universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Brustamputation nach malignem Tumor“

Auswirkungen auf das Selbstkonzept betroffener Frauen

Verfasserin

Tamara Charlotte Trattnig

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, im Mai 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 057 122
Studienrichtung lt. Studienblatt:	IDS Pflegewissenschaften
Betreuerin / Betreuer:	V.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Ich versichere,

dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin / einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

_____ _____

Datum Unterschrift

Danksagung

Eine Diplomarbeit zu schreiben bedeutet einen interessanten Weg zu bewandern. Jeder, der bereits eine derartige Arbeit verfasst hat, ist sich dessen bewusst, dass Wegabschnitte manches Mal leichter, manches Mal schwieriger zu beschreiten sind, bis das Ziel greifbar wird. Wandern bringt jedoch auch eines mit sich, nämlich geschätzte Menschen kennenzulernen, die ein Stück des Weges mitgehen. Zudem gibt es jene lieben Personen, die Begleiter des ganzen Weges sind. Diese Menschen sind meine Familie sowie meine Freundinnen und Freunde, deren Glaube an mich während des gesamten Studiums und schlussendlich bis zum letzten Wort dieser vorliegenden Arbeit ungebrochen ist. Euch allen gilt mein aufrichtiger Dank.

Ein Gelingen in Form der vorliegenden Arbeit, wurde erst durch die offenen Gespräche mit jenen Frauen möglich, welche sich für ein Interview bereiterklärten. Ich danke euch für euer entgegengebrachtes Vertrauen und eure Unterstützung.

Ein ganz besonderes Dankeschön richtet sich an Hanna Mayer und Helga Zellhofer für ihre herzliche Begleitung. Es war mir eine Freude mit Ihnen arbeiten zu dürfen und von Ihrer Inspiration umgeben zu sein.

Meiner Großfamilie und in besonderer Weise meinen Eltern danke ich für ihren Beistand durch alle Höhen und Tiefen. Es erfüllt mich mit Stolz ein Teil eurer Familie zu sein.

Liebe Christa, ich danke dir von ganzem Herzen für unsere wertvollen Gespräche, für deine besondere Begleitung und vor allem für deine Freundschaft.

Diese Diplomarbeit ist meinen beiden Geschwistern gewidmet. Marlene und Georg, euch beiden in lieber Verbundenheit, ein aufrichtiges Dankeschön.

ABSTRACT

Die vorliegende Diplomarbeit setzte sich zum Ziel die Bedeutung des Erlebens einer Brustamputation nach malignem Tumor und deren Auswirkung auf das Selbstkonzept betroffener Frauen aus retrospektiver Sichtweise zu untersuchen. Für dieses Vorhaben wurden insgesamt 12 Interviews mit jenen Frauen geführt, welche einen Brustverlust aufgrund einer Brustkrebserkrankung und der daraus resultierenden Operation erleben mussten und sich gegen eine Brustrekonstruktion entschieden haben. Die gewonnenen Interviews wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet.

Bereits die Mitteilung der Diagnose und damit verbunden, schlagartig mit einer existenziell bedrohlichen Krankheit konfrontiert zu sein, stellt ein erschreckendes Erleben für die Frauen da, welches sich um ein Vielfaches durch die Nachricht der notwendigen Brustamputation manifestiert. Ein Brustverlust, bedingt durch den erforderlichen Eingriff, bewirkt unvermeidbar eine Versehrtheit des Körpers. Der nun „unbekannte“ Leib steht in Wechselwirkung mit der Trauer und der stillen Frustration die die Frauen aufgrund des Verlustes durchleben. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass eine Brustamputation körperliche Beschwerden verursacht, die in mehrere Hinsicht zur ungeahnten Herausforderung für die Betroffenen werden.

Trotz der psychischen und physischen Bedrohungen welche sich aus der Krebserkrankung und der Amputation ergeben, kämpfen die betroffenen Frauen und entwickeln eine innere Stärke um zurück in die Normalität des Lebens zu gelangen. Die existenziell bedrohliche Erfahrung bewirkt im Laufe der Zeit, dass bekannte Muster des alten Lebens aufgebrochen und neu bewertet werden. Daraus ergibt sich eine neue, selbst konzipierte Qualität des Seins, im Sinne sich selbst und das Leben neu zu entdecken.

ABSTRACT

The available dissertation had the intention to investigate the importanceof the experience of a breast amputation after a malignant tumour and its consequence of the own plan from affected women in a retrospective view. For this intention 12 interviews were led in summary with those women who had to suffer a breast loss because of a breast cancer diseaseand the resulting operation and who decided against a breast reconstruction. The gained interviews were analysed with the qualitative content analysis according to Mayring (2008).

Even the information of the diagnosis and assosiated with it, suddenly confronted with an existential dangerous disease, describes a frightening experience for the women that manifests many times by the message of the necessary breast amputation. A breast loss, conditioned by the necessary operation, causes unavoidably disability of the body. The now „unknown“ body is in a changing effect with grief and the silent frustration.that the women because of the loss have to experience. These events show moreover, that a breast amputation causes physical troubles, which become an undreamt provocation in many ways for all the affected ones.

In spite of the psychological and physical threatening, that result from the cancer disease and the amputation, the affected women fight and develop inner strength to get back to the normality of life. The existential dangerous experience causes in the period of time that known patterns of the old life are broken out and are valued new. From that follows a new, self-conceived quality of being, in the sense of discovering oneself and the life in a new way.

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG 1
1.1 Problemlage 1
1.2 Ziel und Fragestellung 2
1.3 Kapitelvorschau 3
2 DAS SELBSTKONZEPT 5
2.1 Der Begriff Selbstkonzept 5
2.1.1 Aspekte des Selbstkonzeptes 11
2.2 Entstehung des Selbstkonzeptes 16
2.3 Entstehung eines veränderten Selbstkonzeptes: Mögliche Auslöser 21
2.3.1 Krankheit als Auslöser einer Veränderung des Selbstkonzeptes 22
2.4 Modelle zu Selbstkonzept und Körperbild in der Pflege 24
2.4.1 Kings allgemeines Systemmodell 25
2.4.2 Levines Konservationsmodell 29
2.4.3 Adaptionsmodell nach Roy 32
2.4.4 Modell der Körperbildpflege nach Price 36
2.4.5 Gemeinsamkeiten und Differenzen der vorgestellten Modelle 40
3 FORSCHUNGSSTAND 43
3.1 Darstellung des aktuellen Forschungsstandes 43
3.2 Zusammenfassung 52
4 BESCHREIBUNG UND METHODIK DER EMPIRISCHEN VORGEHENSWEISE 53
4.1 Forschungsansatz 54
4.2 Datenerhebungsmethode 57
4.3 Datenaufbereitungsmethode 58
4.4 Datenauswertungsmethode 59
4.5 Ethische Überlegungen 62
4.6 Feldzugang und Teilnehmerinnen 64
4.7 Interviewsituation 65
5 ERGEBNISDARSTELLUNG 70
5.1 Trauer und stille Frustration 74
5.1.1 Der Blick in den Spiegel 74

5.1.2 Minderung der Weiblichkeit....76
5.1.3 Verlust des Selbstwertgefühles....78
5.1.4 Gefühlte Stigmatisierung....79
5.2 Versehrtheit des Körpers....82
5.2.1 Funktionalität – wenn der Körper körperlich kaum kann....82
5.2.2 Aussehen – wenn der Körper reflektiert....86
5.3 Entwicklung innerer Stärke....92
5.3.1 (Über)Leben durch Brustamputation....92
5.3.2 Kampf zurück in die Normalität....94
5.3.3 Verhaltensneuorientierung....95
5.4 Leben und das Leben erleben....99
5.4.1 Für sich da sein....99
5.4.2 Für jemanden da sein....101
5.4.3 Etwas zurückbekommen....102
5.5 Angst als unsichtbarer Begleiter....110
5.5.1 Angst vor Rezidiv....110
5.5.2 Angst vor den Kontrolluntersuchungen....112
5.5.3 Ungewissheit....113
5.6 Zeit heilt Wunden - zurück bleiben Narben....115
5.7 Zusammenfassung der dargestellten Ergebnisse....116
5.8 Grafische Darstellung der Ergebnisse....123
6 DISKUSSION....124
7 CONCLUSIO UND AUSBLICK....135
8 LITERATURVERZEICHNIS....140
9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS....150
10 ANHANG....151
11 CURRICULUM VITAE....153

1 EINLEITUNG

Die moderne Frau der westlichen Gesellschaft verkörpert Schönheit, Fitness, ist beruflich erfolgreich, eine perfekte Hausfrau, eine gute Ehefrau und Mutter und ständig am Puls der Zeit orientiert. Es scheint, als erfülle sie alle Attribute unserer geschlechtsdifferenzierten Gesellschaft. Wie schnell sich dieses Bild ändern kann, wie verletzlich es ist, zeigt die Diagnose Brustkrebs und damit verbunden eine mögliche Operation, die das Bild des unversehrten Körpers verändert. Plötzlich steht man vor der Aufgabe, sich neu zu definieren, mit einem Mal wird die Selbstverständlichkeit des Lebens zur Herausforderung.

1.1 Problemlage

Brustkrebs stellt in Österreich und im internationalen Vergleich sogar weltweit die häufigste Krebserkrankung bei Frauen, im Vergleich zu allen übrigen bösartigen Tumorarten dar (Eicher & Marquard 2008; Statistik Austria, 2010). Durch medizinisch-technischen Fortschritt steigt die Zahl an brusterhaltenden Therapien. Doch nicht bei jeder Frau, die an dieser Krankheit leidet, ist eine brusterhaltende Operation möglich. Bedingt durch ungünstige Brust-Tumor-Größenrelation oder Karzinomherde in unterschiedlichen Brustarealen, stellt eine Entfernung der weiblichen Brust, oft den letzten Ausweg auf größere Heilungschancen dar (Abdallah, Papadopoulos & Audretsch 2010).

Jedoch kann diese notwendige Operation, welche eine Veränderung des vertrauten Körpers bewirkt, in vielerlei Hinsicht das Wohlergehen einer betroffenen Frau beeinflussen. Gödtel (1993) geht sogar davon aus, dass kein anderer Körperteil so bedeutsam für das Selbstwertgefühl einer Frau ist wie ihre Brust. Das Selbstwertgefühl repräsentiert dabei „nur“ einen der ausschlaggebenden Teilaspekte des Selbstkonzeptes.

Aktuelle Studien, die sich mit einer Brustamputation (Mastektomie) beschäftigen, fokussieren zudem vorwiegend einzelne Aspekte des Selbstkonzeptes der betroffenen Frauen. So existieren überwiegend Untersuchungen, die sich hauptsächlich mit dem Körperbild nach einer Brustamputation beschäftigen und deren Auswirkung auf das Selbstwertgefühl thematisieren (Rubino et al. 2007; Sertoz et at. 2009; Al-Ghazal et al. 2000).

Hinzu kommt, dass nahezu alle Untersuchungen zu diesem Thema quantitativ erhoben wurden. Die Bedeutung eines Brustverlustes für die einzelne Frau bleibt dabei weitgehend ausgeklammert. Desweitern wurden die meisten der bestehenden Studien zu einem Zeitpunkt durchgeführt, welcher kurz nach der Operation stattfand. Für die Wissensgenerierung zum vorliegenden Thema ist es sowohl für die Pflegewissenschaft als auch für die Praxisdisziplin essentiell, den Blickwinkel des (Er)lebens nach einer Brustamputation nicht streng auf einen Zeitpunkt zu legen und einzelne Teilaspekte des Selbstkonzeptes zu erarbeiten, sondern den betroffen Menschen ganzheitlich in seinem Erleben wahrzunehmen.

1.2 Ziel und Fragestellung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, das subjektive Erleben eines Brustverlustes (ohne Wiederaufbau) aus qualitativer Sichtweise retrospektiv zu untersuchen, um der Bedeutung einer Brustamputation nach malignem Tumor und deren Auswirkungen auf das Selbstkonzept aus der Perspektive der Betroffenen ganzheitlich und im Zeitverlauf beleuchten zu können.

Daher werden folgende Forschungsfragen gestellt:

- Was bedeutet das Erleben einer Brustamputation für das Selbstkonzept betroffener Frauen?
- Welche Veränderungen ergaben sich durch den Brustverlust für das Selbstkonzept?
- Wie erfolgte die Anpassung des veränderten Körpers in das Selbstkonzept?
- Welche Probleme traten bei der Anpassung auf?

1.3 Kapitelvorschau

Im theoretischen Teil wird versucht, den Begriff Selbstkonzept zu erklären. Nachstehend werden alle Teilaspekte des Selbstkonzeptes erläutert. Darüber hinaus werden mögliche Faktoren, die zu einer Veränderung des Selbstkonzepts führen, dargestellt. Eine wesentliche Grundlage für die vorliegende Arbeit bilden ausgewählte Pflegemodelle, welche sich sowohl mit dem Konzept des Selbst eines Menschen sowie dessen Körperbild beschäftigen. Anschließend werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der vorgestellten Modelle erarbeitet. Der aktuelle Forschungsstand soll im nächsten Schritt Einblick über bereits vorhandene wissenschaftliche Studien zum Thema Brustamputation gewähren. Den Beginn des empirischen Teiles bildet die Beschreibung der Datenerhebungs- und Auswertungsmethode. Desweiteren werden ethische Grundsätze erläutert, welche eine weitere wesentliche Prämisse der Arbeit verkörpern. Die qualitativ gewonnen Ergebnisse bilden den Kern des Empirieteiles, sie werden ausführlich dargestellt und mit Originalzitaten untermauert. Im Diskussionsteil werden die Ergebnisse mit den vorgestellten Pflegemodellen in Bezug gesetzt. Den Abschluss der Arbeit bilden Vorschläge für weiterführende wissenschaftliche

Forschungen zum vorliegenden Thema sowie Empfehlungen für die Pflegepraxis.

2 DAS SELBSTKONZEPT

Es ist eine sorgfältige Auseinandersetzung mit diesem scheinbar abstrakten Begriff, sowohl elementar als auch essenziell für das vorliegende Thema dieser Arbeit. Um erklären zu können, was das Selbstkonzept eines Menschen repräsentiert, was es bedeutet, beinhaltet und darstellt.

2.1 Der Begriff Selbstkonzept

Bei der Recherche wird schnell klar, dass sich viele unterschiedliche Wissenschaften mit dem Selbstkonzept beschäftigen. Dies sind in erster Linie die Psychologie und Philosophie, jedoch auch die Soziologie und die Bildungswissenschaften nehmen einen wesentlichen Bereich ein. So heterogen wie die einzelnen Disziplinen, so wird auch der Begriff des Selbstkonzeptes vielfältig bestimmt. Es gibt keine einheitliche Definition des Begriffes, jedoch akzentuierte Komponenten, die Gemeinsamkeiten erkennen lassen. Aus diesem Grund werden anschließend, um die Bedeutung des Selbstkonzeptes näherbringen zu können, verschiedene Begriffsbestimmungen dargestellt und danach eine zentrale Definition herausgearbeitet, anhand derer sich die vorliegende Diplomarbeit in ihrer Gesamtheit orientiert.

Retrospektiv kann zunächst festgehalten werden, dass das Interesse und die Auseinandersetzung mit dem Selbst eines Menschen bereits in der Antike Philosophen in ihren Bann zog. So unterschied beispielsweise Aristoteles zwischen seelischen und physischen Merkmalen eines menschlichen Individuums und stellte damit in weitestgehender Betrachtung, vor allem mit

der psychischen Komponente des Menschen, den Ursprung der Selbstkonzeptforschung dar (Mummendey, 1995).

Viele Jahrhunderte später, im Jahre 1890, entstand eine der ersten zentralen wissenschaftlichen Theorien des Selbst durch den Psychologen und Philosophen William James. Er definierte und bezeichnete das Selbst einer Person als eine soziale Erfahrung welche durch die Aspekte „Me“ und „I“ unterschieden werden. Das „self as knower“ (I) ist die Person selbst, sie erkennt sich als aktives, handelndes und denkendes Subjekt. Das „self as known“ (Me) stellt die Summe der Persönlichkeit und Erfahrungen eines Menschen dar und wird als Objekt der Wahrnehmung einer Person verstanden (Hannover, 1997; Asendorpf, 2004; Wild & Möller, 2009).

