Lipödem, welches bei ihr in den Oberschenkeln ausgeprägt ist. Verena hat nach ihrem Kampf gegen die Anorexie die Lupus-

Diagnose erhalten und spürt die Wassereinlagerungen insbesondere während ihrer prämenstruellen Phase. Diese Beschwerden haben körperliche und psychische Auswirkung auf ihr Wohlbefinden, was sich negativ auf ihr Körperbild und somit ihre Körperakzeptanz auswirkte. Sie fühlen sich beide mit ihrem Körper unwohl. In Verenas Fall hatte die Medikation gegen den Lupus gar zu einer Gewichtszunahme geführt. Diese Veränderungen belasteten sie stark, weil es nicht mehr mit ihrem idealen Körperbild übereinstimmte, welches sie von sich hat (vgl. Interview Verena, Z. 64ff.). Gleichzeitig sah sie sich erstmals mit ihrem weiblichen Körper konfrontiert und damit einhergehend begann sie sich mit dem „Frausein“ auseinanderzusetzen (vgl. ebd.). Für Ajna war es besonders schwierig, weil sie sich als Hochleistungssportlerin identifizierte, aber die Wassereinlagerungen sie zeitweise an ihrem sportlichen Körper Zweifel ließen: „Du denkst, du bist Sportlerin, aber Schau mal deine Oberschenkel an.“ (Interview Ajna, Z. 1401).

Während der Kindheit hatte Ajna auch Neurodermitis, die ihre Körperwahrnehmung und ihr Körperbild, wie unter „Frühe Einstellung zum Körper“ beschrieben, durch externe Kommentare beeinflusst hatten. Neurodermitis hat sie zum Zeitpunkt des Interviews kaum noch. Ajnas Herausforderungen konzentrierten sich auf spezifische gesundheitliche Probleme und deren Auswirkung auf ihr Alltagsleben und Selbstbild.

Eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit den körperlichen Veränderungen erlebte Verena während der Zeit als sie „in die Magersucht abgerutscht“ (Interview Verena, Z. 19; 542) ist. Selbst bei einer Einweisung in eine Klinik für Essstörung nahm sie Gewicht ab und schlussendlich musste sie mit 21 Kilogramm über ihr Überleben kämpfen. Verena erlitt extreme körperliche und psychische Belastungen durch ihre Anorexie und die damit verbundenen körperlichen Konsequenzen.

Es kann festgehalten werden, dass sich beide aufgrund der körperlichen Veränderungen anfangen mit ihrem Körper auseinanderzusetzen und ein besseres Verständnis für die Signale des eigenen Körpers entwickelten. Die Erfahrungen hatten Einfluss auf ihre Selbstwahrnehmung und ihr Verhalten. Aus den Interviews ist zu entnehmen, dass bei beiden um das 30. Lebensjahr eine Veränderung in der Beziehungsgestaltung zum Körper standfand, wo sie bspw. die Wassereinlagerungen besser in ihr Körperbild integrieren können und es z. B. nicht mehr mit Gewichtszunahme (vgl. Interview Verena, Z. 204ff.) in Verbindung setzen. Punktuell gibt es bei Ajna Momente, in denen sie sich wünscht, das „Wasser absaugen“ (Interview Ajna, Z. 873) zu lassen. Diese Erfahrungen spielen eine zentrale Rolle in ihrer Entwicklung einer tieferen Körperakzeptanz.

Ein weiteres einschneidendes Ereignis, welches körperliche Veränderungen nach sich zog, war Verenas Schwangerschaft und die Geburt ihrer Tochter. Während der Schwangerschaft zeigte sich wieder das Phänomen, dass sie anstatt einer Gewichtszunahme eher an Gewicht verlor. In dieser Erfahrung tritt erneut die wichtige Rolle ihres idealen Körperbildes eines

„flachen Bauchs“ auf. Sie fürchtete, dass sie aufgrund der Schwangerschaft langzeitige Auswirkungen an diesem Körperteil haben würde (vgl. Interview Verena, Z. 881). Grösseren Einfluss hatte die Geburt, die zu stark angeschwollenen und vergrösserten Vulvalippen führte. Diese Veränderungen führten zu anhaltendem Unwohlsein.

### **5.3.3 Einfluss der Familie auf die Körperwahrnehmung**

In beiden Familien wurde das Thema Körper und Aussehen nicht intensiv thematisiert. Bei Verena zeigen sich subtile Einflüsse durch Bemerkungen über ihr Essverhalten und ihr Aussehen. Sie wurde als „stämmig“ (vgl. Interview Verena, Z. 459ff.) bezeichnet, während ihre Schwester als die Schmale galt. Obwohl in Ajnas familiären Kontext der Körper nicht thematisiert wurde, erlebte sie besonders ihre Mutter, und später auch ihre Schwester, als unterstützend, was aus retrospektiver Sicht für sie einen positiven Einfluss auf ihre Körperwahrnehmung hatte. Zum Beispiel bestand Ajnas Schwester aus gesundheitlichen Absichten darauf, dass sie mindestens einmal jährlich zum Frauenarzt geht (vgl. Interview Ajna, Z. 206ff.). Im Gegensatz dazu erlebte Verena ihre Schwester als belastend, aufgrund von Erlebnissen wie in der Fallstruktur und unter Kapitel 5.3.1 „Frühe Einstellung zum Körper“ ausgeführt, die womöglich einen Einfluss auf ihre Beziehung zur Ernährung prägten und somit auch zur körperlichen Selbstwahrnehmung. Seit der Trennung der Eltern hat sie kaum noch Kontakt zu ihrer Schwester. Familiäre Unterstützung erlebte Verena durch ihre Mutter in der Zeit des drastischen Gewichtsverlust. Verena beschreibt, dass ihre Mutter ihr sagte, dass etwas passieren müsse (vgl. Interview Verena, Z. 532ff.). Das war kurz bevor sie an verschiedenen Standorten ihre Anorexie zu überwinden versuchte.

Beide sprechen im Interview an, dass der Körper bei Gewichtszunahme sicherlich von der Familie zum Thema gemacht worden wäre (vgl. Interview Verena, Z. 485ff.; vgl. Interview Ajna, Z. 161). Diese Gedanken werden bei Ajna eher aus dem gesundheitlichen Aspekt geäußert, während es bei Verena eher auf ihre Denkweise über Körper und Gewicht Aufschluss gibt (vgl. Fallstruktur Verena: Beziehung zum Körper und Körperbild).

Ajna beschreibt ihre Erfahrung mit körperlicher Gewalt in ihrer Familie, was bei Verena kein Thema war. Sie ordnet die körperliche Gewalt als Teil der Erziehungsmethode – „oder eben nicht Erziehung“ (Interview Ajna, Z. 555f.) ihrer Eltern ein. In diesen Momenten erlebte Ajna ihren Körper als etwas Wertvolles, der sie verteidigt.

Dass der Körper in der Familie nicht thematisiert wurde, kann bedeuten, dass es keine bewussten, regelmässigen Gespräche oder Diskussionen über Körperbilder, Diäten oder Ähnliches gab. In täglichen Interaktionen spielte der Körper vordergründig keine Rolle. Bei beiden Frauen zeigt sich, wie familiäre Einflüsse die Beziehung zum eigenen Körper und zur Selbstwahrnehmung beeinflussen können: die Art und Weise, wie Familienmitglieder über den

Körper sprechen oder darauf reagieren, sei es durch unterstützende Massnahmen, subtile Bemerkungen oder durch Reaktionen auf gesundheitliche Probleme, zeigt, dass der Körper implizit doch eine Rolle im Familienkontext spielte.

### **5.3.4 Einfluss von Freundschaften und Peer-Gruppen**

Die Bedeutung von sozialer Unterstützung durch Freundschaften werden in beiden Interviews hervorgehoben. Ajna beschreibt, wie die Freundschaft zu ihrer Umgebung und ihren politischen Genossinnen sie geprägt hat und ihr Kraft gegeben hat (vgl. Interview Ajna, Z. 1093; 1972ff.).