James teilte das „self as known“ in drei facettenreiche Aspekte. In das materielle Selbst, es beinhaltet die eigene Körperlichkeit, die Familie und den materiellen Besitz. Das soziale Selbst beschrieb er als die Reaktion der Mitmenschen in Bezug auf die eigene Person. Letztlich das spirituelle Selbst, es impliziert und überwacht alle Gedanken und Gefühle eines Individuums. James ging davon aus, dass alles was ein Mensch mit seiner persönlichen Identität assoziiert ein Element seines Selbst wird (Hannover, 1997; Zimbardo & Gerrig, 2004).

Seit William James, dem Soziologen Charles Cooley (1902) und weiteren Pionieren der Selbstkonzeptforschung, wie zum Beispiel George H. Mead (1934) und den Sozialpsychologen Gordon W. Allport (1943) wurde das Selbst eines Menschen zum aktuellen Untersuchungsgegenstand empirischer Forschungsrichtungen (Mummendey, 1995).

Wie bereits erwähnt, gibt es keine allgemeingültige und übergeordnete Definition für das Selbstkonzept, weshalb die Begriffe Selbstwahrnehmung, Selbst und Selbstkonzept je nach wissenschaftlichen Forschungsarbeiten auch mehrfach synonym verwendet werden. Dies könnte eine Abgrenzung des interessierenden Begriffes erschweren. Jedoch besitzen, wie schon kurz hingewiesen, die einzelnen Definitionen einen sehr ähnlichen Charakter dessen, was das Selbstkonzept eines Menschen beinhaltet und darstellt.

So verstehen Zimbardo und Gerrig (2004) unter dem Selbstkonzept das geistige, psychische Modell eines Menschen über sein Wesen und seine Merkmale sowie seine Fähigkeiten. Sehr ähnlicher Auffassung ist ein weiterer Vertreter der Psychologie. Mummendey (1995), er bezeichnet das Selbstkonzept als die Gesamtheit der Beurteilung, Einstellung und Wahrnehmung eines Menschen, gleichsam ein Bild welches ein Individuum über sich selbst hat.

Menschen ist es jedoch nicht nur möglich, ein Bild über sich selbst und ihr facettenreiches Sein zu konstruieren und dieses zu reflektieren, sondern sie besitzen auch die Fähigkeit mit ihrem sozialen Umfeld beziehungsweise mit anderen Personen zurechtzukommen. Ihre Handlungen entscheiden dabei über den Erfolg (Laskowski, 2000). Das Selbstkonzept einer Person beinhaltet infolgedessen auch die Erfahrung mit und durch seine Umwelt. Das bedeutet, dass Wahrnehmung und Beurteilung der eigenen Persönlichkeit sowohl durch die Person selbst, als auch durch den Kontakt mit ihren Mitmenschen suggeriert wird. Demnach verstehen Tausch & Tausch (1998) unter dem Selbstkonzept, die variable Summe facettenreicher Erfahrungen eines Individuums, welche meistens aus Begegnungen mit anderen Menschen resultieren. Erfahrungen sind dabei bewusste als auch unbewusste

Wahrnehmungen, Empfindungen und Charakteristiken einer Person mit und über sich selbst.
Baumeister (1997), formuliert dies in ähnlicher Weise. Für ihn bedeutet der Begriff Selbstkonzept, die Gesamtheit aller Merkmale einer Person, welche sie sich selbst zuschreibt und ihre Individualität bestimmt, welche jedoch auch soziale Beziehungen miteinschließt: „*The term self-concept refers to the totality of inferences that a person has made about himself or herself. These refer centrally to one´s personality traits and schemas, but they may also involve an understanding of one´s social roles and relationships*“ (Baumeister, 1997, S. 681).

Fortschrittliche wissenschaftliche Forschungen gehen davon aus, dass das Selbstkonzept nicht als ein starres Konstrukt der eigenen Persönlichkeit gesehen werden kann, sondern als ein dynamisches System, welches sowohl eine Sammlung aus verschiedenen Erinnerungs- und Ideologierepertoires einer Person umfasst, aber auch die mit diesen Repertoires agierende Abläufe und Mechanismen miteinschließt (Markus & Wulf, 1987).

Erfahrungen und Prozesse beeinflussen demnach ferner das individuelle Selbstkonzept eines Menschen. Figurativ bedeutet dies zum einen, wie sich eine Person selbst charakterisiert, was sie sich zukünftig für sich erhofft, was sie befürchtet und wie sie sich selbst in gesellschaftlichen Beziehungen sieht, beziehungsweise wie sie sich in sozialen Rollen einordnet. Zum anderen geht es um Mechanismen und Abläufe, die vorwiegend unbewusst, ihr Selbstwertgefühl und ihr Selbstbild bewahren und weiter konstruierten (Greve, 2007).

Durch diese Definitionen wird deutlich, dass das Selbstkonzept mehr umfasst als ausschließlich eine „sichtbare“ Selbstrepräsentation einer Person. Es

schließt das Selbstwertgefühl, seine Identität und die soziale Rollenausübung eines Menschen gleichsam seine Umwelt mit ein und lässt erkennen, dass situative Ereignisse Auswirkungen auf das Selbstkonzept haben können.

Dieser Auffassung sind auch Gergen (1979), Singer und Deusinger (2006) sowie Filipp und Aymanns (2010), die davon ausgehen, dass das Selbstkonzept zwar relativ stabil ist, jedoch beeinfluss- und änderbar, demnach auch dynamisch, aufgrund der Einstellung der eigenen Person zu sich selbst, hervorgerufen durch individuelle Erlebnisse, welche einem Menschen widerfahren. Dazu wird im Kapitel 2.3 noch näher Stellung genommen.

Das Fazit der vorgestellten Definitionen impliziert, dass es sich aus psychologischer, philosophischer und psychosozialer Sichtweise bei dem Selbstkonzept eines Menschen um kognitive und dynamische Prozesse handelt, welche das Selbstbild, das Selbstwertgefühl, die soziale Rollenausübung und die persönliche Identität miteinschließt.

Betrachtet man das Selbstkonzept aus der Perspektive der Pflegewissenschaft, so wird deutlich, dass die Bedeutung und die Intensität des Begriffes in dieser hier vorliegenden Disziplin in sehr ähnlicher Weise definiert und verstanden wird.

So beschreiben Corr & Corr (1992, S. 253) und Steffen-Bürgi (1999) das Selbstkonzept als die Summe der Empfindungen und Überzeugungen einer Person, welche sie über sich selbst besitzt und sich selbst zuschreibt. Dieses umfassende Gefühls- und Einstellungsrepertoire wird auch entscheidend von und durch ihre jeweilige Umwelt gebildet. Das bedeutet, dass das eigene

Verhalten auch wesentlich durch Reaktionen von anderen Menschen in Bezug auf die eigene Person geformt wird.

Mischo-Kelling (1992) ist der Überzeugung, dass sich das im Verlauf der individuellen Entwicklung und durch die Interaktion mit der Umwelt entstandene Selbstkonzept, Folgen auf Meinungs- und Wahrnehmungsprozesse, desweiteren auf Ziele, Vorstellungen und Werte einer Person hat.
Demgemäß beinhaltet diese Definition auch, den Ausdruck der persönlichen Identität, die unverwechselbare und individuelle Persönlichkeit eines Menschen.

Ähnlich charakterisiert dies Imogene King (1981), wenngleich auch unter dezidierter Sichtweise, was das Selbstkonzept symbolisiert. Sie verdeutlicht in ihrer Definition ebenso die Einzigartigkeit eines Menschen und seines Selbst.
Infolgedessen beschreibt sie das Selbstkonzept als „*die Gesamtheit der Gedanken und Gefühle, in deren das Bewusstsein der Person von ihrer individuellen Existenz zum Ausdruck kommt, also ihrer Vorstellung davon, wer sie ist und was sie ist. Es ist die Summe all dessen, was die Person ihr eigenen nennen kann […] Das Selbst ist die gesamte subjektive Umwelt einer Person. Durch das Selbst wird die Innenwelt der Person von der aus allen anderen Menschen und Dingen bestehenden Außenwelt unterscheidbar. Das Selbst ist das Individuum, wie es nur das Individuum kennt. Es ist das, worauf wir uns beziehen, wenn wir `ich´ sagen“* (King, 1981, zit. nach Fawcett 1996, 127f).

Betrachtet man die eben vorgestellten Definitionen akribisch, so wird auch hier erkennbar, dass sich das Selbstkonzept aus der persönlichen Identität, dem Selbstwertgefühl und der sozialen Rollenausübung zusammensetzt. Ein

wichtiger Aspekt wird jedoch nicht dezidiert innerhalb der Definitionen angesprochen und bleibt deshalb in gewisser Weise im Verborgenen. Dennoch repräsentiert dieser Aspekt einen wichtigen Teil des Selbstkonzeptes. Es ist eine wesentliche Komponente, ein zentrales Element, welches in der vorliegenden Arbeit auch eine besondere Bedeutung innehat - es ist dies der Aspekt des Körperbildes.

Daher gilt es eine Definition aus pflegewissenschaftlicher Perspektive herauszuarbeiten, welche auch das Körperbild beinhaltet. Aus diesem Grund wurde als Rahmen für die vorliegende Diplomarbeit die Definition von Jürgen Georg (2002) herangezogen. Georg bezeichnet das Selbstkonzept als einen zentralen Überbegriff menschlichen Erlebens, welcher sich aus den folgenden Aspekten zusammensetzt:

- persönliche Identität
- Selbstwertgefühl
- Körperbild
- soziale Rollenausübung (Georg, 2002, S. 21)

2.1.1 Aspekte des Selbstkonzeptes

Nachstehend werden die von Georg (2002) charakterisierten Teilaspekte des Selbstkonzeptes bündig erläutert. Sie bilden eine zentrale Prämisse der vorliegenden Arbeit und werden insbesondere und ausführlich im empirischen Teil behandelt.

2.1.1.1 Persönliche Identität

Unter der persönlichen Identität wird das Bewusstsein, die Erkenntnis über das eigene Selbst verstanden. Es formt sich durch individuelle Erfahrungen und

um das Wissen über die eigene unvergleichbare Existenz (Baumann, 2009). Die persönliche Identität ist jener Aspekt des Selbstkonzeptes, welcher die Einzigartigkeit eines Menschen nach außen hin unverwechselbar kennzeichnet.

Die Entwicklung der persönlichen Identität wird von den verschiedenen Disziplinen unterschiedlich formuliert. Physiologische Theorien sind der Auffassung, dass sich die Einzigartigkeit einer Person in den Phasen seines Lebens charakteristisch entwickelt. Theorien der Soziologie allerdings vertreten die Meinung, dass die Identität durch soziale und kulturelle Bedingungen geformt wird. Trotz der unterschiedlichen Beschreibungen verschiedener Disziplinen zur Entwicklung der persönlichen Identität gibt es doch einen gemeinsamen Nenner: Die Identität eines Individuums stellt das Resultat einer subjektiven Entfaltung dar (Sauter, Abderhalden, Needham & Wolff, 2006).

Der Begriff der Identität wird oftmals auch als Gegenbegriff der sozialen Rolle verstanden. Gemeint ist damit, dass eine Person fortwährend unterschiedliche Rollen in ihrem Leben einnimmt. Dies betrifft das öffentliche und das private Leben eines Individuums, sei es nun die Rolle als SteuerzahlerIn, als Vereinsmitglied oder als Elternteil. Der Mensch ist trotz Ausübung der vielen unterschiedlichen Rollen, in sich identisch (Mummendey, 1995).

2.1.1.2 Selbstwertgefühl

Das Gefühl für den eigenen Wert einer Person entwickelt sich aus dessen erfahrungs- und erlebnisbedingten Selbstbewertung. Es ist die Summe der

Aspekte des Wohlgefühls und der Selbstachtung sowie der inneren Stärke und der Unabhängigkeit (Haußer, 1995).

Ein ausgeglichenes Selbstwertgefühl ist eine fundamentale Bedingung für (Weiter)Entwicklung und Stärkung der persönlichen Identität. Die Entwicklung hin zu einem positiven Selbstwertgefühl wird auch im entscheidenden Maße durch die soziale Umwelt eines Menschen geprägt. Das Fundament dazu wird bereits in den frühen Jahren der Kindheit gelegt.
Kinder, die bei ihrer Persönlichkeitsentwicklung durch ihr enges soziales Netz affirmativ unterstützt, begleitet und wertgeschätzt und denen Entwicklungsaufgaben zugetraut werden, sind in der Lage, ein für sich bejahendes Selbstbewusstsein zu entwickeln und dieses auch im Erwachsenenalter weiter auszubauen (Erickson & Egeland, 2009; Penthin, 2007). Je ausgeprägter das Selbstbewusstsein, desto weniger empfänglich ist eine Person gegenüber negativen Äußerungen durch Dritte.
Ein positives Selbstwertgefühl stellt eine der essentiellsten emotionalen Kraftquellen für innere Entfaltung und psychisches Wohlbefinden dar. Jedoch ist das Selbstwertgefühl keine einheitliche unveränderbare Konstante, es unterliegt Schwankungen. Geprägt von aktuellen Erfolgen oder Misserfolgen und einschneidenden Lebensereignissen sinkt und erhöht sich der Wert des Selbstbewusstseins (Fürstler & Hausmann, 2000).

2.1.1.3 Körperbild

Das Bild, welches eine Person über den eigenen Körper besitzt, stellt einen wesentlichen Teilaspekt des Selbstkonzeptes dar. Zudem ist es eng verknüpft mit der persönlichen Identität und dem Selbstwertgefühl eines Menschen.

Die Entwicklung und Auseinandersetzung des Körperbildes beginnt schon sehr früh im Leben eines Individuums. Laut Grunbaum (1985) bereits im Kindesalter und bildet sich im Laufe des Lebens fortwährend weiter. Vorwiegend wird das Körperbild durch Kontakt zu anderen Menschen geprägt und trägt deshalb maßgeblich zur Bildung der persönlichen Identität und zur Entwicklung des Selbstwertes bei.

Das Körperbild ist, wie das Wort schon beinhaltet, das Bild, welches ein Mensch seinem Körper zuschreibt, welches er gedanklich von ihm besitzt. Das Körperbild umfasst dabei weitaus mehr als die sichtbare Repräsentation des eigenen Leibes. Es steht in Verbindung mit den innersten Gefühlen, mit der Zufriedenheit und der Selbstsicherheit eines Menschen (Creutzfeld-Glees, 2007; Salter, 1999).

Die Zufriedenheit und damit verbunden die Selbstsicherheit mit dem eigenen Körper wird in der westlichen Gesellschaft entscheidend durch ein vollkommenes Äußeres charakterisiert. Der erste Eindruck eines Menschen entsteht demnach selten nach Charaktereigenschaften der betreffenden Person, sondern größtenteils durch seine körperlichen Vorzüge (Rieder, 2009).
Medien suggerieren zunehmend eine körperbetonte Bedeutsamkeit der Weiblichkeit.
Da in der westlichen Welt die Frau zunehmend über ihren Körper definiert wird, wird die Brust zu einem Hauptmerkmal für die Geschlechtsidentität und des körperlichen Wohlbefindens (Ahn, Park, Noh, Nam, Lee, Lee, Kim, Lee, Park & Yun, 2007).

Bezugnehmend zum vorliegenden Thema stellt die Brust neben Ausdruck der Weiblichkeit, den Inbegriff der Mütterlichkeit und außerdem ein sekundäres Geschlechtsorgan der Frau dar. Eine Operation der Brust, bedingt durch eine

Brustkrebserkrankung, kann das Bild des Körpers der betroffenen Frau in mehrerer Hinsicht aus dem Gleichgewicht bringen. White (2000) berichtet, dass beispielsweise der Verlust der Haare bedingt durch die Chemotherapie unter anderem zur Frustration mit dem eigenen Körperbild und eine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühles zur Folge haben kann.

2.1.1.4 Soziale Rollenausübung

Das soziale Agieren einer Person ist die Gesamtheit der Erwartung, die Mitmenschen an einem richten. Es wird von den agierenden Akteuren vorausgesetzt, dass sie sich rollengemäß, beispielsweise als SteuerzahlerIn, als Elternteil oder als Vereinsmitglied verhalten (Dahrendorf, 2010; Korte & Schäfers, 2010). Das bedeutet, dass eine Gesellschaft voraussetzt, dass einer, in dieser sozialen Umwelt agierender Person, bewusst ist, was von ihr in Ausübung ihrer sozialen Rolle erwartet wird, beziehungsweise dass einer Rollenausübung verlässlich nachgegangen wird.