Verena spricht ebenfalls von der Bedeutung eines unterstützenden Umfelds, die insbesondere in der Erzählung von ihrer Phase während der postnatalen Depression zum Vorschein kam. Wie bspw. ihre beste Freundin eine Pflegefamilie für die Tochter vermittelte, als sie aufgrund der Überforderung nicht mehr nach ihr schauen konnte (vgl. Interview Verena, Z. 780ff.). Wichtig für Verena waren auch die Erfahrungen mit der Selbsthilfegruppe während ihrer postnatalen Depression. Auch wenn in der Fallstruktur von Verena nicht erwähnt, erzählt sie davon, dass sie sich zuerst als „Patin gemeldet“ (Interview Verena, Z. 834ff.) hatte und mit zwei Frauen selbst einen Verein in Bezug auf postnatale Depression gegründet hatten, weil sie sah, dass der Bedarf da war. Sowie Ajna scheint auch Verena kollektiv ausgerichtet zu sein. In diesem Zusammenhang ist Ajnas Engagement stark auf soziale Gerechtigkeit ausgeprägt. Sie thematisiert im Interview wiederholend die Bedeutung struktureller und systemischer Bedingungen, die das Leben vieler Menschen beeinträchtigen (vgl. Interview Ajna, Z. 442ff.). Beide zeigen Bestreben, anderen zu helfen und Lebenssituationen nachhaltig zum Besseren verändern wollen.

Am Rande wird durch das Interview mit Verena deutlich, dass langjährige Freundschaften, die mit ihr unterschiedliche Lebensphasen bestritten haben (vgl. Interview Verena, Z. 1245ff.), für sie bedeutsam sind. Besonders eine Freundin, die sie als Sandkastenfreundschaft bezeichnet, spielte für sie eine wichtige Rolle. In Bezug auf den Körper hat sie mit ihr bereits in der Jugendzeit, wie auch im Erwachsenenalter den Intimbereich verglichen. In der Jugendzeit habe sie sich auch mit anderen Kolleginnen verglichen. Aus diesen Erfahrungen schliesst sie, dass ihre Vulva „schon immer“ anderes ausgesehen habe, aber dass es sich seit der Geburt ausgeprägt habe (vgl. Interview Verena, Z. 76ff.). Hingegen kann aus dem Interview mit Ajna nicht vernommen werden, ob Freundschaften einen Einfluss auf die Wahrnehmung ihres Intimbereichs hatten. Unter dem Kapitel 5.2.2 „Beziehung zum Körper und Körperbild“ hat sich gezeigt, dass sie sich mit ihren Oberschenkeln unwohl fühlte (vgl. Situation mit einer Freundin und ihren Jeans). Dies hatte Auswirkungen auf ihre Wahrnehmung und ihr Wohlbefinden.

Bei Ajna lässt sich eine Entwicklung in Bezug auf Freundschaften verzeichnen. Hat sie früher die Probleme anderer zu ihren eigenen gemacht („Ich habe mich immer eingemischt, wenn es jemand anderem nicht gut geht und so, dass es nicht einmal primär bei mir gewesen ist“ (vgl. Interview Ajna, Z. 593), kann sie heute ihre eigenen Bedürfnisse und Grenzen besser wahrnehmen. Selbstfokussierter möchte sie ein gutes Mass zwischen „Selbstsorge und Fremdfürsorge“ (Interview Ajna, Z. 1823) finden. Sie ist heute bedachter mit der Auswahl der Menschen um sich herum. Sie hat gelernt, sich zu distanzieren und auch sich selbst Sorge zu tragen. In Krisenzeiten kann sie, wie Verena, auf die soziale Unterstützung ihres Freundeskreises zählen.

### **5.3.5 Gesellschaftliche und mediale Einflüsse**

Beide Interviewpartnerinnen thematisieren in ihren Aussagen „normale“ Vulven und greifen auf Abbildungen, die sie entweder im schulischen Rahmen (vgl. Interview Ajna, Z. 41) oder durch Internetrecherche (vgl. Interview Verena, Z. 1184; 1258; vgl. Interview Ajna, Z. 103f.; 1041; 1095) gesehen haben. Ajna spricht von den anfänglichen negativen Einflüssen durch Bravo-Heftchen, die sich ihrer Meinung nach durch die feministischen Bewegungen und die Digitalisierung verbessert hätten. Die Verbildlichung von Diversität des weiblichen Genitals schätzt sie als unterstützend ein, insbesondere für junge Frauen, die – im Gegensatz zu ihr – kein unterstützendes Umfeld hätten, um den eigenen Körper und Intimbereich zu akzeptieren (vgl. Interview Ajna, Z. 1092). Während Verena die unterschiedlichen Vulven auch gesehen hat, scheint es bei ihr nicht den positiven Effekt zu haben, wie ihn Ajna annimmt. Verena äussert ihre Mühe mit den Ratschlägen zur Akzeptanz ihres Intimbereichs (Interview Verena, Z. 1184ff.). Die Ratschläge sind in diesem Fall gut gemeint, aber werden von Verena nicht als für sich geeignete Hilfestellung empfunden.

Im Unterschied zu Verena wird bei Ajna auch die gesellschaftliche Dimension angesprochen. Für Ajna ist klar, dass der Körper eine politische Angelegenheit ist, weil er nicht ausserhalb von strukturellen Einflussfaktoren gedacht werden kann (vgl. Interview Ajna, Z. 982ff.).

Die Interviews mit Ajna und Verena zeigen, dass bei ihnen sowohl gesellschaftliche als auch mediale Einflüsse eine Rolle in der Formung von Körperwahrnehmung und Verhalten spielen. Es zeigt sich, dass bspw. genitale Abbildungen eines weiblichen Genitals unterschiedliche Wahrnehmungen hervorrufen können. Scheint es bei Ajna als eine Form von Selbstermächtigung zu wirken, zeigt sich bei Verena, dass es den Druck, einem Ideal entsprechen zu wollen, verstärken kann, weil man schliesslich als Frau Stolz auf das eigene weibliche Geschlecht sein will (vgl. Interview Verena, Z. 152). Diese Kontrastierung verdeutlicht die Vielfalt der Wege, wie gesellschaftliche und mediale Einflüsse auf individuelle Leben wirken können.

### 5.3.6 Beziehung zum Körper und Körperbild

Bei beiden Interviewteilnehmerinnen ist ein Wandel der Körperbeziehung über die Zeit zu verzeichnen. Eine positivere Beziehung zum Körper entwickelt sich für beide ab ca. dem 30. Lebensjahr. Davor hatten sie eine „gemeine Beziehung“ (Interview Ajna, Z. 1489) zum Körper oder waren gar „auf Kriegsfuss“ (Interview Verena, Z. 659) mit ihm. Kurz: Sie empfanden ihren Körper als unzureichend und standen im Konflikt mit ihrem Selbstbild. Während Verenas negative Beziehung durch die Magersucht und den gesundheitlichen Problemen beeinflusst wurde, war Ajnas kritische Einstellung eher durch gesellschaftliche und familiäre Erwartungen sowie persönlichen Unsicherheiten geprägt.

Verschiedene transformative Erlebnisse und Praktiken in Bezug zum Körper, die bewusster umgesetzt wurden, bewirkten bei beiden Frauen eine Veränderung in der Beziehungsgestaltung zum eigenen Körper. Im Folgenden wird dies jeweils an einem Beispiel aufgezeigt:

Ajna beschreibt eine Veränderung von einer unsicheren und schambehafteten Beziehung zu ihrem Körper hin zu einer akzeptierenden und gesunden Beziehung. Als Beispiel kann der Einfluss von Kleidung auf die Beziehungsgestaltung zum Körper herangezogen werden (vgl. Interview Ajna, Z. 668; 1420; 1498ff.). Früher hatte sie eine schwierige und kritische Einstellung gegenüber ihrem Körper, die sich jedoch durch bewusste Entscheidungen, wie die Wahl ihrer Kleidung verändert hat. Ajna definiert sich selbst als sportlichen Typ und nutzt Kleidung, um ihre Individualität auszudrücken und ihre Persönlichkeit widerzuspiegeln. Ajna wählt aktiv bzw. bewusst Kleidung, die gut zu ihrem Körperbau passt und aus Materialien besteht, die ihr Wohlbefinden fördern. Durch das gesteigerte Körperbewusstsein zeigt sie sich selbst Wertschätzung und Fürsorge.

Verena sieht ihren Körper heute mehr als einen Verbündeten. Sie erzählt bspw., dass sie heute in der Lage ist, für sich selbst zu kochen, hinzusetzen und zu essen. Es deutet auf eine Entwicklung der Selbstfürsorge und Achtsamkeit hin. Sie nimmt sich die Zeit, für sich selbst zu kochen und Nahrung bewusst zu genießen, was ihr früher schwer gefallen ist. Man könnte sagen, dass sie sich selbst signalisiert, dass sie es wert ist, sich selbst und ihren Körper gut zu behandeln. Gleichzeitig kann angenommen werden, dass das Kochen und Essen ihr ein Gefühl der Kontrolle und Selbstbestimmung über ihren Körper geben. Diese Kontrolle war in der Vergangenheit während ihrer Anorexie ein zentrales Thema, jedoch auf eine destruktive Weise. Zum Zeitpunkt des Interviews nutzt sie diese Kontrolle konstruktiv, um sich selbst zu nähren und zu pflegen, was zu einer harmonischeren Beziehung zu ihrem Körper beiträgt.

Das Körperbild welches Verena damals von sich hatte, war geprägt vom Verständnis des „Wohlfühlgewichts“ und stand in diesem Zusammenhang mit ihrem Körper „auf Kriegsfuss“. Sie strebte nach einem schlanken Körper, der in ihren Augen proportional stimmen musste.

Der flache Bauch war hierbei ihr Richtwert. Die Konsequenzen dieser Idealvorstellung zeigten sich in der unbewusst erlangten Anorexie. Es kann angenommen werden, dass sie eine verzerrte Wahrnehmung von ihrem Körpergewicht hatte, was zu ungesunden Verhaltensweisen führte. In der Zeit der Lupus-Diagnose kommt wiederholt die zentrale Rolle des Körpergewichts zum Ausdruck. Ein proportionaler Körperbau ist auch zum Zeitpunkt des Interviews ein bestehender Teil ihres Körperbildes. Damit begründet sie bspw., wieso sie ihre kleinen Brüste akzeptieren kann. Gesamthaft erlebt sich Verena heute „im Reinen“ mit ihrem Körper.

Im Interview mit Ajna zeigt sich, dass sie sich über ihr Selbstbild erst Gedanken machte, als sie Kommentare bzw. Reaktionen vom Umfeld erlebte. Einer Idealvorstellung zu entsprechen scheint bei ihr erst ab der Pubertät, als sie Lipödem bekam, zunehmend eine Rolle zu spielen. Insbesondere die Wassereinlagerungen an den Beinen machten ihr zu schaffen mit ihrer Identität als Hochleistungssportlerin, weil sie keine sichtbaren Muskeln an den Oberschenkel aufbauen konnte. Noch heute denkt sie punktuell darüber nach, dass es schön wäre, sich das Wasser absaugen zu lassen. Im Verlauf des Interviews zeigte sich, dass sich Ajna mit gesellschaftlichen, politischen, sozialistischen und individualistischen Themen auseinandersetzt. Die unterschiedlichen Perspektiven halfen ihr, die Normen zu hinterfragen und ihren Körper zunehmend zu akzeptieren.

Aus den jeweiligen Beispielen wird ersichtlich, dass sowohl Verena als auch Ajna Wege gefunden haben, durch Selbstfürsorge und Achtsamkeit eine bessere Beziehung zu ihrem Körper zu entwickeln. In der Veränderung zur Körperbeziehung zeigt sich, dass sich auch ihr individuelles Körperbild mitverändert hat. Beide äusseren, dass sie im Einklang mit ihrem Körper sind. Ajna sagt sogar, dass der Körper im Einklang mit ihrem Kopf ist (vgl. Interview Ajna, Z. 530). Trotzdem bleiben punktuelle Unsicherheiten bestehen, die zeigen, dass der Prozess der Selbstakzeptanz kontinuierlich ist.

### **5.3.7 Beziehung zum Intimbereich**

Die Beziehung zum Intimbereich scheint bei beiden Interviewpartnerinnen noch ambivalent und von Unbehagen geprägt zu sein. Die dabei empfundenen Unsicherheiten beziehen sich hauptsächlich auf die Ästhetik. Sie fürchten sich vor abweisenden Reaktionen oder Kommentaren über das Aussehen ihrer Vulva. Beide haben das Gefühl, dass ihr Intimbereich nicht den allgemeinen Schönheitsidealen entspricht. Entweder durch einen sexualaufklärerischen Unterricht oder hauptsächlich durch Internetrecherchen bildeten sich ihre Vorstellungen, wie eine „normale“ Vulva auszusehen hat. Verena und Ajna stellten fest, dass es eine Diversität an Vulven gibt. Allerdings bewertet nur Ajna diese Vielfalt als positiven feministischen Beitrag, der

unterstützend für ein positiveres Selbstbild sein kann. Verena scheinen die Informationen eher mehr Druck zu verüben, als dass sie diese zur Annäherung ihres Intimbereichs als unterstützend erlebt.

Spezifisch in Bezug auf den Intimbereich spielt das Nacktsein und die Sexualität eine zentrale Rolle. Beide empfinden durch das physische Gefühl z.B. des Klebens (vgl. Interview Ajna, Z. 1455) und das Aussehen ihrer Vulvalippen ein störendes Gefühl. Sie vermeiden bewusst Situationen, in denen ihr Intimbereich sichtbar sein könnte. Bei Verena sind es gewisse Alltagssituationen wie das Tragen von Leggings oder Bikini, aber auch in sexuellen Interaktionen, die das störende Gefühl hervorrufen und bei Ajna hauptsächlich in sexuellen Interaktionen. In Ajnas Fall äussert sich das Unbehagen, indem sie in sexuellen Interaktionen ihre Hand auf ihre Vulva legt, um sie vor dem Blick des anderen zu „verstecken“ (Interview Ajna, Z. 176). Bei Verena ist es zum Zeitpunkt des Interviews weniger aufgrund ihres Sexualpartners, weil sie mit ihm bereits seit zwei Jahren eine sexuelle Beziehung führt. Vielmehr stört sie, dass sie gelegentlich Schmerzen während dem Sex empfindet oder dass sie die Vulvalippen auseinanderhalten müsse, damit eine Penetration möglich ist. Ihre Handhabung in sexuellen Interaktionen und dass es auch zu „witzigen Situationen“ (Interview Verena, Z. 175) kommen kann, wertet sie eher als beeinträchtigend, statt einer Ressource.

Wie sich aus der Fallstruktur Ajna M. gezeigt hat, spielen bei ihr religiöse Prägungen aus ihrer heranwachsenden Phase eine entscheidende Rolle auf die Beziehung zu ihrem Intimbereich. Auch wenn ihr Vater nicht mehr dem Fundamentalismus angehört, sind die damaligen Verbote hinsichtlich des männlichen Gegenübers weiterhin präsent. Über zehn Jahre pflegte sie nur noch Beziehungen zu Frauen, weil sich sexuelle Intimität mit einem Mann für sie falsch anfühlte. Damit lässt sich vermutlich ihre vermeidende Beziehung zu ihrem Intimbereich erklären. Einerseits benennt sie das weibliche Geschlecht nicht beim Namen (vgl. Kapitel 5.2.3 „Beziehung zum Intimbereich“), ausser in einzelnen Sequenzen spricht sie von „Schamlippen“. Andererseits ist auffallend, dass sie sich wünscht, dass ihr weibliches Geschlecht mit der Zeit an „Relevanz“ verliert. Sie scheint noch nicht bereit zu sein, sich über die Aneignung ihres Geschlechts durch z.B. Körperarbeit in ihr ganzheitliches Körperbild zu integrieren.

Die Beziehung zum Intimbereich lässt sich bei Verena eher als eine distanzierte Beziehung beschreiben. Sie findet ihr weibliches Geschlecht „schlichtweg nicht schön“ (Interview Verena, Z. 1188). Obwohl sie sich auf Internetseiten informiert hat, was sie tun könnte, um mit ihrer Vulva eine akzeptierende Beziehung aufzubauen, äussert sie sich gegen diese Vorgehensweise aus. Sie fühlt sich nicht wohl dabei, es im Spiegel zu betrachten. Ähnlich wie bei Ajna, scheint auch Verena kaum in die Aneignung ihres weiblichen Genitals investiert zu haben, sodass es Teil des ganzheitlichen Körperbildes wird. Es scheint, da ihr der Zugang nicht über einen regulierenden Weg möglich ist – wie bspw. beim Körpergewicht durch Ernährung oder

Sport –, um die Länge ihrer Vulvalippen verändern zu können, sie keine weitere Möglichkeit sieht, die inneren Labien zu verändern, ausser der ästhetischen Intimchirurgie.