Soweit ein Mensch als „gesund“ gilt, wird von ihm erwartet, dass er seine soziale Rollenausübung und die an ihn gebundenen Aufträge erfolgreich erfüllt. Leidet ein Mensch unter einer Krankheit, so wird er von einigen seiner definierten sozialen Rollen zumindest zeitweise entbunden. Unterschieden wird jedoch die Ausprägung der vorliegenden Krankheit. Handelt es sich um eine mentale Krankheit, so ist dies gleichzusetzen mit der Unfähigkeit, die normativen Erwartungen der sozialen Rolle zu erfüllen. Bei einer somatisch bedingten Erkrankung wird von einer Unfähigkeit, die mit der sozialen Rollenausübung verknüpften Aufgaben zu erfüllen, verstanden (Oesterdiekhoff, 2001).

2.2 Entstehung des Selbstkonzeptes

Die Mehrzahl der Forschungsarbeiten zur Entstehung des Selbstkonzeptes zeigen auf, dass die Existenz des Selbstkonzeptes eines Menschen bei seiner Geburt noch nicht besteht sondern sich erst im Laufe seines Leben entwickelt (Steffen - Bürgi, 1999).

Viele verschiedene Interaktionen und facettenreiche Erlebnisse fließen bei der Konstruktion des individuellen Selbstkonzeptes mit ein. Die soziale Umwelt einer Person stellt dabei, wie schon durch die oben angeführten Definitionen erkennbar, eine wesentliche Prämisse dar.

Die zentrale Phase der Entwicklung des Selbstkonzeptes beginnt bereits in den ersten Lebensmonaten und Jahren eines Kindes. In dieser Zeit wird die Entstehung seiner Persönlichkeit, die Bildung seines Selbst durch die Interaktion mit den ersten Bezugspersonen, der unmittelbaren Umwelt des Sprösslings, erstmals geprägt (Podlich, 2008; Schiemann, 2009). Das bedeutet, dass sich ein Kind stets im Lernprozess befindet, es dabei ständig Erlebnisse und Gefühle über sich sammelt und speichert, welche auch stark im Kontext mit seiner Umwelt stehen.
Wahrnehmungen, Erfahrungen und Empfindungen komprimieren sich im Laufe der Zeit zu einem „Ich“. Die Entfaltung der Individualität des Kindes beginnt und somit auch die Entwicklung seines Selbstkonzeptes (Laskowski, 2000).

Stern (1992) unterscheidet vier Stufen der Entstehung des Selbstkonzeptes, welches sich in den ersten Lebensjahren eines Kindes, zu entwickeln beginnt. Er bezeichnet die erste Stufe, die sich im ersten und zweiten Lebensmonat vollzieht, als ein Auftauchen, ein Entstehen des Selbst und ein Entstehen an

Empfindungen für die unmittelbare Welt. Die zweite Stufe, die sich bis zum neunten Lebensmonat bilden kann, wird als Kern des Selbst beschrieben. Dabei beginnt ein Baby sein Selbst erstmals eigenständig zu entdecken und Bewegungen zu koordinieren, welche sich auch durch kleine Interaktionsspiele zwischen ihm und seiner Kernfamilie äußert. In dieser Phase ist der soziale Kontakt prägend für die weitere Entwicklung des Kindes, da gerade in dieser Zeit die Entdeckung eigener Handlungsabläufe und das Erleben des eigenen Selbst, durch die Interaktion mit und durch seine Umwelt, bedeutend gefördert werden kann. In der dritten Phase, während des siebenten bis spätestens achtzehnten Lebensmonat, in der sich das subjektive Selbst bildet und entfaltet, ist es den Kleinkindern bereits möglich die Stimmung anderer Personen wahrzunehmen und diese zu spiegeln (Engel & Hoppe-Graf, 1999; Cserny & Paluselli, 2006; Lederer, 2009).
Die letzte Stufe zwischen dem 15. und 18. Lebensmonat, welche ebenso zur Entwicklung des frühen Selbstkonzepts eines Kindes beiträgt, wird als verbales Selbst bezeichnet. Dabei ist es den Kindern durch zunehmendes sprachliches Geschick möglich, mit ihrer Umwelt zu kommunizieren, Objekte zu benennen und diese in einen sozialen Kontext zu stellen. Zudem können Kleinkinder ihr eigenes Spiegelbild ab den 18. Lebensmonat erkennen und besitzen somit die Fähigkeit, sich als subjektives und objektives Selbst wahrzunehmen (Engel & Hoppe-Graf, 1999; Lederer, 2009).

Das Selbstkonzept bildet sich jedoch nicht nur bis zur frühen Kindheit aus, sondern entwickelt sich ständig weiter. Wie bereits beschrieben, sind im Säuglings- und Kleinkindalter die Kernfamilie für das frühe Selbstkonzept prägend. Je positiver die Zuwendung ist, desto effizienter kann sich das Selbstkonzept mit seinen darin beinhaltenden Aspekten und die Biographie des Kindes entwickeln.

In der mittleren Kindheitsphase werden positive und negative Erfahrungen und Wahrnehmungen über die eigene Person gesammelt und in das Selbstkonzept integriert. Zusätzlich vergrößert sich der Kreis der gesellschaftlichen Umwelt des Kindes. Durch soziale Kontakte außerhalb des familiären Gefüges und durch Erfahrungen und Leistungen, wie zum Beispiel in der Schule oder im Sport und im Vergleich mit gleichaltrigen Kindern (ich bin in Mathematik besser/schlechter als SchülerIn X), wird das Selbstkonzept weiter geformt, differenziert und dementsprechend kristallisiert sich, wie die eben genannten Beispiele demonstrieren, eine realistischere Perspektive des Selbst heraus (Trautwein & Rost, 2003).

Auch geschlechtsspezifische Unterschiede werden in der mittleren Kindheit präsent. Zuschreibungen, Vorstellungen und Eigenschaften über das Geschlecht werden von der gesellschaftlichen Umwelt übernommen und ebenso in das Selbstkonzept integriert. Bewusst wahrgenommen wird der geschlechtliche Unterschied aber vor allem während der Adoleszenz. Jugendliche sehen sich in dieser Zeit mit einer Vielzahl verschiedener Anforderungen konfrontiert, eine der entscheidenden ist die Entfaltung ihres Selbstkonzeptes vom Kind zum Heranwachsenden und damit verbunden eine Weiterentwicklung ihrer persönlichen Identität. Dabei beginnt für sie erstmals, eine bewusste Befassung und Zuwendung zum eigenen Körper, welcher sich ebenso aufgrund pubertärer Veränderung zu entwickeln und entfalten beginnt.

Junge Frauen erleben aus physischer Sicht meist während ihrer Pubertät ihre Geschlechtsreife und eine Entwicklung ihrer Brüste. Allgemein betrachtet, formt sich ihr Körper besonders in dieser Zeit zunehmend zu einer weiblichen Silhouette. Dies führt zur abrupten Veränderung ihres bislang bekannten Körpers und zur Instabilität der psycho-physischen Muster ihrer Identität.

Diese Veränderung erfordert von den jugendlichen Frauen eine umfassende Adaption auf psychischem und sozialem Niveau (Hurrelmann, 1997).

In der Adoleszenz werden das bislang bekannte Körperbild, das Selbstwertgefühl und die persönliche Identität aber auch die soziale Rolle aufgrund psychologischer und physischer Prozesse in Frage gestellt und neu bewertet. Die Pubertät stellt somit ein einschneidendes Erleben, eine partielle Veränderung, aber auch ein Wachstum des individuellen Selbstkonzeptes dar.

Ein Mensch, welcher sich im frühen Erwachsenenalter befindet, ist meistens auch im Besitz einer gereiften und individuellen Persönlichkeit, welche sich nach erfolgreicher Identitätsfindung und bis dahin absolvierten Entwicklungsaufgaben herauskristallisiert. Infolgedessen gewinnt auch das subjektive Selbstkonzept an Deutlichkeit, Klarheit und einen gewissen Kern an Stabilität (Pohl, 2007).

Dabei wird bis in das Erwachsenenalter deutlich erkennbar, dass sich Gemeinsamkeiten, gleichsam Unterschiede im Selbstkonzept zwischen Frauen und Männern herausbilden.
So zeigt beispielsweise ein Vergleich zwischen den Geschlechtern, dass Männern ihre soziale Integration in größeren Gruppen wichtig ist, wie zum Beispiel die Zugehörigkeit zu einer Vereinigung wie die eines Sportteams. Bei Frauen ist die relationale Interdependenz höher ausgeprägt. Das bedeutet, dass Frauen Intimität eine besondere Bedeutung beimessen und daher eher enge soziale Beziehungen fokussieren und pflegen, welche vor allem jene zu ihrer Familie miteinschließt. Zudem können Frauen ihre Gefühle, Empfindungen und zwischenmenschlichen Probleme im vertrauten Rahmen besser zum Ausdruck bringen, als es Männern möglich ist (Aronson, Wilson & Akert, 2008).

Das Selbstkonzept eines Menschen wird demnach, wie beschrieben, in besonderer Weise auch durch das soziale und kulturelle Umfeld sowie durch deren Prägung der Geschlechtlichkeit beeinflusst. Je nach Entwicklungsphase eines Menschen werden geschlechtsspezifische Merkmale dezidiert wahrgenommen.

Im mittleren Erwachsenenalter streben Frauen wie Männer danach, ihre innere und äußere Umwelt, demnach ihr Selbstkonzept zu verteidigen. Das bedeutet, dass eine Festigung, eine gewisse Kontinuität der eigenen Persönlichkeit und eine Kontinuität der aktiven sozialen Rollenausübung erreicht wurde, welche es beizubehalten gilt (Künzel-Schön, 2000).

Auch das Gesundheitsbewusstsein gewinnt im Erwachsenenalter an Bedeutung. So übernehmen Frauen wie Männer als Erwachsene Verantwortung für sich und ihr Selbst. Dies impliziert auch eine Verantwortung hinsichtlich ihres Körpers, welche durch eine positive Zuwendung zur eigenen Leiblichkeit und damit verbunden zu einem affirmativen Gesundheitsveralten gekennzeichnet sein sollte (Deusinger, 2009). Für Frauen bedeutet dies, auch Vorsorgeuntersuchungen zur Frauengesundheit wahrzunehmen, insbesondere gynäkologische Untersuchungen, welche Brustvorsorgeuntersuchungen einschließen.
Das Gesundheitsbewusstsein vieler Frauen zeichnet sich zudem auch darin aus, dass sie ihre Brüste durch monatliches Abtasten, circa um den 6. Zyklustag selbst untersuchen, um mögliche Veränderungen wie Knoten darin feststellen zu können. Dadurch werden nachwievor viele Karzinome der Brust, von den Frauen selbst bemerkt (Pfisterer, Ludwig & Vollersen, 2007).
In diesem Zusammenhang bedeutet dieses allzeit mögliche, unerwünschte und gravierende Wort „Krebs“ (maligner Tumor) von einer Sekunde zur nächsten und somit schlagartig mit einer existenziell bedrohlichen Krankheit

konfrontiert zu sein. Die Autonomie des bisher geführten Lebens wird plötzlich zur komplexen Herausforderung und das Selbstkonzept der betroffenen Frau kann durch die Diagnose und einer möglichen Amputation ihrer Brust stark erschüttert werden.

2.3 Entstehung eines veränderten Selbstkonzeptes: Mögliche Auslöser

Das Selbstkonzept eines Menschen bildet sich im Laufe seines Lebens durch gewonnene Erfahrungen kontinuierlich weiter aus. Lebensverläufe entwickeln sich dabei für gewöhnlich nicht immer geradlinig. Der Mensch steht allzeit vor neuen Herausforderungen, vor neuen Entwicklungsaufgaben, die manches Mal aufgrund ihrer überwältigenden Qualität eine Umorientierung des Denk- und Handlungsprozesses der betreffenden Person erfordert (Schroeter & Prahl, 1999). Einige dieser Lebensereignisse können einen dermaßen hohen emotionalen und stressbedingten Charakter besitzen, weshalb sie eine Veränderung des Selbstkonzeptes, zumindest zeitweise, zu bewirken vermögen.

Ebensolche erlebten Erfahrungen werden auch als „kritische Lebensereignisse“ bezeichnet. Dabei handelt es sich um bedeutungsschwere, das Leben verändernde Ereignisse, welche außerordentlich belastend und außergewöhnlich stressvoll auf die betroffene Person wirken (Filipp & Aymanns, 2010).

Normative Erlebnisse, welche einem Menschen im Laufe seines Lebens widerfahren, besitzen für gewöhnlich neben manch ungünstigen, eine Anzahl positiver Attribute, wie beispielsweise die Geburt eines Kindes, eine Hochzeit

oder eine Sponsion. Diese sozialen Erfahrungen stehen zudem häufig in Verbindung mit der Entwicklung in einer bestimmten Lebensphase und für gewöhnlich gibt es eine Vorbereitungszeit auf das bevorstehende Ereignis. Kritische Lebensereignisse beinhalten demgegenüber vorwiegend individuelle Verluste, welche in ihrer Intensität über alltägliche Erfahrungen hinausgehen und meistens unvorhergesehen in das Leben der Betroffenen treten.
Beispiele dafür wären der Verlust der Heimat durch Krieg oder Umweltkatastrophen, der Verlust einer sehr nahestehenden Person, der Verlust der Gesundheit durch Krankheitsbeginn, respektive auch der Verlust eines Körperteiles. Kritische Lebensereignisse können das Selbstwertgefühl, das soziale Ansehen und die persönliche Identität des betroffenen Menschen in Frage stellen und somit die Gewissheit welche eine Person über seine Individualität besitzt immens erschüttern. (Filipp & Aymanns, 2010) .

2.3.1 Krankheit als Auslöser einer Veränderung des Selbst-konzeptes

Die Konfrontation mit einer schweren Krankheit bedeutet meist einen massiven Eingriff in unterschiedliche Lebensbereiche der Betroffenen, denn Krankheit stellt einen umfassenden psychischen, physischen und sozialen Verlauf dar, der mannigfaltige Umbrüche und Belastungen beinhaltet. Diese schließen eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, dessen Therapie und Pflege mit ein. Durch die Brisanz einer Krankheit treten auch unvorhergesehene existenzielle Fragen auf, welche ebenso psychische und soziale Bereiche des Lebens der PatientInnen betreffen (Fürstler & Hausmann, 2000).

Der Beginn einer plötzlichen und schweren Krankheit, wie eine Krebserkrankung, stellt wie beschrieben, ein kritisches Lebensereignis dar. Je

nach individueller Bewertung und Verlauf der Erkrankung kann dies eine massive Bedrohung der eigenen Existenz bedeuten.

„Solche Lebenssituationen werden psychisch und physisch als belastend erlebt und als Stresssituation empfunden. Sie haben den Charakter des Bedrohlichen. Sie erzeugen Gefühle wie Unsicherheit, Angst, Hilflosigkeit. Viele fühlen sich überfordert, ausgeliefert und machtlos. Sie leiden an erhöhter Spannung, Nervosität, Aufregung, möglicherweise auch Aggressivität (Steffen-Bürgi, 1999, S. 19)

Mit einem Schlag steht man vor der Erkenntnis, dass Muster des Lebens in ihrer wohlbekannten Form, durch den bedrohlichen Charakter, welche eine Krebserkrankung besitzt, zumeist nicht mehr greifen beziehungsweise nicht mehr existieren.
Oftmals wird die aktuelle Existenz von der früher gelebten Individualität, also von der Person, die man vor der Erkrankung gewesen ist, getrennt. Vorstellungen und Ziele, welche man für seine Zukunft anstrebte, werden durch eine schwere Krankheit und damit verbunden ihre Wirkung auf die Aktivitäten der betroffenen Person getrübt oder stürzen gänzlich ein (Corbin & Strauss, 2004).

Wenn Frauen an Brustkrebs erkranken, so betrifft dies ihren Leib, ihre Psyche und die Beziehungen mit ihrer sozialen Umwelt. Diese Krankheit stellt die persönliche Identität und die Weiblichkeit in Frage und wirkt sich auf die Lebenssituation der betroffenen Frau im umfangreichen Maße aus (Ditz, Diegelmann & Isermann, 2006). Die Brust gilt nicht nur als sekundäres Geschlechtsteil einer Frau, sondern steht seit Urzeiten für Weiblichkeit, Erotik und Mütterlichkeit. Sie ist das Organ, welches auch dicht mit dem Gefühlsleben einer Frau verknüpft ist. Aus diesem Grund kann eine

Brustkrebserkrankung zum Verlust des Selbstwertgefühles und der Selbstachtung führen (Dawson, 1999).