Die aufgeführten Vorstellungen des weiblichen Genitals bei Ajna und Verena spiegeln nicht nur persönliche Erfahrungen und individuelle Unsicherheiten wider, sondern sind auch von äusseren Einflüssen geprägt. Die gesellschaftlichen und medialen Einflüsse werden an dieser Stelle nicht mehr aufgeführt, da sie oben unter Kapitel 5.3.5 „Gesellschaftliche und mediale Einflüsse“ beschrieben wurden. Festzuhalten ist im spezifischen Kontext des Intimbereichs, dass die medialen Einflüsse sowohl positive Einflüsse auf das individuelle Körperbild und die Selbstakzeptanz haben können (vgl. Interview Ajna) und im Gegensatz dazu aber den Druck verstärken können, einem bestimmten Schönheitsideal entsprechen zu wollen, aber nicht selbstregulierend eingreifen kann (vgl. Interview Verena).

### **5.3.8 Erfahrung mit medizinischen Fachpersonen**

Teil einer ästhetischen Intimchirurgie ist eine beraterische Sprechstunde. Von den beiden Interviewpartnerinnen hat Ajna bereits eine solche Beratung in Anspruch genommen. Diese Erfahrung beschreibt sie als positiv, zumal hätten die Ärzte ihre medizinische Aufgabe erfüllt. In der Folge sei die weitere Verfolgung eines Eingriff im Intimbereich kein Thema mehr gewesen, weil es für sie einen normalisierenden Effekt der eigenen Vulvalippen hatte (vgl. Interview Ajna, 131ff.; 1709). Verena allerdings hat bis zum Zeitpunkt des Interviews noch keine Sprechstunde in Anspruch genommen. Sie äussert dabei ihr Misstrauen Ärzt\*innen gegenüber, insbesondere seit der Erfahrung mit der Lupus-Diagnose. Sie fürchtet auch, dass ihr eine ästhetische Intimchirurgie angedreht wird (vgl. Interview Verena, Z. 1316ff.).

Ajna beschreibt im Interview, dass sie und ihre Schwester versucht haben, den ästhetischen Eingriff so darzustellen, dass die Krankenkasse die Kosten übernehmen würde. Sie merkte jedoch, dass sie Gründe erfinden und dass es sich bei ihr um ein ästhetisches Problem handelt (vgl. Interview Ajna, Z. 903). Verena hingegen schildert eine andere Haltung zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse, und das obwohl sie Einschränkungen in alltäglichen Situationen empfindet. Sie betont, dass sie nicht lügen wolle, um ihre Beschwerden aufzuzeigen, damit sie von der Krankenkasse übernommen werden. Sie empfindet es als unfair, sie selbst möchte auch nicht angelogen werden. Das kann im Zusammenhang mit ihrer eigenen Erfahrung stehen, als sie falsche Informationen in der Vergangenheit zu der Medikation erhielt (vgl. Interview Verena, Z. 1316ff.).

## 6. Diskussion der Ergebnisse

Der Diskussionsteil dieser Arbeit gliedert sich in drei Hauptabschnitte. Zunächst wird der Bezug zur Theorie und dem aktuellen Forschungsstand hergestellt. Anschliessend folgt eine Reflexion über die Methodenwahl und das Vorgehen in dieser Untersuchung. Zum Schluss werden Vorschläge für zukünftige Forschung aufgezeigt.

### 6.1 Einbettung in Theorie und Forschungsstand: Entscheidungsprozess und Intimchirurgie

Mit Einbezug der phänomenologischen Leibtheorie zeigt sich, dass sich der Entscheidungsprozess für oder gegen eine ästhetische Intimchirurgie mit dem Leib und dessen Beziehung zur Welt gestaltet (vgl. Waldenfels, 2021).

Die Analyse der Interviews mit Ajna und Verena zeigt auf, dass sie sich erst dann mit der Möglichkeit einer Intimchirurgie auseinandersetzen, wenn dringendere Probleme nicht mehr ihre Aufmerksamkeit beanspruchen. Ajna ist bspw. froh, hatte sie keine Zeit, um ständig über ihre Vulvalippen nachzudenken. Sie möchte sich in Übereinstimmung mit ihrem „sozialistisch kommunistischen Herzen“ (Interview Ajna, Z. 1407) anderen Themen widmen (ebd., Z. 1408), sodass der Intimbereich nicht an Relevanz gewinnt. Verena allerdings erlebt ihre inneren Labien zunehmend als störend, nachdem der Fokus nicht mehr auf ihrem Gewicht liegt: „Jetzt habe ich ja Zeit zum irgendetwas Neues zu finden. Ich glaube, das ist mehr das“ (Interview Verena, Z. 118).

Das Ausmass an Problemen, insbesondere existenziellen, scheint in dieser Untersuchung der ausschlaggebendste Faktor zu sein, ob sich die Probandinnen überhaupt mit dem Thema der ästhetischen Intimchirurgie befassen. Dies ist unabhängig davon, ob sie Schamgefühle in sexuellen Interaktionen empfinden oder sich in gewissen Alltagssituationen beeinträchtigt fühlen. Um die Forschungsfrage diesbezüglich zu beantworten, lässt sich festhalten, dass sich in beiden Interviews zeigt, dass das körperliche Wohlbefinden und somit die Beziehung zum eigenen Körper und Intimbereich sowie das daraus resultierende Körperbild, je nach Lebensphase und Intensität der individuellen Herausforderungen schwanken. Der Mensch nimmt das physische Erscheinungsbild ganzheitlich und im Kontext der jeweiligen Situation wahr (vgl. Waldenfels). In dieser Hinsicht ist die Beziehung zum Körper und das körperliche Selbstbild abhängig vom „Sich-Befinden“ mit anderen in der Welt (vgl. ebd.). Dies ist entscheidend, ob Kapazität für eine Erwägung einer ästhetischen Intimchirurgie überhaupt vorhanden ist. Bei Ajna zeigt sich, dass die positiven normalisierenden Erfahrungen in Bezug auf ihren Intimbereich die Präsenz des Störfaktors minimiert, auch wenn der Wunsch nach einer „schön aussehenden“

Vulva vorhanden bleibt. Gleichwohl bestätigt sich Maasens (2008) und Degeles (2008) Argumentation, dass eine ästhetische Intimchirurgie über eine freiwillige Entscheidung hinausgeht. Beide Probandinnen waren durch soziale Bedingungen eingeschränkt und sind es hinsichtlich finanzieller Ressourcen immer noch.

Sowohl Ajna wie auch Verena führen die Kosten als ein entscheidendes Kriterium an, das sie bisher davon abgehalten hat, den Eingriff durchführen zu lassen. Verena ist überzeugt, dass sie die Initiative bereits ergriffen hätte, wenn sie die finanziellen Mittel dafür gehabt hätte (vgl. Interview Verena, Z. 1274f.). Ajna hingegen hatte die Möglichkeit, den Eingriff von ihrer Schwester finanzieren zu lassen, entschied sich jedoch dagegen (vgl. Interview Ajna, Z. 132). Obwohl sie davon ausgeht, dass das Aussehen der Vulva künftig an Relevanz verliert, will sie ehrlich sein und sagt, „dass es vielleicht auch sein könnte, dass ich mit 40 halt genug Geld habe und das dann doch mache“ (Interview Ajna, Z. 1819). Wie Villa (2007) anführt, spielt die alltägliche Körperpraxis eine zentrale Rolle, wie der Körper inszeniert wird. In Ajnas Fall bleibt es offen, welche Bedingungen schlussendlich für einen definitiven Entscheid für oder gegen einen Eingriff sprechen, weil das leibliche Erleben ständigen Veränderungen unterliegt (vgl. Waldenfels).

Diese Beobachtungen verdeutlichen, dass der Zugang zu ästhetischer Intimchirurgie nicht für alle gleichermassen möglich ist und stark von den individuellen finanziellen Ressourcen abhängt. Soziologisch gesehen verdeutlicht dies, dass der Zugang zu ästhetischen Eingriffen, einschliesslich Intimchirurgie, stark durch sozioökonomische Bedingungen geprägt ist. Individuen mit höheren finanziellen Ressourcen haben mehr Möglichkeiten, solche Eingriffe durchzuführen, während diejenigen mit begrenzteren Mitteln oft ausgeschlossen sind. Dies führt zu einer Verstärkung bestehender sozialer Ungleichheiten, da der Körper als ein Projekt der Selbstgestaltung zunehmend als Statussymbol fungiert (vgl. Maasen, 2007, S. 99f.).