Die Bedrohung der Krankheit vermag sich um ein Vielfaches zu manifestiert, wenn es medizinisch keinen anderen Ausweg gibt, als die gesamte Brust amputieren zu müssen. Durch die Operation wird das Bild des bekannten Körpers entscheidend und nachhaltig verändert. Selbst wenn sich Frauen auf die bevorstehende Operation vorbereiten, kann es passieren, dass sie nach dem Eingriff von massiven, beklemmenden Gefühlen überschwemmt werden und in eine psychische Krise stürzen (Fürstler & Hausmann, 2000). Ihr emotionales Gleichgewicht kann durch die Krise erheblich beeinträchtigt werden. Meist trifft eine Krise einen Menschen „als Ganzes“ in ihrer Persönlichkeit. Sie kann zur Entwicklung oder Fehlentwicklung, zur Adaption oder Eskalation des Erlebten führen (Steffen-Bürgi, 1999).

Was eine Brustamputation nach einem malignen Tumor unzweifelhaft für die betroffenen Frauen bedeutet und in welcher Intensität sich dieses Lebensereignis auf ihr Selbstkonzept auswirkt, wird im empirischen Teil dieser Arbeit ausführlich beleuchtet und beschrieben.

2.4 Modelle zu Selbstkonzept und Körperbild in der Pflege

Einen wesentlichen Bestandteil der Diplomarbeit bilden ausgewählte Pflegemodelle, die sich sowohl mit dem Selbstkonzept als auch mit dem Körperbild eines Menschen in umfassender Weise beschäftigen. Diese werden im aktuellen Kapitel beschrieben und stellen zudem eine wichtige Komponente des empirischen Teiles dar.

Nach der Darstellung der einzelnen Modelle sollen deren Zusammenhänge als auch Unterschiede beleuchtet werden. Im empirischen Teil wird auf die Darlegung der Modelle zurückgegriffen und transparent aufgezeigt, inwieweit sich diese auf das vorliegende zu untersuchende Thema umlegen lassen.

2.4.1 Kings allgemeines Systemmodell

Die Entwicklung des allgemeinen Systemmodells von Imogene King, entstand in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts, in der das Fach der Pflegewissenschaft noch um ihr Ansehen als autonome Disziplin kämpfte (Fawcett, 1996).

Die philosophische Grundannahme des vorliegenden Pflegemodelles basiert darauf, dass Menschen offene Systeme sind, die ständig mit ihrer Umwelt in Verbindung stehen, also interagieren und daher das Zentrum des allgemeinen Systemmodells bilden. Der Fokus liegt auf der Fertigkeit der Menschen, ihre wesentlichen Bedürfnisse zu stillen, um in ihren gesellschaftlichen Rollen aktiv handeln zu können. Diese Fertigkeit kann jedoch durch Faktoren des Stresses der inneren und äußeren Umwelt der betreffenden Person beeinflusst werden. Das reziprok-interaktive Weltbild des hier zugrundeliegenden Modelles umfasst drei gleichgestellte, offene, aktive und interaktive Systeme – das persönliche, das zwischenmenschliche und das gesellschaftliche System. (Fawcett, 1996; Meleis,1999).

Die zentralen Konzepte des allgemeinen Systemmodells bilden Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege (Fawcett, 1996).

Personen stellen im allgemeinen Systemmodell das Zentrum der Pflege dar. Hierbei wird besonders auf das individuelle Verhalten, die gesellschaftliche Wechselwirkung und soziale Bewegungen wertgelegt. Wie bereits

beschrieben, gehören zu dem Konzept der Person drei aktive, interagierende und offene Systeme. Es sind dies das personale-, das zwischenmenschliche- und das soziale System. Jedes dieser drei Systeme ist wiederum in unterschiedliche Haupt und Subkonzepten unterteilt. (Fawcett, 1996; Meleis, 1999).

Bezugnehmend auf das Selbstkonzept und Körperbild wird das „Personale System“ als besonders wichtig erachtet. In diesem System werden sieben Konzepte beschrieben, die sich mit dem Selbst auseinandersetzten. Es zählen dazu – Wahrnehmung als Hauptkonzept, Selbst, Wachstum und Entwicklung, Körperbild, Zeit, Raum und Lernen als die Subkonzepte. Das personale System umfasst dabei das gesamte Selbst eines Individuums (Fawcett, 1996, S. 127).

Für King ist „Wahrnehmung“ für professionell Pflegende unabdingbar. Sie beschreibt die Wahrnehmung als einen Prozess des Agierens, Deutens und Transformierens, der durch Empfindungen und das Erinnerungsvermögen erfasste Informationen. Es bedeutet einen Ablauf der Interaktion zwischen Menschen und Umwelt (Fawcett, 1996). Jedoch verweist die Autorin auch darauf, dass Wahrnehmung auf beiden Seiten stattfinden muss, denn erst dadurch kann der Interaktionsprozess zwischen dem Pflegenden und dem der Pflege erhält dementsprechend beeinflusst werden (Fawcett, 1996; Herold, 2001).

Das „Körperbild“ wird als die Vorstellung einer Person definiert, die sie von ihrem eigenen Körper hat und die sie durch Reaktionen von anderen in Bezug auf das „Selbst“ wahrnimmt. Unter „Zeit“ wird die Dauer zwischen einzelnen Geschehnissen verstanden. Es soll beteiligten Personen die Chance geben, Erlebnisse zu bearbeiten und über deren Dauer zu entscheiden. „Raum“ wird als überall existierendes und gleiches Gebiet, das durch Menschen und ihre

Umgangsweise eingenommen wird, bezeichnet. Dabei wird auch auf den persönlichen Raum Rücksicht genommen. „Lernen“ wird zwar als Subkonzept personaler Systeme eingeordnet, es gibt aber keine genaue Beschreibung dieses Konzeptes (Fawcett, 1996).
Alle übrigen Konzepte, die mit dem personalen System verbunden sind beschreibt die Autorin mit folgenden Worten:
„Wie ein Individuum Selbst, Körperbild, Zeit und Raum wahrnimmt, beeinflusst seine Reaktion auf Person, Objekte und Lebensereignisse. Während des persönlichen Wachstums- und Lebensprozesses erfährt es Veränderungen in der Struktur und Funktion seines Körpers, was sich wiederum auf die Wahrnehmung des eigenen Selbst auswirkt (Fawcett, 1996, S. 128).

Im „zwischenmenschlichen (interpersonalen) System“ wird der Blick vom einzelnen auf mehrere Individuen gelegt, die miteinander agieren. Das Hauptkonzept bildet dabei Interaktion. Die Subkonzepte sind Kommunikation, Rolle, Stress und Bewältigung. Dabei wird neben der Interaktion speziell das Konzept der Kommunikation beschrieben. Kommunikation wird als der Schlüssel zum Aufbau und der Bewahrung zwischenmenschlicher Beziehungen gesehen. Während des Pflegeprozesses kommunizieren professionell Pflegende mit PatientInnen um gemeinsame Ziele zu definieren und über Maßnahmen zu entscheiden, wie diese Ziele erreicht werden können (Fawcett, 1996).

Das „soziale System“ wird in das Hauptkonzept Organisation und in die Subkonzepte Autorität, Macht, Status, Entscheidungsfindung und Kontrolle eingeteilt. Das soziale System wird von King unterschiedlich definiert. Es verweist jedoch darauf, ein definiertes System aus sozialen Rollen und Handlungsweisen einer Gesellschaft zu sein, in denen sich Individuen

gruppieren, um ihre Gesundheit und ihr Leben aufrechterhalten zu können. Soziale Systeme bilden zudem den Hintergrund für Entwicklung und die Entfaltung der Persönlichkeit eines jeden Individuums. Bei jeder Pflegediagnose gilt es, diesen Aspekt auch mit zu berücksichtigen (Fawcett, 1996).

Umwelt wird generell durch Umwelt im Gesundheitswesen sowie durch interne und externe Umwelt einer Person definiert. King ist der Auffassung, dass durch Interaktion der Systeme mit ihrer Umwelt, Materie, Energie und Information ausgetauscht wird. Speziell das Innere der Person transformiert Energie, um sich dadurch an den immerwährenden Wandel seiner externen Umwelt assimilieren zu können. King ist auch der Ansicht, dass sich ein Individuum fortwährend an die Stressfaktoren der inneren und der äußeren Umwelt angleichen muss. Umwelt im allgemeinen Systemmodell stellt einen Gleichklang zwischen internen und externen Handlungen dar. Eine Harmonie der beiden Milieus ist insbesondere für ein Meistern des alltäglichen Lebens wichtig (Fawcett, 1996).

Gesundheit wird als aktive Lebenserfahrung und als die Fähigkeit in sozialen Rollen zweckmäßig handeln zu können verstanden. Bedingt wird dies durch ökonomische Investition der individuellen Ressourcen um eine fortwährende Adaption an unterschiedliche Stressfaktoren der persönlichen Umwelt ermöglichen zu können (Meleis, 1999). Ständiger Veränderungen, welche eine Person unterliegt, werden im allgemeinen Systemmodel als natürlich und erstrebenswert bezeichnet. Mit dem Begriff Gesundheit, bezeichnet die Autorin die dynamische Bedingung eines Menschen, welche sich fortwährend verändert. Wird die dynamische Bedingung unterbrochen oder gestört, so wird diese Unterbrechung gleichgestellt mit Krankheit und Handikap. Krankheit wird als Missklang im biologischen oder seelischen Gefüge eines Individuums

bezeichnet. Zudem kann auch eine Disharmonie in sozialen Beziehungen, zu Krankheit führen (Fawcett, 1996).

Pflege ist ein Verfahren, das aus Handlungen, Ausgleich und Interaktionen besteht und innerhalb dessen sich KlientIn und professionell Pflegende gemeinsam über ihre Wahrnehmung des Pflegeprozesses austauschen. Durch intentionale Kommunikation sollen gemeinsame Strategien erarbeitet werden um angestrebte Ziele zu erreichen. Zentrale Aufgaben der Pflege liegen in der Stärkung, Bewahrung und im Wiederaufbauen von Gesundheit des Klienten. Ziel der Pflege ist es, Individuen dahingehend zu unterstützen, sodass sie in sozialen Rollen wieder handeln können. Der Pflegeprozess wird dabei durch die Zielerreichungstheorie von King beschrieben, der einen Prozess der Interaktion, des Handelns und der Durchführung darstellt und somit zur Zielerreichung führt (Fawcett, 1996; Meleis 1999).

2.4.2 Levines Konservationsmodell

Myra E. Levine veröffentlichte bereits 1966 Grundzüge ihres Pflegemodelles und entwickelte es bis zum Jahr 1989 kontinuierlich weiter. Ihre philosophische Überzeugung betrifft pflegerische Interventionen, die die Konservation (Erhaltung) der Integrität eines Menschen fokussieren. Die Autorin charakterisiert dabei Personen als ganzheitliche, gefühlsfähige Wesen, welche ihre Integrität durch ständige Adaption an ihre interne und externe Umwelt aufrechtzuerhalten versuchen. Im Rahmen des Modelles werden vier Prinzipien der Erhaltung des Lebens unterschieden, die im Zusammenhang mit Pflege stehen. Dazu zählen die Konservation von Energie, die Konservation von struktureller Integrität, die Konservation persönlicher sowie sozialer Integrität. Die Prinzipien sind dabei nicht einzeln zu betrachten sondern in sich dicht verworren (Fawcett, 1996, S. 172ff).

Für die Erhaltung des „Selbst“ sind neben Erhalt von Energie und struktureller Integrität vor allem die persönliche und die soziale Integrität von zentraler Relevanz. Persönliche Integrität bedeutet, dass jede Person einzigartig ist und diese Einzigartigkeit zu verteidigen hat. Gemeint ist damit die Verteidigung des Subjektiven in sich, welches nach Levine, auch als das „Selbst“ charakterisiert wird (Fawcett, 1996; Meleis, 1999). Im Zentrum stehen der Erhalt oder die Rekonstruktion der eigenen Integrität sowie der Sinn für den eigenen Wert und die Würdigung der Individualität. Für die Autorin bedeutet das Selbst weitaus mehr als lediglich die Wahrnehmung der eigenen Körperlichkeit. Sie weist jedoch darauf hin, dass der Körper ohne Zweifel einen wichtigen Aspekt des Selbst darstellt (Fawcett, 1996).

Die soziale Integrität bezieht sich auf den Kontakt zur Gesellschaft und auf die Würdigung und Wertschätzung der pflegebedürftigen Menschen als soziale Geschöpfe und bezieht durch den Charakter zwischenmenschlicher Beziehungen auch deren Familie mit ein (Fawcett, 1996).

Eine Person stellt das Zentrum des Modelles der Konservation dar und wird als ganzheitliches Wesen, als ein System von Systemen definiert (Meleis, 1999). Integrität (Ganzheit) wird dabei als Lebenserfahrung, als die Wahrnehmung des Körpers, der einzelnen Gliedmaßen sowie Raum und Zeit und deren Bewältigung durch die Psyche verstanden (Fawcett, 1996). Der Lebensprozess unterliegt einer ständigen Veränderung und wird als Prozess der Adaption gesehen. Dabei nehmen Personen aktiv an der Veränderung der Umwelt teil, sodass Person und Umwelt nicht voneinander getrennt gesehen werden können (Fawcett, 1996; Meudt, 2006).

Umwelt wird in inneres Milieu und externe Umwelt gegliedert, wobei das innere Milieu einem ständigen Wechsel der externen Umwelt durch nicht

kontrollierbare Faktoren unterliegt (Meleis, 1999). Das innere Milieu wird auch mit dem Begriff der Homöostase umschrieben und charakterisiert eine Konstellation des Energiesparens als Fundament für die folgenden, aufeinander angepassten, psychischen und physischen Abläufe des Körpers (Fawcett, 1996).

Aufgaben der externen Umwelt werden in perzeptueller, operationaler und konzeptueller Umwelt eingeteilt. Dabei umfasst die perzeptuelle Umwelt den Anteil, den ein Individuum mit all seinen Sinnen wahrnimmt. Die operationale Umwelt wird unbewusst wahrgenommen und beinhaltet all jenes, das schädigend auf den Körper eines Menschen einwirkt, wie zum Beispiel Schadstoffe (Meleis, 1999, S. 593).

Die konzeptuelle Umwelt beschreibt den Lebensbereich der Kommunikation, ebenso Vorstellungen, Gefühle, die Fähigkeit des Sprechens, kulturelle und religiöse Dogmen, sowie Erlebnisse des Individuums. Die Aspekte der konzeptuellen Umwelt bringen zum Ausdruck, dass der Mensch ein empfindsames, fühlendes, denkendes, in die Zukunft blickendes und in die Vergangenheit rückblickendes Geschöpf ist. Erfolgreiche Adaption findet genau zwischen externer Umwelt und innerem Milieu statt und sollte mit möglichst geringem Energieaufwand geschehen (Fawcett, 1996).

Gesundheit beschreibt einen Zustand, in dem alle Lebenserfahrungen gespeichert sind. Was dieser Zustand umfasst beziehungsweise beinhaltet, entscheidet jeder Mensch aufgrund seiner Individualität für sich selbst (Steinbach, 2007). Gesundheit stellt auch die Fähigkeit einer gelungenen Adaption dar. Krankheit ist eine Veränderung des Lebensprozesses, wird als Störung beschrieben und stellt den Versuch einer Person dar, ihre Integrität zu verteidigen. Eine Erkrankung kann laut Levine durch das perzeptuelle System wahrgenommen werden (Fawcett, 1996; Meleis, 1999).

„Körperliches Wohlbefinden hängt von einem erfahrenen Körper ab, der die `richtigen´ Signale übermittelt. Die ständige Wachsamkeit für das eigene Körpergefühl ist die Grundlage für die Messung des Wohlbefindens […]Eine Krankheit können Individuen nur wahrnehmen, indem sie bei ihrem Selbstempfinden eine Änderung erkennen“ (Fawcett, 1996, S. 190).

Pflege wird als humane Interaktion und als eine soziale, zwischenmenschliche Beziehung beschrieben, in der der pflegebedürftige Mensch als aktiver Partner gesehen wird. Ziel des Pflegeprozesses ist der Erhalt, die Bewahrung des Lebens - die Konservation von Energie, von struktureller-, personaler Integrität (Bewahrung des Selbst) sowie der sozialen Integrität (Bewahrung der Beziehungsfähigkeit zu seiner Umwelt) eines Individuums (Fawcett, 1996; Schaeffer & Wingenfeld, 2000).
Im Sinne des Konservationsmodells stellt Pflege gegenüber den zu pflegenden Menschen einen befürwortenden, unterstützenden und therapeutischen Charakter dar. Pflegepersonen werden dabei angewiesen, den nach Selbstverwirklichung suchenden pflegebedürftigen Menschen zu fördern (Kühne-Ponesch, 2004).