Interessanterweise verneinen beiden einen Einfluss auf den Entscheidungsprozess durch andere Personen in ihrem Umfeld. Es ist zu erwähnen, dass die Frage spezifisch auf Sexualpartner\*innen ausgerichtet war. Dennoch soll angeführt sein, dass sich bspw. bei Ajna der Einfluss von Freundin A. dazu beigetragen hat, dass sie die „Liebe zur Imperfektion“ (Interview Ajna, Z. 877) für sich umsetzen möchte. Aber auch die Erfahrung bei der Frauenärztin oder der Austausch mit verschiedenen Sexualpartnerinnen stellen sich als wichtige Faktoren heraus, die sich positiv auf die Beziehungsgestaltung zum Körper und Intimbereich auswirkten. Ebenfalls zeigt sich bei Verena, dass der Austausch mit dem Umfeld eine bedeutende Rolle spielt. Mit ihrer besten Freundin vergleicht sie das Aussehen ihrer Vulva und der Vulvalippen und mit ihrer Mutter hat sie sich im Gespräch darüber ausgetauscht. Im Vergleich mit ihrer Freundin sieht sich Verena bestätigt, dass ihre inneren Labien nicht wie die „Norm“ aussehen. Sowohl die Erfahrungen der Normalisierung und Enttabuisierung, wie auch des Vergleichs sind Teil der Zwischenleiblichkeit. Wie Waldenfels festhält, geschehen durch Erfahrungen

Veränderungen im Wahrnehmungsfeld einer Person. Diese Erfahrungen sind nicht von aktiven Denkprozessen gesteuert (vgl. ebd., S. 62f.). Damit liesse sich erklären, wieso beide Frauen externe Einflüsse auf den Entscheidungsprozess nicht als solches wahrnehmen, weil sie von einer bewussten Interaktion über diese Thema ausgehen, welches sie einordnen, bewerten und sich ggf. distanzieren können. In beiden Fällen zeigt sich aber, dass sich der Fremdbezug auf den Entscheidungsprozess auswirkt, weil sich die Struktur auf das Körperbild durch den Austausch verändert (vgl. ebd.).

In der modernen Gesellschaft ist der Körper ein zentrales Symbol für individuelle Leistung und Selbstkontrolle. Die Fähigkeit, den eigenen Körper zu formen und zu kontrollieren, wird häufig als Zeichen von Disziplin und Selbstbeherrschung gewertet (vgl. Villa, 2007, S. 13). Verenas Erfahrungen und Perspektiven zeigen klare Verbindungen zu dieser beschriebenen Körpersymbolik. Ihr Bedürfnis ihren Körper bspw. durch Ernährung regulieren zu wollen, zeigt sich in Aussagen wie „ich habe meinen Körper im Griff“ (Interview Verena, Z. 219). Fremde Menschen scheinen ihre Bewunderung für Verenas Disziplin und Selbstbeherrschung auszudrücken und damit ihre leibliche Wahrnehmung zu bestätigen: „Also wenn- wenn ich anderen erzähle, ähm ich habe 40 Kilo, dann heisst "Oh, Gott. Wie bitte?" und sage ich: "Ja, aber ich arbeite 50% in der Gastro. Ich habe nochmal einen Job und ich habe ein Kind und ähm (1) ja ich- ich ähm bin demnächst oder bin jetzt im Aufbau und möchte demnächst ein- einen Berglauf machen““ (Interview Verena, Z. 701ff.). Diese Vorstellung kann dazu führen, dass Menschen sich gezwungen sehen, ständig an ihrem Körper zu arbeiten, um den sozialen und kulturellen Erwartungen zu entsprechen (vgl. Villa, 2007, S. 13). Diese Form von Selbstoptimierung drückt sich in Verenas Aussage durch diszipliniertes Training und Ernährung aus. Dies sind Mittel, mit denen sie ihren Körper nach ihrer Idealvorstellung regulieren kann, wenn sie bspw. einen grösseren Po haben möchte. In Bezug auf die Vulvalippen äussert sich das durch die Möglichkeit einer ästhetischen Intimchirurgie, da Verena ihre Vulvalippen nicht über bewusst angestrebte Veränderungen selbst verkleinern kann.

In beiden Studienfällen verdeutlicht sich, dass der Intimbereich vom restlichen Körper abgespalten wird. Er wird in Äusserungen wie „ich akzeptiere meinen Körper“ (Interview Verena, Z. ; Interview Ajna ), „ich habe eine gesunde Beziehung zum Körper“ oder „ich bin im Reinen mit ihm“ nicht mitgedacht. Beide haben zwar ein Bewusstsein für divers aussehende Vulven erlangt, aber die Vielfältigkeit schuf keine Orientierungsprozess in der Wahrnehmung ihres Intimbereichs (vgl. Waldenfels, 2021). Damit ist gemeint, dass diese Form der Auseinandersetzung mit dem Intimbereich nicht zu einer Wiedererkennung in der Diversität trotz Abweichung beigetragen hatte. Es bestätigt sich die Annahme, dass die Gestalt einer Vulva und den Vulvalippen nicht aufgrund einer bestehenden Norm verwirklicht wird, sondern dass die Normativität durch die Wahrnehmung des eigenen Intimbereichs selbst entsteht und eine eigene bestimmte Ordnung etabliert (vgl. Waldenfels, 2021, S. 71ff.).

Dass der Intimbereich nicht in das eigene ganzheitliche Körperbild mitgedacht wird, könnte bspw. im Zusammenhang mit der Pubertätszeit stehen. In der biografischen Analyse hat sich gezeigt, dass weder Ajna noch Verena in dieser Phase Zeit hatten, sich mit den körperlichen und psycho-sexuellen Veränderungen auseinanderzusetzen. Ajna hatte zwar die Selbstbefriedigung mit ca. 15 Jahren für sich entdeckt und beschrieb es als ein positives Erlebnis. Diese Erfahrung(en) reichten bei ihr vermutlich nicht aus, um in die fundamentalistisch geprägte Wahrnehmung des Intimbereichs eine Strukturveränderung zu bewirken. Damit ein neuer Sinn gestiftet werden kann, braucht es eine Einbettung in eine bestimmte Organisationsform. Waldenfels verbindet den Prozess der Selbstorganisation mit einem sich veränderndem Erfahrungsumfeld (vgl. ebd., S. 63ff.). Wie sich aus Ajnas Fallstruktur gezeigt hat, erlebt sie sich zunehmend selbstbestimmter und weniger von Problemen des Umfeldes gelenkt. Durch die normalisierenden Erfahrungen (vgl. Kapitel „Beziehung zum Intimbereich“) in unterschiedlichen Lebensbereichen (Familie, medizinische Beratung, intime Beziehungen) und Lebensphasen (Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene) verändert sich ihre erlernte Vorstellung über ihren Intimbereich zu einer zunehmend angenehmen Haltung. Diese Veränderung bestätigt, dass das Körperschema nicht statisch ist und dass symbolische Zuschreibungen neue Bedeutungen erhalten (vgl. ebd., 121f.), trotz ambivalenter Beziehung zum weiblichen Geschlecht.

In Verenas biografischer Rekonstruktion spielen die Folgen nach der Geburt eine zentrale Rolle, wie sie seither ihr weibliches Genital wahrnimmt. Der Intimbereich erhält erstmals seine Aufmerksamkeit, als er angeschwollen ist, sie Schmerzen hat und nicht sitzen kann. Diese Erfahrung kann als weiterer Grund herangezogen werden, wieso der Intimbereich aus dem ganzheitlichen Körperbild weggedacht wird. An diesem Beispiel zeigt sich, wie Vergangenes auf die gegenwärtige leibliche Erfahrung einwirken kann (vgl. ebd., S. 122ff.). Geprägt von dem damaligen Erlebnis, reproduziert sich ihr Körperschema aufs Neue.

Ebenfalls ziehen beide Frauen Analogien zum männlichen Geschlecht z.B. „Mikropenis“ (Interview Ajna, Z. ), als sie von unterschiedlichen Erfahrungen reden, die insbesondere auf ihre inneren Labien bezogen sind. Diese Bilder passen nicht mit den Vorstellungen „Frausein“ überein. Das kann ein weiterer Grund sein, dass der Intimbereich nicht integriert ist, weil sie spezifische Vorstellungen von Weiblichkeit haben, die sie mit bestimmten körperlichen Merkmalen konnotieren. Ästhetische Ideale zeigen sich bspw. bei Verena, für die ein weibliches Genital „übersichtlich“ (Interview Verena, Z. 1224) aussieht. Es zeigt sich, dass der Körper nicht nur eine biologische Gegebenheit ist, sondern durch kulturelle und soziale Praktiken ständig neu geformt und inszeniert wird (vgl. Villa, 2007).