2.4.3 Adaptionsmodell nach Roy

Das Adaptionsmodell entwickelte Callista Roy vorwiegend für jene Menschen, die sich aktuellen und konstanten Veränderungen aufgrund einer Erkrankung anpassen müssen und bei auftretenden Veränderungen Schwierigkeiten haben (von Reibnitz, 2009).

Die philosophische Grundannahme von Roy liegt darin, dass der Mensch ein biopsychosoziales Geschöpf ist, welches ein adaptives System darstellt, das die Fähigkeit besitzt, sich zu verändern und sich deshalb einer ständig

veränderten Umwelt anpassen kann. Treten Schwierigkeiten bei der Auseinandersetzung (Adaption) mit dem Wandel seiner Umwelt auf, so kann der betroffene Mensch durch problemlösende Vorgehensweise der Pflege unterstützt werden (Akinsanya, 1997; Meleis, 1999).
Im Adaptionsmodell werden vier verschiedene Modi erklärt, die miteinander in Verbindung stehen und Bewältigungsverhalten beschreiben. Die Modi werden unterschieden in: Erster Modus – physiologischer Modus, zweiter Modus – Selbstkonzeptmodus, dritter Modus – Rollenverhaltensmodus und vierter Modus- Interdepenzmodus (Akinsanya, 1997, S. 25f).

Speziell der zweite Modus ist für das Selbstkonzept des vorliegenden Themas äußerst bedeutsam. Er beinhaltet sowohl das persönliche- als auch das körperliche Selbst (Fawcett, 1996). Im Allgemeinen trifft der Selbstkonzeptmodus Aussagen darüber, wie sich eine Person als Element der Gesellschaft sieht, verbunden mit den Überzeugungen welche sie über sich selbst besitzt. Diese bilden sich jedoch auch entscheidend, aus den Empfindungen und Resonanzen des sozialen Umfeldes (Akinsanya, 1997; Friesacher, 2008).

Das persönliche (psychische) Selbst beinhaltet dauerhafte Selbstkonsistenz, eine wirksame Eingliederung des Selbstideals, effektive moralisch-ethische-spirituelle Entwicklungsprozesse sowie das Gefühl für die eigene Würde. Ungenügende Selbstachtung, sowie Gefühle der Furcht, der Ohnmacht oder der Schuld können dazu beitragen, dass Anpassungsschwierigkeiten entstehen (Fawcett, 1996).

Das körperliche (physische) Selbst umfasst das Bild des eigenen Körpers und das Körpergefühl. Das Körpergefühl trifft Aussagen über Wahrnehmung und Empfindung des physischen Selbst eines Menschen. Das Körperbild

beschreibt, wie ein Mensch seinen eigenen Körper sieht und seine äußere Erscheinung bewertet (Fawcett, 1996).

Ein positives Körperbild zeichnet sich durch aktives Sexualverhalten, Übereinstimmung von psychischer Integrität und körperlicher Entwicklung, entsprechende Ausbalancierung physischer Veränderungen, sowie wirksame Pläne zur Verarbeitung von Verlusten aus. Zu einer Beeinträchtigung des Körperbildes beziehungsweise zu Anpassungsschwierigkeiten kann es demnach kommen, wenn Verluste, sexuelle Störungen und traumatische Situationen nicht ausreichend erfolgreich in das persönliche Selbstkonzept eingegliedert werden konnten (Fawcett, 1996, S. 428ff).

Die zentralen Elemente von Roy´s Adaptionsmodell beinhalten die vier Metaparadigmen der Pflege: Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege (Fawcett, 1996).

Personen werden als Empfänger (Rezipienten) der Pflege bezeichnet, die sich sowohl aus Einzelpersonen als auch aus Familien und Gruppen zusammensetzen können und als adaptive Systeme verstanden werden. Adaption bedeutet, wie bereits erwähnt, dass Menschen Möglichkeiten besitzen, sich dem ständigen Wandel ihrer Umwelt anzupassen und auf diese Umwelt einzuwirken, weshalb das adaptive System auch ein ganzheitliches, offenes System darstellt. Anpassung erfolgt über Kontrollprozesse im adaptiven System. Diese werden als regulatives Subsystem mit angeborenen-, und als wahrnehmendes, erkennendes Subsystem mit angeeigneten, erlernten Verarbeitungsmechanismen des Anpassungssystems bezeichnet. Der Mensch reagiert auf interne und externe Reize mit emotionalen, sozialen, körperlichen und physiologischen Anteilen, sowie auf den Outcome des regulativen Subsystems (Fawcett, 1996).

Umwelt wird von Roy durch interne und externe Aspekte erklärt, welche sich immerwährend verändern. Sie definiert Umwelt, als beeinflussende Bedingung, die sich in Form von Reizen auf die Entwicklung und Persönlichkeit einer Person auswirkt (Fawcett, 1996).
Dabei unterscheidet die Autorin drei verschiedene Kategorien des Reizes. Der „Hauptreiz", er wirkt durch ein Erlebnis oder Objekt, dessen Präsenz die Aufmerksamkeit der betreffenden Person direkt darauf lenkt. „Kontextuelle Stimuli" umfassen alle anderen Reize in einer Situation. Sie treten gemeinsam mit dem Hauptreiz auf, stehen nicht im Zentrum des Interesses einer Person. Sie haben jedoch Einfluss auf die Gesamtreaktion und tragen dadurch zum Adaptionsverhalten bei. „Residuale Reize", umfassen Umweltfaktoren, deren Wirkung auf die vorliegende Situation nicht klar ersichtlich ist, da sie nicht direkt aus der aktuellen Situation entspringen sondern aus Erfahrungen und Erlebnissen, aus denen sich die Individualität der betreffenden Person entwickelte. Da residuale Reize etwas Verborgenes und Geheimnisvolles beinhalten, welches die Einzigartigkeit eines Menschen widerspiegelt, werden diese Reize von Roy auch als kosmische Umwelt bezeichnet (Akinsanya, 1997; Fawcett, 1996).

Eine Verknüpfung der drei Reize wird als Adaptionsniveau einer Person verstanden. Man bezeichnet damit den sich kontinuierlich modifizierenden Level der Fähigkeit eines Menschen, in einer Situation positiv handeln zu können. Persönliche Stimmung und Auffassungsvermögen, Anforderung der Situation und Reaktionen auf Umweltreize sind ausschlaggebend dafür, ob Adaptionsziele erreicht werden, oder eine ineffektive Reaktion erfolgt (Fawcett, 1996).

Gesundheit stellt eine Wechselbeziehung zwischen der Person und ihrer Umwelt dar. Gesundheit wird definiert als eine vollständig resozialisierte

Person zu sein oder diese zu werden. Roy geht davon aus, dass Gesundheit an der Verfolgung von Lebenszielen einer Person gemessen werden kann. Je lebendiger eine Person diese verfolgt, desto größer ist eine ganzheitliche Integration – unabhängig davon, ob eine Krankheit vorliegt oder nicht. Entscheidend ist eine integrative Persönlichkeitsentwicklung und die Fähigkeit die vier Modi der Adaption in Harmonie zu bringen. Eine ungenügende Adaption und Entwicklungsfähigkeit einer Person mit einer sich ständig verändernden Umwelt, impliziert mangelhafte Gesundheit (Fawcett, 1996).

Pflege beziehungsweise der Pflegeprozess wird als problemlösender Ansatz verstanden, indem sämtliche Informationen einer Person mit Anpassungsschwierigkeiten gesammelt werden, um so Maßnahmen zur Unterstützung der Adaption an die vier Modi, anbieten zu können (Akinsanya, 1994). Grundlage dabei ist der Einbezug der betreffenden Person, um beurteilen zu können, ob seine Verhaltensweise adaptiv oder ineffektiv ist. Dadurch erst kann eine geeignete Einschätzung des Verhaltens erfolgen, eine Einschätzung der Reize um Pflegediagnosen zu erstellen, Ziele zu formulieren, Interventionen zu verwirklichen und eine Evaluation durchzuführen (Fawcett, 1996).

2.4.4 Modell der Körperbildpflege nach Price

Die meisten der früheren Erklärungen von Körperbild vereinen, komplizierte Messungen des Körperbildes und ausführliche Erklärungen der Veränderung. Sie gaben mehr Auskunft über laboratorische Forschung und weniger über klinische Settings für professionell Pflegende. Dies war für Price einer der Gründe für die Entwicklung seines Modelles, der Körperbildpflege (Price, 1990). Bei seiner Erarbeitung dafür beeinflusste ihn unter anderem die Arbeit von Callista Roy mit ihrem Modell der Adaption.

Price beschreibt das Körperbild als dynamisch, welches sich aus persönlichen Erlebnissen eines Menschen bildet und durch die Komponenten der Körperrealität, des Körperideals und der Körperpräsentation unterteilt wird (Friesacher, 2008). Die anatomische Darstellung des Körpers, das was der Körper realistisch darstellt, wird als Körperrealität verstanden. Das Körperideal ist das Bild des Körpers, so wie jedes einzelne Individuum sich seinen Körper vorstellt beziehungsweise wünscht. Die Körperpräsentation stellt jene Komponente dar, wie ein Mensch seinen Leib nach außen hin präsentiert (Georg, 2002).

Einen Gleichklang der drei Komponenten stellt ferner ein positives, ausgeglichenes Körperbild eines Menschen dar. Ist einer oder mehrere der drei genannten Aspekte beeinträchtigt, kann dies zu einer Veränderung des Körperbild führen (Marquard, 2008).

Eine Beeinträchtigung, beziehungsweise eine Veränderung des Bildes des eigenen Körpers, kann immens belastend auf das jeweilige Individuum wirken. Der veränderte Leib ist nicht mehr in der Lage das Selbstbewusstsein einer Person zu unterstützen. Dies kann zu Isolation gegenüber der Umwelt und den sozialen Beziehungen führen. Desweiteren beschreibt Price, dass eine Körperbildveränderung auch vorliegt, wenn persönliche und soziale Strategien zur Verarbeitung der beschriebenen Komponenten unwirksam bleiben (Georg, 2002).

Price (1990) untermauert anhand von zehn Grundannahmen sein Körperbildmodell. Die folgenden Annahmen bilden den Rahmen jener Pflege, welche sich mit dem Körperbild beschäftigt. Jene fünf Annahmen welche für das vorliegende Thema besonders bedeutend sind werden nachstehend bündig erläutert:

- Es erfolgt eine regelmäßige Anpassung des Körperbildes bei Gesundheit, jedoch auch bei Krankheit und Verletzungen.
- Körperbild wird von der Umwelt beeinflusst, dies kann sich sowohl positiv als auch negativ auf das Selbstbild auswirken.
- Bei einer Veränderung einer oder mehrere Komponenten, kommt es zum Ungleichwicht, dies wiederum kann zu einem veränderten Körperbild führen.
- Selbstbild ist eine soziale Aushandlung der individuellen Entwicklung des Selbstwertes. Selbstbild und Körperbild stellen ineinander verwobene Konzepte dar.
- Liegt eine Veränderung des individuellen Körperbildes vor, bedürfen betroffene Personen zusätzlich professioneller Pflege, um mit ihrer Hilfe einen Zustand der Ausgewogenheit hinsichtlich ihres Körperbildes zu erreichen (Price, 1990).

Das Selbstbild entspricht einer geistigen Vorstellung darüber, wie man von anderen Menschen gesehen wird und wie man sich selbst wahrnimmt. Bei einem ausgeglichenen Körperbild, befinden sich Wahrnehmung, Wissen und innere Vorstellungen sowie Gefühle in Harmonie (Price, 1990). Jedoch kann dieses intakte Bild des Körpers außer Kontrolle geraten. Eine plötzliche und überwältigende Veränderung des Körpers kann zur Bedrohung des Körperbildes führen (Price, 1998). Der Autor beschreibt unterschiedliche Verarbeitungsstrategien, die dazu beitragen sollen, wieder zu einem ausgeglichenen Körperbild zu finden. Eine Chemotherapie kann zum Haarverlust führen und dadurch das Gleichgewicht der drei Komponenten eines ausgeglichenen Körperbildes stören. Beispielsweise kann das Tragen einer Perücke zur Adaption des Körperideals und der Körperpräsentation beitragen und vermag dadurch wieder eine Balance aller Komponenten herzustellen, welche Grundlage der Wahrnehmung eines ausgeglichenen

Körperbildes sind. Jedoch ist es auch möglich, dass eine Anpassung erst durch das Wiedereinsetzen des eigenen Haarwuchses erfolgt (Marquard, 2008).
Die Repräsentation von Umwelt hat gleichermaßen Einfluss und Auswirkung auf das Körperbild. Der Autor definiert Gesundheit und Krankheit als lebendigen Anpassungsprozess einer sich wandelnden Umwelt, welche wiederum Einfluss auf das individuelle Körperbild nimmt. Umwelt wird von Price in vier Teilbereiche gegliedert. Es sind dies die reale, die symbolische, die interne und die externe Umwelt. Dabei repräsentiert die reale Umwelt, die physikalische Welt, in der ein Individuum existiert und lebt. Die symbolische Welt ist jene, wie sie von einer Person interpretiert und bewertet wird aber auch welche Vorstellungen sie über Gesundheit und Krankheit hat. Die interne Umwelt betrifft sämtliche menschliche Organe. Die externe Umwelt wird bestimmt als die Welt der Objekte, Effekte und Prozesse, welche außerhalb des Körpers geschehen (Price, 1990).

Der Autor weist darauf hin, dass professionell Pflegende die Aufgabe haben, die Veränderung des Körperbildes eines betroffenen Menschen wahrzunehmen und ihn im Umgang damit zu unterstützten. Damit verbunden beschreibt Price sechs Pflegeprinzipien, die dies ermöglichen sollten (Georg, 2002):

1. Die zu unterstützende Person formuliert aus ihrer Sicht ein für sich zufriedenstellendes Körperbild. Anhand dessen werden Unterstützungsmaßnahmen geplant.
2. Professionell Pflegende leisten emotionale Unterstützung und objektive Hilfe, ohne jedoch zu versprechen, dass Körperbildproblem vollends zu kurieren oder beseitigen zu können.
3. Der Schritt drei beinhaltet eine Erläuterung des sozialen Umfeldes der betreffenden Person, da Bezugspersonen und damit verbunden ein

enges soziales Netz häufig einen der größten Unterstützungsfaktoren im Bezug auf das Körperbild darstellen und leisten.

4. Die erwachsenen betreffenden Personen versuchen ihre Lage zu kontrollieren und ihren Körper bejahend anderen gegenüber zu zeigen. Die Aufgabe der Pflege soll auch darin bestehen, ihnen bei diesem Schritt unterstützend zur Seite zu stehen und ihnen im Umgang mit sozialen Kontakten kontrollierte Hilfestellung anbieten.
5. Der Schritt fünf impliziert die Wahrnehmung der Pflegpersonen, indem sie den betreffenden PatientInnen die Möglichkeit bieten, den Verlust ihres wohlbekannten Körperbildes betrauern zu dürfen. Gleichzeitig sollten kleine Schritte des Erfolges der PatientInnen festgehalten und dokumentiert werden, um so weitere Rehabilitationsmaßnahmen zu planen.
6. Professionell Pflegende sind gefordert, rechtzeitig weitere Personen des Gesundheitswesens zur Hilfe für die betreffende Person einzubeziehen und mit ihnen zu kooperieren.

2.4.5 Gemeinsamkeiten und Differenzen der vorgestellten Modelle

Die erste Gemeinsamkeit von drei vorgestellten Modelle, jene von King, Levine und Roy liegt darin, dass es sich hierbei um konzeptuelle Modelle der Pflege handelt. Konzeptuelle Modelle streben danach, die Schlüsselkonzepte Umwelt, Gesundheit, Person sowie Pflege kollektiv in Verbindung zu setzen und gehen zudem der Frage nach ihrem Zusammenspiel nach (Kühne-Ponesch, 2004).

Alle vier beschriebenen Modelle verbindet zudem die Bedingung der Adaption eines Menschen, um sich seiner ändernden Umwelt kontinuierlich

anpassen zu können, diese werden jedoch von den AutorInnen unterschiedlich charakterisiert. Für King bedeutet eine gelungene Adaption, die Fähigkeit, die ein Mensch besitzt, die angegebenen Faktoren des Stresses zu assimilieren. Levine formuliert dies unter dem Gesichtspunkt der Erhaltung der Integrität eines Individuums, durch fortwährende Anpassung, bedingt durch Lebenserfahrungen und Prozesse, die einem Menschen widerfahren. Für Roy bedeutet Adaption der Versuch, sich an Reize der Umwelt anpassen zu können. Roy formuliert zudem die Präsenz der Umwelt, welche sich auf die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen auswirkt (Fawcett, 1996). Price erklärt in seinem Modell der Körperbildpflege, dass eine kontinuierliche Adaptation sowohl bei Gesundheit als auch bei Krankheit möglich ist (Price, 1990).

Gelingt eine Anpassung aufgrund einer sich plötzlich verändernden Umwelt des Individuums, beispielsweise durch eine Krebserkrankung nur sehr schwer oder gelingt gar nicht, so schlagen alle vorgestellten Modelle ausgewählte Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegende vor, um der betroffenen Person kompetent zur Seite zu stehen und ihnen, soweit ihre Kompetenzen reichen, zu helfen. Sowohl King als auch Levine, Roy und Price weisen dabei auf die Präsenz einer gelungenen Interaktion zwischen professionell Pflegenden und der zu unterstützenden Person hin, um gemeinsame Ziele zu formulieren beziehungsweise geeignete Unterstützungsmaßnahmen einzuleiten und diese optimal umsetzen zu können.

Unterschiede der charakterisierten Modelle liegen zudem in der Bedeutung des Krankheitsbegriffes. Während King Krankheit eher wage als Dissonanz der biologischen und psychischen Konstruktion eines Menschen versteht, bezeichnet Levine Krankheit als eine Störung, eine Veränderung der allgemeinen Prozesse des Lebens. Roy wiederum verweist auf die Aktivität eines Menschen, je stärker Lebensziele visualisiert und verfolgt werden, desto

wahrscheinlicher ist eine ganzheitliche Integration. Unwesentlich bleibt dabei, ob eine Person unter einer Krankheit leidet oder nicht (Fawcett, 1996). Nach Price (1990), kann Krankheit als Veränderung gedeutet werden. Diese liegt dann vor, wenn die drei beschriebenen Komponenten außer Gleichklang geraten, Veränderung bezieht sich dabei auf das Körperbild und daraus resultierend auf das Selbstwertgefühl des betroffenen Menschen.

Die essentiellste Übereinstimmung aller beschriebenen Modelle liegt wohl in der Tatsache, dass es den betroffenen Personen möglich ist, engagiert und bewusst an der Veränderung ihrer Lebenssituation und damit verbunden auf die einzelnen Aspekte ihres Selbstkonzeptes einzugreifen.
Nach Aussage von King und ähnlicher Formulierung von Levine, soll durch die Unterstützung der Pflegekräfte erreicht werden, dass es den Betroffenen wieder gelingt, in ihrem Leben aktiv agieren und sich selbst verwirklichen zu können (Fawcett, 1996).

Die einzelnen charakterisierten Modelle weisen zudem den Gleichklang auf, dass sie im besten Falle zu einer Annahme der Krankheitserfahrung und zur Verarbeitung des Geschehenen beitragen und damit unweigerlich verbunden zu einer Stärkung des Selbstkonzeptes der betroffenen Personen führen.

3 FORSCHUNGSSTAND

Um den aktuellen Stand der Forschung für das vorliegende Thema möglichst umfangreich zu eruieren, wurde in Bibliotheken und elektronischen Datenbanken, wie Pubmed, Medline, Chinal und SUM Search recherchiert. Mithilfe festgelegter Suchbegriffe war es möglich ausgewählte und internationale Studien zu ermitteln, welche sich mit dem Thema Selbstkonzept nach Brustamputation beschäftigen. Aufgrund der zumeist englischsprachig aufgebauten Datenbanken und der vorliegenden Literatur wurde mit folgenden ausgewählten Suchbegriffen gearbeitet: breast cancer, mastectomy, ablatio mammae, amputation of the breast, self-concept, self-esteem, self-confidence, body image, quality of life. Um möglichst genaue Ergebnisse zu erzielen wurden die Suchbegriffe zudem mit Operatoren gekoppelt (Keibel & Mayer, 2005). Studien, welche das vorliegende Thema besonders fokussieren, befassen sich überwiegend mit einzelnen Teilaspekten des hier zugrundeliegenden Verständnisses von Selbstkonzept in Bezug auf Brustamputation.

3.1 Darstellung des aktuellen Forschungsstandes

Bereits in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts beschäftigte sich Polivy (1977) mit den psychologischen Folgen eines Brustverlustes, in Bezug auf Teilaspekte des Selbstkonzeptes. Die psychologischen Konsequenzen einer Amputation der Brust untersuchten auch Margolis, Goodman, Rubin (1990) sowie Rubino, Figus, Lorettu, Sechi (2007) und Al-Ghazal, Fallowfield, Blamey (2000). Anagnostopoulos und Myrgianni (2009) fokussieren in ihrer Studie den Teilaspekt Körperbild von Brustkrebspatientinnen nach Mastektomie. Ebenso Sertoz, Doganavsargil, Elbi (2009) sowie Fesenfeld

(2006). Die Lebensqualität nach einer erfolgten Brustamputation wird abschließend von Monteiro-Grillo, Marques-Vidal und Jorge (2005) und Han, Grothuesmann, Neises, Hille, Hillemanns (2009) sowie Arndt, Stegmaier, Ziegler, Brenner (2008) vorgestellt.

Psychological effects of mastectomy on a woman´s feminine self-concept

Polivy (1977) fokussiert die Auswirkung eines Brustverlustes auf das Selbstkonzept, insbesondere auf das Körperbild und Selbstbild betroffener Frauen. Der Autor ging bei dieser Studie davon aus, dass besonders diese beiden Aspekte des Selbstkonzeptes erheblich durch die Operationsmethode bestimmt beziehungsweise verändert werden. Zur Untersuchung dieses Themas wurden Patientinnen mit Mastektomie mit zwei Kontrollgruppen (Biopsiegruppe mit benignem Tumor und einer Gruppe mit einer weiteren Krankheit) verglichen. Die Fragebogenmessung erfolgte zu unterschiedlichen Zeitpunkten, die erste wurde einen Tag vor der Operation und die letzte Messung elf Monate danach durchgeführt. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass es deutliche Unterschiede in Gruppe der Frauen mit gutartigem Tumor und jener mit Brustverlust gab. Bei der Biopsiegruppe wurde ein Absinken des Körperbildes und Selbstwertgefühles direkt nach der Biopsie verzeichnet. Bei den Frauen mit Brustverlust wurde eine Verschlechterung des Körperbildes und des Gefühls für den eigenen Wert erst einige Monate nach der Operation festgestellt. Dieses Ergebnis, so der Autor, deutet darauf hin, dass eine Mastektomie in der ersten Zeit nach der Operation zur bewussten Verleugnung des nun veränderten Körpers führt. Erst nach Monaten kann der Brustverlust, allmählich als unabdingbare Realität betrachtet werden. Diese Bewusstwerdung schlägt sich dann im Körperbild und Selbstbild nieder.

Psychological effects of breast-conserving cancer treatment and mastectomy

Margolis, Goodman und Rubin (1990) untersuchten Patientinnen ein Jahr nach der Brustkrebsbehandlung, um die psychologischen Folgen einer Mastektomie im Vergleich zu einer brusterhaltenden Alternative (Lumpektomie plus Strahlentherapie) zu eruieren. Die Untersuchungsergebnisse zeigten, dass sich Frauen mit einer Brustamputation im Vergleich zur Gruppe mit brusterhaltender Operation weniger attraktiv fanden, hauptsächlich dann, wenn sie sich nackt sahen. Sie schämten sich ihres Äußeren und fühlten eine Minderung ihres Sexuallebens. Diese Ergebnisse trafen kaum auf Studienteilnehmerinnen mit Lumpektomie zu. Zum Zeitpunkt der Untersuchung schätzen Frauen mit einer Lumpektomie auch ihren Gesundheitszustand höher ein als Frauen mit einer Brustamputation. Die AutorInnen schließen daraus, dass Patientinnen mit einer Mastektomie täglich an die Krankheit erinnert werden, hingegen Frauen mit brusterhaltender Methode die Krebserkrankung als etwas Vergangenes ansehen.

Post-mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes

Rubino, Figus, Lorettu, Sechi (2007) untersuchten in ihrer vergleichenden Analyse, psychosoziale und psychopathologische Folgen zwischen Frauen mit einer Mastektomie ohne Brustwiederaufbau und einer Gruppe Frauen mit sofortigem Aufbau. Dabei wurden 33 Patientinnen mit Wiederaufbau, 33 ohne Aufbau und 33 gesunde Frauen miteinander verglichen. Die Studie wurde in Italien mittels Fragebogen und anschließenden klinischen Interviews 12 Monate nach der Brustamputation durchgeführt. Erhoben wurden soziale Anpassung, Lebensqualität, Angst und Depression. Die Ergebnisse zeigen, dass bei Frauen mit sofortigem Wiederaufbau der Brust, kein Unterschied zu

der Gruppe der gesunden Frauen in Hinblick auf soziale und sexuelle Beziehungen und auf die Lebensqualität besteht. Zwischen der Rekonstruktionsgruppe und der Mastektomiegruppe gab es keinen signifikanten Unterschied im Angstempfinden eines Wiederauftrittes der Krankheit. In den klinischen Interviews wurde jedoch erkennbar, dass Mastektomie Patientinnen weniger soziale Beziehungen hegten, weniger sexuell aktiv waren und häufiger an Depressionen litten als dies bei Patientinnen mit sofortigem Wiederaufbau zu erkennen war.

Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction

Al-Ghazal, Fallowfield und Blamey (2000) untersuchten 577 Frauen während der Nachsorgeuntersuchungen mittels Selbst-Evaluations Fragebögen, um festzustellen, inwieweit die Operation (Amputation mit und ohne Wiederaufbau der Brust und eine Lympektomie) der Brust, das psychosoziale Verhalten der Frauen geändert/beeinflusst hat. Dazu wurden Fragen zu Angst, Depression, Körperbild, Sexualität und Selbstwertgefühl gestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Art der Operationsmethode erhebliche Auswirkung auf das Gefühlsleben der Teilnehmerinnen hatte. Am meisten litten Frauen mit Mastektomie ohne Wiederaufbau an Angst 69%, gefolgt von Frauen mit Brustrekonstruktion mit 55%, bei Lympektomie Patientinnen war das Angstgefühl mit 38% am geringsten. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten zudem, dass Frauen mit Brustverlust ohne Rekonstruktion häufiger, im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen, an Depressionen litten, sich weniger sexuell attraktiv fanden und ein niedriges Selbstwertgefühl aufwiesen.

Psychosocial effect of mastectomy versus conservative surgery in patients with early breast cancer

Monteiro-Grillo, Marques-Vidal und Jorge (2005) führten eine Studie zum Thema psychosoziale Auswirkungen und Lebensqualität bei Frauen mit einer radikalen Mastektomie und brusterhaltender Therapie in Portugal durch. Die Studie fand sechs Monate nach Beendigung der Strahlentherapie statt. Rekrutiert wurden 61 Frauen mit brusterhaltender Therapie und 64 mit radikaler Mastektomie. Mittels Fragebogen, unterteilt in acht Fragen auf vier Hauptbereiche der Lebensqualität, wurden psychosoziale Auswirkungen einer Brustamputation und einer brusterhaltenden Therapie bewertet. Der erste Teil des Fragebogens enthielt Fragen zu Körperbild, Körperunzufriedenheit und Angst davor, sich im Spiegel zu sehen. Der zweite Fragebogen beinhaltete soziales Verhalten wie Furcht vor einer Enthüllung des Oberkörpers in der Öffentlichkeit und der Wahl der Kleidung. Der dritte Teil untersuchte Veränderungen der sexuellen Anziehung und evaluierte die Akzeptanz der Krankheit durch den Ehemann / Partner. Der letzte Teil des Fragebogens fokussierte inwieweit Frauen die Erkrankung vor ihrer Familie und ihren FreundInnen verbargen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Patientinnen mit Brustamputation häufiger an einer Körperbildveränderung litten und es deshalb vermieden, öffentliche Bäder zu besuchen oder dekolleté-betonte Kleidung zu tragen. Sie verbargen die Erkrankung teilweise vor ihren FreundInnen. Keinen Unterschied der beiden Gruppen gab es bezüglich Sexualität, sowie Verweigerung der Krankheit durch den Ehemann / Partner oder Ausblenden der Krankheit von Familienangehörigen. Die AutorInnen zeigen auf, dass Frauen ohne Wiederaufbau der Brust erhebliche psychosoziale Auswirkungen auf das Körperbild erfuhren. Sie waren unzufrieden mit ihrem Körper, verweigerten den Blick in den Spiegel und vermieden es an den Strand zu gehen (alle $p<0,001$). Beide Gruppen der Frauen berichteten außerdem während der Untersuchung, dass sich aufgrund

der Brustkrebserkrankung ihre sozialen Beziehungen veränderten. Einige Frauen waren über ihre finanzielle Situation in Folge von Fehlzeiten und verpasster Förderung im Beruf, besorgt. Andere Frauen waren betrübt darüber, dass ihre FreundInnen und Familien die Trauer und Angst nicht ausreichend verstanden.

Body image of Greek breast cancer patients treated with mastectomy or breast conserving surgery

Anagnostopoulos und Myrgianni (2009) untersuchten das postoperative Körperbild von Brustkrebspatientinnen mit Brustamputation oder brusterhaltender Operation im Vergleich zueinander und zu einer Kontrollgruppe gesunder Frauen. Bei den Gruppen mit Brustkrebs wurden Frauen rekrutiert, die über 18 Jahre alt waren und gerade die Operation überstanden hatten und keine andere Krebserkrankung vorlag. Die Querschnittstudie fand aufgrund des unlängst erfolgten Eingriffes in einer Klinik in Athen statt. Die Studie fokussiert die wahrgenommene Attraktivität und die Zufriedenheit mit dem Körper und dem äußeren Erscheinungsbild. Der Vergleich mit den zwei operierten Gruppen zeigt, dass sich Frauen mit Brustamputation weniger attraktiv fanden, unsicher mit ihrem Aussehen und mit der durch die Operation entstandenen Narbe unzufrieden waren, daher soziale Kontakte mieden. Die AutorInnen berichten, dass bei brusterhaltender Operation die Form der Brust nur minimal verändert und daher ein negatives Selbstbild bei diesen Patientinnen kaum ausgeprägt ist. Die AutorInnen weisen jedoch darauf hin, dass aufgrund des Zeitraumes der Untersuchung es nicht möglich war, die Beständigkeit der Körperbildproblematik über einen längeren Zeitraum zu begründen. Weitere Studien sollten durchgeführt werden, um das dynamische Wesen von Körperbildveränderungen über das gesamte Leben zu untersuchen.

Body image and self-esteem in somatizing patients

Ziel der vorliegenden Studie war es, Unzufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und Köperfunktionen zu ermitteln und das Selbstwertgefühl bei Patienten mit psychosomatischen Störungen festzustellen. Körperbild und Selbstwertgefühl wurden bei 125 Frauen untersucht. Bei 34 davon wurden somatoforme Krankheiten diagnostiziert, 50 waren Brustkrebspatientinnen mit kompletter Brustamputation und 44 waren gesunde Studienteilnehmerinnen. Körperbild und Selbstwertgefühl wurden mit der „Body Cathexis" Skala und der Rosenberg Selbstwertgefühl-Skala bewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass sich in Bezug auf Körperbild und Selbstwertgefühl somatisierende Patientinnen und Brustkrebspatientinnen nicht maßgeblich voneinander unterschieden, aber beide Gruppen unterscheiden sich stark von den gesunden Teilnehmerinnen. Die AutorInnen schlussfolgern daraus, dass bei Brustkrebspatientinnen das geschädigte Körperbild aus radikalen Behandlungen am Körper resultiert und sie erst lernen müssen mit dem Verlust eines Organes zurechtkommen, welches stark mit Selbstwertgefühl, Sexualität und Weiblichkeit verbunden ist. Brustprothesen können helfen mit dem Verlust zurechtzukommen, aber das geschädigte Körperbild wird dadurch nicht repariert (Sertoz, Doganavsargil, Elbi, 2009).

Brustverlust. Zum Leib-Erleben von Frauen mit einer Brustamputation

Die qualitative Untersuchung von Fesenfeld (2006) fokussiert im Zusammenhang mit Brustkrebs und Brustverlust hauptsächlich den biografischen Hintergrund betroffener Frauen. Die Teilnehmerinnen wurden während eines Rehabilitationsaufenthaltes zum Leib-Erleben nach Amputation von der Forscherin interviewt. Die bedeutendsten Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass der Schock der Diagnose und der Verlust der Brust zu einem Fremdheitsgefühl und zum Verlust eigener Handlungskompetenzen führen.