Dass beide aber eine ästhetische Intimchirurgie in Erwägung ziehen, zeigt, dass sie ihr weibliches Geschlecht in ihr ganzheitliches Körperbild integrieren möchten. Sie möchten sich damit gut fühlen oder es gar stolz zeigen können (vgl. Interview Verena, Z. ). Daraus lässt sich

schliessen, dass die Beziehung zum Körper und zum Intimbereich eine zentrale Rolle spielt, weil das Bedürfnis da ist, sich nicht nur im ganzen Körper wohlzufühlen, sondern sich auch mit dem Körper sei es in öffentlichen Räumen (Schwimmbad) oder einem\*r Sexualpartner\*in gegenüber ungehemmt zeigen zu können. Durch die biografische Herangehensweise und in der Darstellung der Ergebnisse haben sich aber gezeigt, dass die Beziehung zum Körper und zum Intimbereich auch von anderen Faktoren abhängen, die ineinander verwoben sind.

Das Selbstwertgefühl ist durch das angeeignete Körperschema und die Körpersymbolik beeinflusst (vgl. Waldenfels) und wirkt sich auf das sexuelle Selbstbewusstsein aus. Die Studie von Amos und McCabe (2016) oder Goodman et al. (2017) zeigten auf, dass postoperativ beide psychologischen Faktoren gestiegen sind. Aus den Interviews ist zu vernehmen, dass der Wunsch nach einer kompletten körperlichen Akzeptanz durch eine ästhetische Intimchirurgie realisiert wird, in der Hoffnung eines zunehmenden Selbstwertgefühls und einer zunehmenden sexuellen Attraktivität. Jedoch untersucht keine der Studien im Vorfeld und im Nachgang der Erhebung explizit, welchen Zugang Frauen zu ihrem weiblichen Geschlecht haben. Aus Waldenfels Theorie geht hervor, dass das Wahrnehmungsfeld durch Erfahrung beeinflusst werden kann. In den bisherigen Erlebnissen der Interviewpartner\*innen ist ihr Verhalten durch spezifische Strukturen gekennzeichnet, die einen solchen Zugang nicht ermöglichen oder erschweren. Bei Ajna zeigt sich das bspw. in ihrem verinnerlichten Verbot mit Männern Sex zu haben und dabei das weibliche Genital mit der Hand verstecken will. Bei Verena kommt es z.B. dadurch zum Ausdruck, dass sie einen nackten Frauenkörper generell schöner findet, wenn er in Unterwäsche eingekleidet ist. In diesen Beispielen verdeutlicht sich, dass die Form des leiblichen Ausdrucks Realisierung eines innerlich bereits vorhandenen Sinnes ist (vgl. ebd., S. 210ff.) und sich auf das Selbstwertgefühl mitauswirkt.

Um die Forschungsfrage „Wie nehmen Frauen, die eine ästhetische Intimchirurgie in Erwägung ziehen, ihren eigenen Körper, ihr individuelles Körperbild und ihren Intimbereich wahr? Detaillierter zu beantworten, zeigen die Ergebnisse und die Diskussion der Masterarbeit, dass die Wahrnehmung komplex und multifaktoriell ist:

- *Wahrnehmung des eigenen Körpers:* Die Frauen in dieser Untersuchung nehmen ihren Körper in Abhängigkeit von ihren Lebensumständen und individuellen Herausforderungen wahr. Ajna und Verena setzen sich erst mit der Möglichkeit einer Intimchirurgie auseinander, wenn andere, dringlichere Probleme gelöst sind. Diese Verschiebung der Prioritäten deutet darauf hin, dass die Wahrnehmung ihres Körpers stark von ihrer aktuellen Lebenssituation und den damit verbundenen Belastungen geprägt ist. Ajna etwa fokussiert sich auf andere Lebensaspekte und ist sich sicher, dass ihre Vulvlippen an Relevanz verlieren, während Verena ihre inneren Labien als zunehmend störend empfindet, nachdem ihr Gewicht kein zentrales Thema mehr ist.

- *Wahrnehmung des Intimbereichs*: Die Wahrnehmung des Intimbereichs ist oft getrennt vom restlichen Körper und folglich nicht im ganzheitlichen Körperbild integriert. Diese Wahrnehmung ist sowohl von äusseren Einflüssen geprägt, wie z.B. durch Gespräche mit Freundinnen und Sexualpartner\*innen. Trotz eines Bewusstseins für diverse Vulven, empfinden sie ihre Vulven als von der Norm abweichend.
- *Körperbild*: Aus den Interviews hat sich gezeigt, dass das Körperbild nicht statisch ist, sondern durch Lebensumstände und soziale Einflüsse veränderbar ist. Positive Erfahrungen, wie die Normalisierung durch wiederholende Gespräche, können die Beziehung zum eigenen Körper und Intimbereich fördern oder auch einschränken. Beide wünschen sich, ihren Intimbereich grundsätzlich ohne ästhetischen Eingriff akzeptieren zu können und dennoch bleibt der Wunsch nach einer ästhetischen Anpassung bestehen. Diese Ambivalenz lässt möglicherweise dadurch erklären, dass beide aufgrund ihrer Lebensgeschichte in die Auseinandersetzung mit dem Körper investiert haben, aber bei beiden eine vermeidende Beziehungsgestaltung zum Intimbereich zu beobachten ist. Das erschwert eine Veränderung der Körpersymbolik des Intimbereichs und folglich die Integration ins Körperschema.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Wahrnehmung des eigenen Körpers, des Intimbereichs und des Körperbildes von individuellen Lebensphasen, persönlichen Herausforderungen und externen Einflüssen abhängt. Diese Faktoren bestimmen, ob und wie intensiv Frauen eine ästhetische Intimchirurgie in Erwägung ziehen.

## 6.2 Reflexion der Methodik

Die Wahl der Forschungsmethode, narrative Interviews zur Erhebung biografischer Daten zu verwenden, erwies sich als vorteilhaft, um tiefere Einblicke in die individuellen Lebensgeschichten der Interviewpartnerinnen zu gewinnen. Diese Methode ermöglichte es, die subjektiven Erfahrungen und die damit verbundenen emotionalen und psychologischen Dimensionen besser zu verstehen. Im Hinblick auf die Methodenwahl eignete sich die Biografieforschung das interessierende Phänomen „im Prozess des Werdens zu rekonstruieren“ (Rosenthal, 2014, S. 178).

So kristallisierte sich durch die sequenzielle Analyse bspw. bei Ajna deutlich heraus, wie etablierte Strukturen entstanden und reproduziert worden sind. Obwohl ihr Vater bspw. nicht mehr Teil des Fundamentalismus ist, sind die Einflüsse dessen noch während des Interviews zu vernehmen. In seltenen Fällen benennt Ajna die „Schamlippen“ beim Namen, sonst verwendet sie eher eine vermeidende Sprache: „Mumu“, „das unten“ oder „das zwischen den Beinen“. Aus biografischer Sicht verdeutlicht sich in Verenas Interview die Lupus-Diagnose und die

Geburt der Tochter als entscheidende Wendepunkte, die Aufschluss über die Bedeutung des Entstehungszusammenhangs (vgl. Rosenthal, 2014, S. 183) in der Beziehungsgestaltung zu ihrem Intimbereich geben. Diese Beispiele zeigen auf, dass biografische Erzählungen Aufschluss über die aktuelle Situation der Erzählenden sowie über deren Vergangenheit und Zukunftsaussichten geben (vgl. ebd., S. 181).

Die biografische Arbeit ermöglicht auch eine soziologische Rekonstruktion. „Die Lebensgeschichte ist sowohl in ihrer Entwicklung als auch im gegenwärtigen deutenden Rückblick der BiographInnen immer beides zugleich: ein individuelles und ein soziales Produkt“ (Rosenthal, 2014, S. 185). Dieses Wechselverhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft zeichnet sich auch in Waldenfels Ansatz in der Zwischenleiblichkeit ab. Der Eigenleib betont die unmittelbare, subjektive Erfahrung des eigenen Körpers, während der Fremdleib die Wahrnehmung und Bewertung des Körpers durch andere beschreibt.

Das soziale Produkt in Ajnas Lebensgeschichte wird deutlich durch die Art und Weise, wie sie ihre Körperwahrnehmung und ihr Selbstbild durch die Reaktionen, Kommentare und Normen der Gesellschaft formt und anpasst. In der leiblichen Wahrnehmung erlebt Ajna Gefühle von Unbehagen und Unsicherheit in Bezug auf das Aussehen ihres weiblichen Geschlechts. Ihr Bedürfnis nach Akzeptanz und Normalität zeigt sich in ihrem Suchen nach Bestätigung und Informationen im Internet darüber, was Männer über längere Vulvalippen denken. Diese Unsicherheit und das Bedürfnis nach Bestätigung spiegeln sich auch in ihrer Überlegung, eine ästhetische Operation in Erwägung zu ziehen. Bindet man Ajnas Erfahrungen in den räumlichen und zeitlichen Kontext ein, hat sich gezeigt, dass sich ihre leibliche Erfahrung verändert hat. Offene Gespräche mit Sexualpartnerinnen halfen ihr bspw. zur weiteren Normalisierung im Umgang mit dem Aussehen ihres Intimbereichs. Daraus entwickelte sie eine grössere Akzeptanz und zeigt auf, wie Ajna ihre leibliche Erfahrung und die sozialen Rückmeldungen in ihr Selbstbild integriert.

Die Rekrutierung über Kliniken und gynäkologische Praxen erwies sich als weniger erfolgreich als erwartet. Es gab eine spürbare Resistenz gegenüber der Verbreitung des Studienflyers, möglicherweise weil damit ein hoher Aufwand erwartet wurde. Eine ästhetisch-chirurgische Praxis hat rückgemeldet, dass nach den Eingriffen viele Patientinnen nach etwa sechs Monaten keine weiteren Untersuchungskontrollen benötigten, da sie mit den Ergebnissen zufrieden seien. Dies führte dazu, dass kein Kontakt mehr zu Patientinnen bestand, die den Eingriff mindestens sechs Monate zuvor gemacht haben sollten. Womöglich trifft dieses Phänomen auch auf andere Praxen zu. In Zukunft könnte ein direkterer Ansatz gewählt werden, indem ein spezifischer Text zur direkten Weiterleitung an die Patientinnen durch die Praxen verwendet wird, um den Aufwand für die Praxen zu minimieren und die Rücklaufquote zu erhöhen.

Obwohl in Forschungsprojekten grössere Stichproben wünschenswert sind, um generalisierbare Aussagen treffen zu können, steht in der Biografieforschung ohnehin nicht die Generalisierbarkeit der Ergebnisse, sondern vielmehr die theoretische Verallgemeinerung von Einzelfällen im Vordergrund (vgl. Rosenthal). Im Kontext dieser Masterarbeit ist die geringe Anzahl der Teilnehmerinnen in Ordnung, da sie mit hohem zeitlichen Aufwand innerhalb von kurzer Zeit im Analyseprozess verwoben sind. Diese intensive Analyse ermöglicht es, tiefgehende Einblicke in die individuellen Erfahrungen und Perspektiven der Frauen zu gewinnen.

Zukünftige Forschungen zur ästhetischen Intimchirurgie sollten dennoch eine grössere Stichprobe einbeziehen, um eine breitere Perspektive zu gewinnen. Eine grössere Stichprobe könnte dazu beitragen, dem Phänomen nachzugehen, dass der Intimbereich oft vom ganzheitlichen Körperbild ausgegrenzt wird. Wie es aus diesen beiden Interviews erscheint, hat weder bei Ajna noch Verena eine tiefgründigere Auseinandersetzung mit dem Intimbereich stattgefunden.

Es stellt sich die Frage, ob durch Körperarbeit ein ebenso zufriedener Effekt erreicht werden kann, wie ihn die Forschung der ästhetischen Intimchirurgie (Amos und McCabe, 2016; Goodman et al., 2017) nach der Operation aufzeigt, bevor zu einem ästhetischen Eingriff gegriffen wird. Diese Fragestellung könnte in zukünftigen Studien weiter untersucht werden, um alternative Wege zur Zufriedenheit mit dem eigenen Körperbild zu identifizieren und dem Druck der Norm entgegenzuwirken.

### **6.3 Vorschläge für zukünftige Forschung**

In dieser Arbeit hat sich gezeigt, dass sich beide Probandinnen in ihrem Körper wohlfühlen und ihn akzeptieren. Bei beiden wird der Intimbereich vom eigenen Körperbild separiert und hauptsächlich erst dann als störend empfunden, wenn sie Reaktionen von einem Gegenüber befürchten. Aus diesem Grund erscheint es für künftige Forschung, die zum tieferen Verständnis für einen ästhetischen Eingriff beitragen wollen, sinnvoll, das Selbstwertgefühl in Körper und Intimbereich zu trennen. Hierbei empfiehlt es sich eine präoperative sowie postoperative Befragung durchzuführen, um die Auswirkungen auf das ganzheitliche Körpergefühl und -bild festhalten zu können.

In der Metaanalyse von Sharp et al. (2020) wurden die Auswirkungen des Selbstwertgefühls von Frauen, die eine ästhetische Intimchirurgie haben machen lassen, untersucht. Sie zeigten auf, dass bei der Erhebung der Auswirkungen des Selbstwertgefühls nur eine Studie eine validierte psychometrische Messung präoperativ und postoperativ verwendete. Insgesamt kamen die Autorinnen auf das Resultat, dass positive Effekte auf das Selbstwertgefühl zu verzeichnen sind. Die Studien geben aber keinen Aufschluss darüber, ob sich das

Selbstwertgefühl auf den gesamten Körper und das Körperbild von weiblichen Personen bezieht oder spezifisch auf den Intimbereich.

In dieser Studie hat sich gezeigt, insbesondere bei Verena, dass der Intimbereich mit „Weiblichkeit“ und „Frausein“ assoziiert wird. Bis anhin gibt es keine Studien, die die Effekte nach einer ästhetischen Operation auf das eigene Bild der Weiblichkeit erheben. Ersichtlich wurde, auch wenn keine allgemeingültigen Aussagen getroffen werden können, dass sich sowohl Ajna wie Verena wünschen, ihr weibliches Genital anzunehmen mit dem sie sich Wohlfühlen – welches sie ggf. in sexuellen Interaktionen ungehemmt bzw. ohne Schamgefühle zeigen können. Das weibliche Geschlecht will von beiden in ihrem Körperbild aufgenommen werden. Gleichwohl hat sich gezeigt, dass weder eine noch die andere Probandin Aufmerksamkeit in ihre Vulva investiert. Verena benennt klar, dass sie nicht vor dem Spiegel stehen kann, um ihr weibliches Genital zu entdecken und Ajna wünscht sich, dass es an Relevanz verliert.

Paradoxerweise machen sie keine Verknüpfung mit ihrem Körper, dass sie durch ihre Auseinandersetzung mit ihm (sei es der "Kriegsfuss" bei Verena oder die „gemeine Beziehung“ bei Ajna) erst zu der „akzeptierenden“ bzw. "gesunden" Beziehung gelangt sind, die zu ihrem körperlichen Selbstwertgefühl beigetragen haben, was sich aus den Interviews daran erkennen lässt, dass sie ihm beide dankbar für die erbrachten Leistungen sind: bei Verena bspw. in Bezug auf die Magersucht und bei Ajna hinsichtlich des Sports.

Aus diesem Grund könnte ein künftiges Forschungsdesign sein, dass Frauen, die einen ästhetischen Eingriff machen lassen wollen, vorerst über mind. zwei Wochen täglich oder alle zwei Tage in ihr weibliches Geschlecht und in ihre Weiblichkeit investieren. Sowohl zu Beginn wie am Ende der Experimentphase sollen Faktoren zu Motiven, Selbstwertgefühl in Bezug zum Körper und separat zum Intimbereich, Gefühl der Weiblichkeit erhoben werden. Nach der ersten quantitativen Fragebogenerhebung könnte ein biografisches Interview durchgeführt werden. Es würde einen Gesamtüberblick über zentrale zusammenhängende Bewegungsgründe geben und gleichzeitig ein umfänglicheres Bild ihres Unbehagens, ihres Schamgefühls, ihrer Befürchtungen, aber auch ihrer Wünsch ermöglichen, auf die nach dem Experiment durch die abschliessende Befragung Bezug genommen werden könnte, um neue oder weitere Erkenntnisse zu generieren.