Zugleich besteht jedoch der Wunsch, diese wiederzuerlangen und ein Gefühl an Sicherheit zu erreichen. Des Weiteren fühlen sich Frauen aufgrund der Veränderung ihres Körpers und den tradierten Vorstellungen von Weiblichkeit, an den Rand der Gesellschaft gedrängt. Unabhängig davon verfolgen Frauen im Verarbeitungsprozess das Ziel, Normalität in ihr Leben einkehren zu lassen. Die Autorin schlussfolgert daraus, dass die Krankheitserfahrung durchaus eine Chance in sich birgt, jedoch davon abhängig ist, inwieweit frühere biographisch bedrohliche Erlebnisse in die Persönlichkeit integriert werden konnten und inwieweit Information und professionelle Unterstützung für eine positive Integration erfolgte.

Quality of life and satisfaction after breast cancer operation

Die Studie von Han, Grothuesmann, Neises, Hille, Hillemanns (2009) fokussierte die Lebensqualität und Zufriedenheit nach verschiedenen Operationen wie BCT (breast-conserving therpy), Mastektomie mit Rekonstruktion und Mastektomie. Dabei wurden 180 Patientinnen befragt, die zwischen Jänner 2005 und Oktober 2006 operiert wurden und zum Zeitpunkt der Studie frei von lokalen Metastasen waren. Befragt wurden sie mittels EORTC Lebensqualität Fragebogen, den EORTC Brustkrebs Modul Fragebogen (QLQ-BR23) und einen speziellen von den Autoren entworfenen Fragenbogen über die Zufriedenheit der postoperativen Resultate. Es gab maßgebliche Unterschiede im Bezug auf das Körperbild und den Zukunftsperspektiven. Beim Körperbild hatte die BCT Gruppe eine positivere Sicht des Köperbildes im Vergleich zur Rekonstruktionsgruppe (P=0,003) und der Mastektomiegruppe (P=0,004). Bei den Zukunftsperspektiven lag die Rekonstruktionsgruppe vorne. Die Bewertung des kosmetischen Ergebnisses ergaben auch hier signifikante Unterschiede zwischen der BCT (P<0,001) und der Mastektomie Gruppe (P=0,001). Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass Patientinnen mit BCT eine bessere Lebensqualität und höhere

Zufriedenheitsrate aufwiesen als jene Patientinnen mit Mastektomie oder Rekonstruktion.

Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapie versus mastectomy: a population-based study

Arndt, Stegmaier, Ziegler, Brenner (2008) untersuchten in ihrer Kohortenstudie die Lebensqualität von Frauen mit einer Mastektomie und Frauen mit brusterhaltender Therapie. Insgesamt wurden 315 Frauen aus Deutschland für die Studie rekrutiert. Brusterhaltende Therapie wurde bei 70% der Teilnehmerinnen durchgeführt, hingegen die Gruppe der Mastektomie Patientinnen (ohne Wiederaufbau) umfasste 30% an Teilnehmerinnen. Die Studie wurde mittels eines Lebensqualitätsfragebogens der Onkologie erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Lebensqualität von der Operationsmethode bestimmt ist. So konnten die AutorInnen feststellen, dass bereits ein Jahr nach der primären Operation, Frauen mit brustherhaltender Therapie ein besseres Körpergefühl besaßen und wieder ihre sozialen Rollen verfolgten, wie zum Beispiel Arbeit und Freizeit und weitere Aktivitäten des alltäglichen Lebens. Die Ergebnisse der Studie zeigten zudem, dass Frauen ohne Brustverlust im Gegensatz zu Frauen mit Mastektomie sexuell aktiver waren. Teilnehmerinnen mit Brustverlust fanden sich zudem unsicher, mieden soziale Kontakte und fühlten sich in ihrem alltäglichen Leben eingeschränkt. Fünf Jahre nach der Diagnose gab es keinen statistischen Unterschied mehr zwischen den Patientinnen mit brusterhaltender Therapie im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen aus der Bevölkerung bezogen auf globale Gesundheit / Lebensqualität und soziale Rollenausübung. Hingegen Frauen mit Brustverlust diese beiden Bereiche deutlich niedriger bewerteten. Hinsichtlich Bedenken im Bezug auf Angst eines Rezidivs konnte kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen der Patientinnen mit Brustkrebs festgestellt werden.

3.2 Zusammenfassung

Der aktuell vorgestellte Forschungsstand berichtet über die Beeinträchtigung des Körperbildes und des Selbstwertgefühles als Konsequenzen eines Brustverlustes (ohne Rekonstruktion), betroffener Frauen. Jedoch muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass die meisten Untersuchungen zu einem Zeitpunkt stattfanden, indem sich die Frauen gerade erst mit der Brustamputation und dessen Folgen konfrontiert sahen, zu einem Zeitpunkt bei dem anzunehmen ist, dass der Verlust der Brust besonders schmerzvoll war. So fanden die Studien entweder direkt nach dem Eingriff, bei den Nachsorgeuntersuchungen beziehungsweise ein Jahr nach der Operation statt. Einzig die Studie von Arndt et al. (2008) fokussieren die Lebensqualität von Mastektomie – Patientinnen nach 5 Jahren. Jedoch thematisiert auch diese Studie wie fast ausschließlich alle anderen einen Vergleich der verschiedenen Operationsmethoden und schließt anhand dessen auf das Empfinden der Patientinnen mit brusterhaltender Therapie und Frauen mit Mastektomie mit und ohne Wiederaufbau. Hinzu kommt, dass fast alle Untersuchungen zu diesem Thema quantitativ erhoben wurden. Die Bedeutung eines Brustverlustes für die einzelne Frau bleibt bei dieser Erhebungsmethode weitgehend ausgeklammert.

Aus diesem Grund strebt die Forscherin der vorliegenden Diplomarbeit danach, das subjektive Erleben eines Brustverlustes aus qualitativer Sichtweise zu untersuchen, um der Bedeutung einer Brustamputation nach malignem Tumor und deren Auswirkungen auf das Selbstkonzept aus der Perspektive der Betroffenen gerecht zu werden.
Zudem besteht aktueller Forschungsbedarf bei der Untersuchung den Blickwinkel der Erhebung nicht streng auf einen bestimmten Zeitpunkt des Erlebens in Bezug auf die Konsequenzen für das Selbstkonzept zu lenken, sondern die Erfahrung der Frauen ganzheitlich im Zeitverlauf zu betrachten,

um gegenständlich alle Teilaspekte des Selbstkonzeptes nach einer Brustamputation beleuchten zu können. Infolgedessen widmet sich der empirischen Teil dieser Arbeit der eben repräsentierten Thematik.

Empirischer Teil

4 BESCHREIBUNG UND METHODIK DER EMPIRISCHEN VORGEHENSWEISE

Im Rahmen der empirischen Sozialforschung ist es unterlässlich bei jeder geplanten Untersuchung den Forschungsansatz und auch die Methoden festzulegen. Ob in der Pflegeforschung der qualitative oder quantitative Ansatz gewählt wird, ist hauptsächlich an die definierte Fragestellung gebunden, sowie der Art des Phänomens welches zu erforschen gilt, und ob bereits Grundlagen zum interessierenden Thema vorliegen, beziehungsweise erforscht sind (Mayer, 2007).

Um diesen Anspruch gerecht zu werden, widmet sich das vorliegende Kapitel der Begründung und Beschreibung des gewählten Forschungsansatzes sowie dessen Gütekriterien und der Methoden der Datenerhebung und Datenaufbereitung, welche für die vorliegende Untersuchung gewählt wurden. Einen weiteren wichtigen Faktor jeder wissenschaftlichen Arbeit bilden ethische Überlegungen. Auch sie werden in diesem Kapitel beschrieben und wurden bereits bei der vorliegenden Untersuchung eingehend berücksichtigt. Besonderer Fokus wird abschließend auf die Beschreibung des Feldzuganges und der Auswahl der Interviewpartnerinnen sowie der Interviewsituation gelegt.

4.1 Forschungsansatz

Kern und somit Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit bildet die Bedeutung des Erlebens einer Brustamputation und wie sich diese Erfahrung auf das Selbstkonzept betroffener Frauen auswirkt. Dieser Satz betont die Essenz des Erlebens, welche eine zutiefst persönliche Erfahrung darstellt. Deshalb gilt es einen Forschungsansatz zu wählen, indem das subjektive Erleben der Betroffenen möglichst ganzheitlich in seinen Erscheinungsformen beleuchtet und beschrieben werden kann. Dementsprechend wurde für die vorliegende Arbeit der qualitative Ansatz gewählt. Qualitative Forschung verfolgt das Ziel, Menschen und deren Erleben ganzheitlich zu betrachten und von innen heraus zu verstehen (Mayer, 2007).

Eine wichtige Grundlage für qualitatives Arbeiten bilden eigene Kriterien, mit deren Hilfe die Güte qualitativer Forschung beschreibbar und messbar wird. Je nach Verfahren und philosophischer Ausrichtung gibt es kleinere Unterschiede bei der Beschreibung der Gütekriterien (Mayer, 2007). Für die Methode der vorliegenden Untersuchung werden folgende Gütekriterien nach dem Verständnis von Mayring (2002) herangezogen:

- Verfahrensdokumentation

Um den Forschungsprozess und die Ergebnisse für andere nachvollziehbar zu gestalten, ist eine detaillierte Dokumentation unumgänglich (Mayring, 2002).
Die Diplomarbeit erfüllt diese Aufforderung, da das Vorverständnis im Theorieteil, die Forschungsfragen, die Datenerhebungs- und Auswertungsmethode sowie Ergebnisse, offengelegt und verständlich beschrieben werden.

- Argumentative Interpretationsabsicherung

Interpretationen verkörpern eine bedeutende und wichtige Rolle in der qualitativen Forschung. Damit sie verständlich und in sich schlüssig gedeutet werden können, bedarf es sie argumentativ gut zu begründen. Dabei ist ein Vorverständnis für die entsprechenden Interpretationen unumgänglich (Mayring, 2002).

In der vorliegenden Arbeit wurde bei den Interpretationen darauf geachtet, so dicht wie möglich am Originalmaterial zu bleiben und dennoch die gewonnenen Daten auf eine gemeinsame Ebene des Abstraktionsniveaus zu bringen. Um eine sinnvolle Deutung und Schlüssigkeit der Interpretationen zu gewährleisten und nachvollziehbar zu gestalten, wurden sie mit Auszügen des Originalmaterials untermauert.

- Regelgeleitetheit

Offenheit stellt in der qualitativen Forschung ein wichtiges Prinzip dar. Jedoch bedarf es an Einhaltung bestimmter Verfahrensregeln um ein systematisches Vorgehen bei der Bearbeitung des Materials zu garantieren (Mayer, 2007; Mayring, 2002;).

Dieser Forderung wurde, im Sinne der Befolgung der einzelnen Schritte der Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) Folge geleistet und demgemäß eine systematische Vorgehensweise eingehalten.

- Nähe zum Gegenstand

Erst wenn sich ForscherInnen in die Lebenswelt der ProbandInnen begeben und sich auf diese einlassen, kann Nähe zum Gegenstand entstehen (Mayring, 2002).

Um einen tieferen Einblick in das Forschungsfeld zu bekommen und zudem mit Frauen direkt im Feld in Kontakt zu treten, wurde die Forscherin vor den Gesprächen eingeladen, bei Selbsthilfegruppentreffen sowie einer Veranstaltung für prothetische Versorgung dabei zu sein. Dadurch konnte

wertvolles Wissen erweitert und eine erste Vertrauensbasis zu den potenziellen Teilnehmerinnen hergestellt werden. Die späteren Interviews fanden in einer für Frauen vertrauten und natürlichen Umgebung statt, welche allen Teilnehmerinnen vorbehalten war. Zudem wurde darauf geachtet, die Gesprächssituation für die betroffenen Frauen möglichst unproblematisch (wenig belastend) zu gestalten.

- Kommunikative Validierung

Den Befragten die Ergebnisse zu unterbreiten und mit ihnen darüber zu sprechen, ist eine Möglichkeit und ein bedeutender Weg, die Gültigkeit der Ergebnisse auch dahingehend zu überprüfen (Mayer, 2007; Mayring, 2002).
Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden zwei Interviewpartnerinnen bei einem Treffen vorgelegt und mit ihnen drüber diskutiert. Die betroffenen Frauen bekräftigten dabei, sich in den erarbeiteten Interpretationen wiederzufinden.

- Triangulation

Unterschiedliche Lösungsansätze für die Fragestellung zu finden, ein Phänomen aus diversen Blickwinkeln zu beleuchten ist der Versuch der Triangulation. So kann eine Verbindung unterschiedlicher Methoden beispielsweise dazu beitragen, die Qualität der gewonnenen Ergebnisse, durch facettenreiche Perspektive zu verstärken (Mayer, 2007; Mayring, 2002).
Aufgrund der Fragestellung und der Art des zu erforschenden Phänomens wurde für die Diplomarbeit der qualitative Forschungsansatz und als Datenerhebungsmethode das qualitative Interview gewählt. Außerdem wurden Gedächtnisprotokolle nach jedem Gespräch angelegt, um zusätzliche Ereignisse einer Interviewsituation festzuhalten. An dieser Stelle wird angemerkt, dass es hinsichtlich der Thematik des Themas gewiss auch andere interessante Methoden gäbe, um gewonnene Ergebnisse vergleichen zu können.

4.2 Datenerhebungsmethode

Im Rahmen der Diplomarbeit wurde, wie bereits erwähnt, das qualitative Interview als geeignete Methode der Datenerhebung für die Beantwortung der Forschungsfragen gewählt, um so möglichst ganzheitlich die individuelle Erfahrung der Frauen zu erforschen.

„Das qualitative Interview ist jene Forschungsmethode, in welcher der Grundgedanke qualitativer Forschung – die subjektive Erfahrung der Betroffenen zu ergründen – am vollständigsten verwirklicht ist“ (Mayer, 2007b, S. 116).

Die Interviews wurden semistrukturiert und mittels eines vor der Erhebung entwickelten und erprobten Interviewleitfadens durchgeführt. Dieser orientierte sich an den Aspekten der interessierenden Forschungsfragen, welche es in der vorliegenden Untersuchung zu beantworten gilt:

- Was bedeutet das Erleben einer Brustamputation für das Selbstkonzept betroffener Frauen?
- Welche Veränderungen ergaben sich durch den Brustverlust für das Selbstkonzept?
- Wie erfolgte die Anpassung des veränderten Körpers in das Selbstkonzept?
- Welche Probleme traten bei der Anpassung auf?

In der Erhebungssituation diente der Interviewleitfaden zur begleitenden Orientierung der Gespräche. Er fungierte dabei in individueller Weise je nach Interviewpartnerin und Gesprächsverlauf in unterschiedlicher Reihung und Formulierung. Der Leitfaden war vor allem beim kreativen Part des Interviews wertvoll. Hierzu erfolgt noch eine nähere Ausführung im Kapitel 4.7.

4.3 Datenaufbereitungsmethode

Um qualitatives Material erarbeiten und diese im Kernprozess interpretieren zu können, bedarf es einer grundsätzlichen und genauen Aufbereitung der Daten.

„Die Deskription, die exakte und angemessene Beschreibung des Gegenstandes, ist ein besonderes Anliegen qualitativ orientierter Forschung. Um dem wirklich Rechnung zu tragen, sollte man zwischen Erhebung und Auswertung einen Zwischenschritt stärker thematisieren: die Aufbereitung des Materials“ (Mayring, 2002, S. 85).

Zu diesem Zweck wurden in der vorliegenden Arbeit alle geführten Interviews auf Tonband aufgenommen und anschließend einer ausführlichen Transkription unterzogen, wobei alle Gespräche vollends niedergeschrieben wurden. Die Dialektfärbung bei der Verschriftlichung der Gespräche wurde etwas geglättet. Eine gesamte Übertragung der Interviews ins Schriftdeutsch ist nicht gänzlich vorgenommen worden, um den Charakter und die Intensität der Aussagen von betroffenen Frauen beizubehalten. So blieb die Authentizität weitestgehend erhalten.