Die Schwierigkeit in der Umsetzung könnte sich bereits beim Feldzugang stellen oder an einer anhaltenden Motivation, die Teilnahme bereits vorzeitig zu beenden. Ein weiteres Hindernis zeigt sich im Arbeitsaufwand einer solchen Studie, die von zeitlichen und finanziellen gestellten Ressourcen abhängen.

## 7. Fazit

In dieser Masterarbeit wurden die leiblichen Erfahrungen und subjektiven Perspektiven von Frauen im Entscheidungsprozess zur ästhetischen Intimchirurgie untersucht. Die durchgeführten narrativen Interviews verdeutlichen, dass sowohl biografische als auch gesellschaftliche und mediale Einflüsse eine entscheidende Rolle spielen. Es zeigte sich, dass der Intimbereich häufig vom restlichen Körperbild getrennt betrachtet wird und das Bedürfnis nach einem ästhetischen Eingriff von externen Normen und persönlichen Unsicherheiten verstärkt wird. Die Ergebnisse zeigen die Wichtigkeit einer tieferen Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und dem Intimbereich auf sowie einer stärkeren Normalisierung der körperlichen Vielfalt zur Verbesserung der Selbstakzeptanz. Zukünftige Forschung sollte sich darauf konzentrieren, dass Selbstwertgefühl in Bezug auf den Körper und den Intimbereich getrennt zu betrachten und alternative Wege zur Steigerung der Zufriedenheit mit dem eigenen Körperbild zu untersuchen.

## Literatur

- Abels, Heinz (2001): Interaktion, Identität, Präsentation. Kleine Einführung in interpretative Theorien der Soziologie. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Amos, Natalie; & McCabe, Marita (2016): Positive perceptions of genital appearance and feeling sexually attractive: Is it a matter of sexual esteem? In *Archives of sexual behavior*, Vol. 45 (5). S. 1249-1258.
- Borkenhagen, Ada; Brähler, Elmar (2014): Schönheitsoperationen. In Borkenhagen, Ada; Stirn, Aaglaja; Brähler Elmar (Hrsg.): *Body Modification*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. S. 41-56.
- Chubak, Barbara (2020): Historical and Ethical Perspectives on Vulvoplasty. In *Sexual Medicine Reviews*. Vol. 8 (4). S. 542-547. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.06.002>
- Degele, Nina (2008): „Körper im Schmerz» - Zur Körperpolitik der Performancekunst von Stelare und Valie Export. In: Villa, Paula-Irene (Hg.): *schön normal*. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst. Bielefeld: transcript Verlag. S. 21-40.
- Dogan, Ozan; & Yassa, Murat (2019): Major Motivators and Sociodemographic Features of Women Undergoing Labiaplasty. In *Aesthetic Surgery Journal*. Vol. 39 (12). S. NP517-NP527. DOI: 10.1093/asj/sjy321
- Fischer, Wolfram (1982): *Time and Chronic Illness*. A Study on the Social Constitution of Temporality. Berkeley (Eigenverlag). Habilitationsschrift Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie, 1982.
- Ganterer, Julia (2019): Körpermodifikationen und leibliche Erfahrungen in der Adoleszenz. Eine feministisch-phänomenologisch orientierte Studie zu Inter-Subjektivierungsprozessen. In: Blumenthal, Sara-Friederike; Sting, Stephan; Laueremann, Karin; & Raithelhuber, Eberhard: Schriftenreihe der ÖFEB-Sektion Sozialpädagogik. Band 3. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Goodman, Michael P.; Placik, Otto J; Matlock, David P.; Simopoulos, Alex F.; Dalton, Teresa A.; Veale, David; & Hardwick-Smith, Susan (2017): Evaluation of Body Image and Sexual Satisfaction in Women Undergoing Female Genital Plastic/Cosmetic Surgery. In *Aesthetic Surgery Journal*. Vol. 36 (9). S. 1048-1057. DOI: 10.1093/asj/sjw061
- Gugutzer, Robert (2022): Soziologie des Körpers. 6., aktualisierte und ergänzte Auflage. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Herrmann, Steffen Kitty (2011): Ein Körper werden. Praktiken des Geschlechts. In: A.G. Gender-Killer (Hg.): *Das gute Leben*. Linke Perspektiven auf einen besseren Alltag. 2. Auflage. Münster: UNRAST-Verlag. S. 13-32.
- Helfferich, Cornelia (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kalampalikis, Andreas; & Michala, Lina (2023): Cosmetic labiaplasty on minors: a review of current trends and evidence. In *International Journal of Impotence Research* 35. S. 192-195. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00480-1>
- Maasen, Sabine (2008): Bio-ästhetische Gouvernementalität – Schönheitschirurgie als Biopolitik. In: Villa, Paula-Irene (Hg.): *schön normal*. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst. Bielefeld: transcript Verlag. S. 99-118.
- Merleau-Ponty, Maurice (1976): *Phänomenologie der Wahrnehmung*. 6. Aufl. Berlin: Walter de Gruyter. (Original 1945).
- Molina, Steffen Loick (2021): *Kosmetische Chirurgie im Online-Diskurs: Alter, Geschlecht und Fitness im Fokus ärztlicher Websites*. Bielefeld: Transcript Verlag.

- Oevermann, Ulrich; Allert, Tilman; Konau, Elisabeth; & Krambeck, Jürgen (1979): Die Methodologie einer objektiven Hermeneutik und ihre allgemeinforschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.): *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*. Stuttgart: Metzler. S.352-434.
- Preiss, Simone (2013): Ästhetische Chirurgie des äusseren weiblichen Genitales. In Borkenhagen, Ada; Stirn, Aglaja; & Brähler, Elmar (Hrsg.): *Body Modification*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. S. 173-194.
- Rosenthal, Gabriele (2005): *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung*. 1. Auflage. Weinheim, München: Juventa.
- Rosenthal, Gabriele (2014): *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung*. 4. Auflage. Weinheim, München: Juventa.
- Ruhe, Hans Georg (2014): *Praxishandbuch Biografiearbeit*. Methoden, Themen und Felder. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Sharp, Gemma; Maynard, Pascale; Hudaib, Abdul-Rahman; Hamori, Christine A.; Oates, Jayson; Kulkarni, Jayashri; & Sarwer, David B. (2020): Do Genital Cosmetic Procedures Improve Women's Self-Esteem? A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Aesthetic Surgery Journal*. Vol. 40 (10). S. 1143-1151. DOI: 10.1093/asj/sjaa038
- Sharp, Gemma; Mattiske, Julie; & Vale, Kirsten I. (2016): Motivations, Expectations, and Experiences of Labiaplasty: A Qualitative Study. In *Aesthetic Surgery Journal*, Vol. 36 (8). S. 920-928. DOI: 10.1093/asj/sjw014
- Schmitz, Hermann (2011): *Der Leib*. Berlin/Boston: De Gruyter.
- Schütze, Fritz (1983). *Biographieforschung und narratives Interview*. In: Neue Praxis 3, S.283-293.
- Villa, Paula-Irene (2007): *Der Körper als kulturelle Inszenierung und Statussymbol*. In: Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst soFid, Kultursoziologie und Kunstsoziologie. S. 9-18).
- Waldenfels, Bernhard (2021): *Das leibliche Selbst*. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes. 8. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. (Original 2000).

## Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen verwendet habe. Sämtliche Textstellen der Arbeit, alle Formulierungen, Ideen, Untersuchungen, Gedankengänge, Analysen und sonstigen schöpferischen Leistungen, Grafiken, Tabellen und Abbildungen, die benutzten Werke oder Quellen aus dem Internet eins zu eins oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich durch Quellenangaben korrekt kenntlich gemacht.

Die Eigenständigkeit der Arbeit erstreckt sich über alle Phasen der Erstellung, von der Konzeption über die Durchführung bis hin zur Dokumentation. Diese Erklärung gilt als verbindliche Zusicherung meinerseits über die Authentizität und Selbstständigkeit meiner wissenschaftlichen Leistung.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende schriftliche Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

**Name, Vorname** Misini Trime

**Matrikelnummer** 28189

**Ort, Datum** Olten, 02. August 2024

**Unterschrift**

A solid black rectangular box redacting the signature of the author.