Zudem wurden folgende Transkriptionsregeln festgelegt und eingehalten um Besonderheiten der Sprache festzuhalten (Mayer, 2007; Mayring, 2002):

- Bei jedem Transkript wurden fortlaufende Zeilennummern vergeben, um sich bei der anschließenden Bearbeitung des Materiales leichter im Text orientieren zu können
- Ein sehr kurzes Absetzen eines Kommentares wurde mit **(,)** gekennzeichnet

- Eine Markierung dreier Punkte bedeutet eine mittlere Pause zwischen den Aussagen **…**
- Eine lange Pause wurde mit **(Pause)** vermerkt
- Ein **unterstrichenes** Wort bedeutet eine auffallend intensive Betonung dessen
- Wurde gelacht, so ist auch dies durch **(Lachen)** hervorgehoben worden
- Interviewpartnerinnen, Orte und Personennamen wurden anonymisiert und mit einem **X** versehen

Nach einem Interview wurden, wie bereits kurz angeführt, umgehend Gedächtnisprotokolle angefertigt, um so zusätzlich zur Tonbandaufzeichnung, Vorgänge der Interviewsituation festzuhalten. Charakteristische Notizen waren beispielsweise der Treffpunkt und die Atmosphäre des Gespräches, die Interviewdauer, Unterbrechungen oder Störungen des Interviews durch Dritte und besondere Merkmale im Interviewverlauf. Auch Mayer (2002) unterstreicht die Bedeutsamkeit von Gedächtnisprotokollen, um wichtige Informationen eines Gespräches festzuhalten, welche nicht auf der Tonbandaufzeichnung hörbar sind.

4.4 Datenauswertungsmethode

Die Datenauswertung erfolgte anhand der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008). Ziel der gewählten Inhaltsanalyse ist die systematische und schrittweise Analyse von Texten, anhand theoriegeleiteter Kategoriesystemen, welche am Material erarbeitet wurden (Kesting & Rennhak, 2008). Wesentliche Voraussetzung für eine Analyse des Datenmaterials ist eine Berücksichtigung der drei, von Mayring empfohlenen Grundformen des Interpretierens. Zusammenfassung, Explikation und

Strukturierung sind relevante und bedeutende Aspekte, um das zunächst unerforschtes Material grundsätzlich analysieren zu können. Dabei wird bei der Zusammenfassung eine Reduktion des Datenmaterials auf seine wesentlichen Inhalte vorgenommen. Bei der Explikation wird zur Erklärung und zum Verständnis fraglicher Textteile, zusätzliches Textmaterial herangetragen. Anhand der Strukturierung werden aus dem Material bestimmte Merkmale (Strukturen) herausgefiltert. (Mayring, 2008).

Bei der Bearbeitung des Materials wurden die Grundformen des Interpretierens eingehalten. Die Datenauswertung orientierte sich anhand der von Mayring (2008, S. 60ff) definierten Analyseschritte:

- Schritt 1: Bestimmung der Analyseeinheiten

Der erste Schritt beinhaltet die Festlegung und Bestimmung wesentlicher Textstellen welche für die Forschungsfragen bedeutsam sind.

- 2. Schritt: Paraphrasieren der inhaltstragenden Textstellen

Die im ersten Schritt bestimmten Textauszüge werden gekürzt, dabei werden ausschmückende Textteile ausgeklammert. Das im zweiten Analyseschritt auf den Inhalt begrenzte Material wird auf eine einheitliche verbale Ebene paraphrasiert.

- 3. Schritt: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveau

Das vorliegende Material wird nun auf ein Abstraktionsniveau gestellt. Das bedeutet, dass Paraphrasen, die unter dem Abstraktionsniveau liegen generalisiert werden.

- 4. Schritt: Reduktion durch Selektion

Aufgrund des dritten Schrittes entwickelten sich inhaltsidentische Paraphrasen, die nun selektiert werden. Im Zuge dessen werden auch nebensächliche, nicht als zentral erachtete Paraphrasen, gestrichen.

- 5. Schritt: Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen

Paraphrasen mit einem gleichen oder gleichartigen Gegenstand und ähnlichen Inhalt werden zu einer Paraphrase konzentriert (Bündelung). Anschließend erfolgt die Konstruktion und Integration, dabei werden zuerst Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammengestellt. Danach werden Paraphrasen mit gleichem oder vergleichbarem Gegenstand und unterschiedlicher Aussage zu einer Paraphrase zentralisiert.

- 6. Schritt: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriesystem

Die aktuellen Aussagen, welche sich aus dem fünften Schritt ergeben, werden in einem Kategoriesystem zusammengefasst.

- 7. Schritt: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriesystems am Ausgangsmaterial

Nach der Zusammenstellung der neuen Aussagen in ein Kategoriesystem bedarf es einer Überprüfung am Ausgangsmaterial, ob die aktuell entstandenen Aussagen dieses noch repräsentieren.

In der qualitativen Forschung ist es essenziell, Analyse und Interpretation offenzulegen. Dadurch wird die Nachvollziehbarkeit der Untersuchungen transparent und somit ihre Intersubjektivität und ihre Affirmation erhöht (Lamnek, 2005). Um dieser Aufforderung Folge zu leisten, wird dementsprechend im Anhang ein Analyseauszug der vorliegenden

Untersuchung repräsentiert. Die Ergebnisse werden im Kapitel Ergebnisdarstellung offengelegt.

4.5 Ethische Überlegungen

Voraussetzung jeder wissenschaftlichen Untersuchung mit Studienteilnehmenden sind ethische Überlegungen, welche unbedingt berücksichtigt werden müssen. Das bedeutet für die Forschenden, dass sie sich stets verpflichtet fühlen sollten, ethische Grundprinzipien zum Schutze der StudienteilnehmerInnen einzuhalten. Mayer (2007, S. 62ff) unterscheidet drei ethische Grundsätze des Persönlichkeitsschutzes für Teilnehmende, an denen sich Forschende prinzipiell orientieren sollten:

- Freiwillige Teilnahme

Im Vorfeld der Studie müssen potenziell Teilnehmende in verständlichen Worten (kein Fachjargon) umfassend über die Untersuchung und das Vorgehen informiert werden. Dabei steht ihnen frei sich für die Studienteilnahme zu entscheiden oder diese abzulehnen. Des Weiteren haben sie das Recht die freiwillige Zusage zu revidieren beziehungsweise jederzeit die Untersuchungssituation zu verlassen. Auch diese Information muss gegeben sein.

Für die vorliegende Untersuchung wurden alle Teilnehmerinnen mündlich und mehrmals über das Ziel des Forschungsvorhabens als auch über dessen Ablauf informiert. Es wurden die Rolle der Teilnehmerinnen und der geschätzte Zeitaufwand für die Untersuchung besprochen. Der Forscherin war es zudem ein Anliegen, den Frauen ausreichend Raum zu bieten, die Zustimmung ihrer Teilnahme zu überdenken.

- Anonymität

Den Teilnehmerinnen Anonymität zuzusichern ist ein ethisches Grundprinzip, welches ebenso uneingeschränkt eingehalten werden muss. Anonymität betrifft die Identität der teilnehmenden Personen, beinhaltet jedoch auch Diskretion im Umgang mit den Daten und verlangt deren korrekte Verwahrung an einem sicheren Ort, der nicht für Dritte einsehbar ist.
Alle Interviewpartnerinnen wurden vor der Untersuchung über ihr Recht auf Anonymität informiert. Bei der Verschriftlichung der Daten wurden Studienteilnehmerinnen sowie Orte und weitere Namen codiert und mit einem X gekennzeichnet, damit keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können. Darüber hinaus sind die aufgezeichneten Interviews sorgfältig und extern verwahrt und zusätzlich mit einem Passwort gesichert worden. Beides ist nur der Froscherin zugänglich.

- Schutz des Einzelnen vor eventuellen physischen und psychischen Schäden

Eine sorgfältige Planung der Untersuchung ist unumgänglich und beinhaltet zentrale Überlegungen, wie eventuelle physische und/oder psychische Störungen der teilnehmenden Personen bei der Untersuchung auszuschalten und so gering wie möglich zu halten sind.
Aufgrund der Thematik der Diplomarbeit bedurfte es einer besonderen Vorbereitung der Vorgehensweise bei der Untersuchung. Dennoch wurden bestimmte emotionale Belastungen, hervorgerufen durch die erlebte Erfahrung der Frauen, erst im Laufe der Interviewphase ersichtlich. Besonders der Gesprächsbeginn wurde daraufhin reflektiert und umgestaltet und ein kreativer Part bei der Interviewführung eingebaut. Damit wurde bezweckt, dass der Untersuchungsverlauf für die Teilnehmerinnen so reibungslos und angenehm wie möglich gestaltet werden konnte. Wertschätzung, Respekt und

emphatisches Verhalten sind Grundregeln einer würdigen Konversation und bestimmten hier den Charakter der Interviews.

4.6 Feldzugang und Teilnehmerinnen

Für die vorliegenden Untersuchung war es essenziell, betroffene Frauen, die ein Erleben eines Brustverlustes im berufstätigen Alter durch eine Brustkrebserkrankung erfuhren und zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Rekonstruktion der Brust vorgenommen hatten, zu finden. Um potenzielle Gesprächspartnerinnen zu eruieren wurde Verbindung zu drei österreichischen Selbsthilfegruppen sowie zur Wiener Krebshilfe aufgenommen. Weitere Kontakte ergaben sich über das Schneeballverfahren. Dabei werden Beteiligte gebeten, Personen zu empfehlen, welche durch ihre persönliche Erfahrung, ebenfalls zur Untersuchung beitragen können (Burns & Grove, 2005).

Der persönliche Kontakt zu den Gesprächspartnerinnen ergab sich bei den Selbsthilfegruppen, durch Einladungen zu Veranstaltungen und durch Teilnahme an den Gruppentreffen. So fanden bereits erste Begegnungen, in einer für die Frauen gewohnten und behaglichen Atmosphäre statt. Zudem bewirkten diese Treffen im Schutze der Gruppe ein rasches vertrauenswürdiges Kennenlernen (auf beiden Seiten). Interessierte Mitgliederinnen erklärten sich nach einem Vorstellen des Forschungsvorhabens spontan zu einem Interview bereit. Daraufhin wurde ein telefonischer Termin für die kommenden Tage vereinbart. Dabei verfolgte die Forscherin das Ziel, den Frauen genügend Raum und Zeit zu bieten sich ihre Teilnahme überlegen zu können. Bei einer Zusage wurde daraufhin ein Gesprächstermin fixiert, wobei die Uhrzeit und der Interviewort von allen befragten Frauen festgelegt wurden. So fanden die Gespräche in einer für die

Interviewpartnerinnen vertrauten und natürlichen Umgebung, entweder bei ihnen zu Hause oder an einem neutral gewählten Ort, einer Cafeteria, statt.

Wie bereits erwähnt, wurden Frauen, welche im berufstätigen Alter an Brustkrebs erkrankt waren, eine Brustamputation erlitten und keinen Wiederaufbau der Brust vorgenommen haben, in die Untersuchung einbezogen. Das (berufstätige) Alter war für die vorliegende Untersuchung deshalb relevant, da vermutet werden kann, dass der Lebensrhythmus durch den Verlust der Brust und der Krebserkrankung das berufliche, familiäre sowie partnerschaftliche Leben in besonderer Weise beeinflusst. Des Weiteren wurde aufgrund der Thematik berücksichtigt, dass die Krebserkrankung und das Erleben der Amputation der Brust mindestens drei Jahre zurückliegen, um so bei der Teilnahme eine mögliche emotionale Belastung aufgrund eines neuerlichen Durchwanderns der erlebten Erfahrung potenziell niedrig zu halten.

4.7 Interviewsituation

Bereits in den ersten Interviews wurde erkennbar, welche Brisanz die erlebte Erfahrung für die Frauen darstellte. Den Weg gemeinsam mit der Forscherin zurückzugehen, bedeutete daher für Betroffenen ein hohes Maß an Courage. Der Einstieg in das Gespräch stellte für die Interviewpartnerinnen ein erneutes Durchleben ihrer Erfahrung dar. Trotz behutsamen Vorgehens und vorangegangener, detaillierter Aufklärung über das Forschungsvorhaben, war eine Ergriffenheit spürbar. Aus diesem Grund wurden die bereits geführten Interviews erneut reflektiert, die Vorgehensweise der Interviewführung wiederholt durchdacht und anschließend Änderungen unterzogen. Den Gesprächseinstieg des Interviews bildete nun nicht mehr eine direkte

eröffnende Frage zum Thema, sondern eine Zeichnung, welche die Interviewpartnerinnen über sich selbst anfertigten. Dabei entstand ein Bild, wie sich die Frauen aus heutiger Sicht beschreiben und wahrnehmen.
TeilnehmerInnen, die aufgefordert werden ein Bild über sich anzufertigen, greifen auf Wahrnehmungen, Gefühle und Erfahrungen zurück, welche im Zusammenhang mit dem eigenen Körper stehen. Das „Personenzeichnen“ ist ein projektives Verfahren, eine Technik zur Erfassung des Körperbildes. Um angefertigte Zeichnungen analysieren zu können, werden sie mithilfe definierter Methoden ausgewertet (Dolan & Birtchnell, 1999).
Das Ziel der vorliegenden Untersuchung lag jedoch zu keinem Zeitpunkt darin, das entstandene Bild einer psychologischen Auswertungsmethode zu unterziehen, sondern galt einzig als adäquate Unterstützungsmöglichkeit zum Einstieg in das Thema. Durch diese Herangehensweise gelang es, das Leben der Frauen aus aktueller Sicht zu beleuchten und sich dabei schrittweise an die erlebte Erfahrung der Teilnehmerinnen heranzutasten.

Um die vier Aspekte des Selbstkonzeptes und somit die Themenkreise für die Interviewpartnerinnen greifbarer zu gestalten, wurden diese vorab auf identische Kärtchen geschrieben und bei jedem Interview in derselben Reihenfolge rund um das gezeichnete Bild der Frauen platziert. Die Interviewpartnerinnen hatten die Möglichkeit selbstbestimmt zu entscheiden, mit welchem Baustein des Selbstkonzepts sie das Gespräch beginnen beziehungsweise weiterführen wollten. Vor Beginn der Befragung zu den determinierten Teilaspekten wurden die Interviewpartnerinnen gebeten zu beschreiben, was sie unter den jeweilig gezogenen Aspekt verstehen. Dadurch sollte das Gespräch möglichst offen bleiben und nicht durch vorgelegte Definitionen in eine Richtung gelenkt werden. Die Bausteine des Selbstkonzeptes und die angefertigte Zeichnung waren während des gesamten Gespräches für die Frauen visuell erkennbar. Dadurch konnte jederzeit auf den

jeweiligen Aspekt zurückgegriffen werden, wenn sich Interviewpartnerinnen wiederholt zu einem der bereits besprochenen Themenkreise äußern wollten. Eine Reflexion des Interviews wurde grundsätzlich am Ende des Gespräches durchgeführt. Abschließend wurden die erstgezogenen Kärtchen, die Aspekte des Selbstkonzeptes, noch einmal kurz besprochen.
Durch die korrigierte Gestaltung der Interviewführung gelang es einen behutsameren Einstieg in das Gespräch für die Teilnehmerinnen zu kreieren, das Interview dadurch und durch die vorbereiteten Kärtchen aufzulockern, um so die psychische Spannung der erlebten Erfahrung für die betroffenen Frauen, so gering wie möglich zu gestalten.

An dieser Stelle wird noch einmal erwähnt, dass alle Teilnehmerinnen vor Beginn jedes Interviews wiederholt und mündlich über ihr Recht der freiwilligen und anonymen Teilnahme aufgeklärt wurden. Außerdem wurden sie über das Vorhaben und den Grund der sprachlichen Aufzeichnung des gesamten Gespräches und über das Forschungsvorhaben informiert. Erst nach ihrer Einverständnisbekundung aller eben genannten Punkte begann das Interview.
Vor der eigentlichen Erhebung diente ein Probeinterview mit einer Teilnehmerin zur inhaltlichen und verständlichen Reflexion der formulierten Fragen. Darüber hinaus wurden während der Erhebungsphase die ersten drei geführten Interviews reflektiert und sodann entschieden, eine Änderungen des Gesprächseinstieges für die weiteren Interviews vorzunehmen. Daraufhin erfolgte erneut ein Probeinterview.

Im Rahmen der Diplomarbeit konnten insgesamt zwölf Interviews mit betroffenen Frauen durchgeführt werden. Zwei Interviews mussten jedoch aus der Untersuchung gestrichen werden, da trotz Vorinformation erst im Gespräch transparent wurde, dass bereits ein Wiederaufbau der Brust erfolgt

war. Die Gesprächsdauer der geführten Interviews lag individuell zwischen 40 und 120 Minuten. Im Anschluss des jeweilig geführten Gespräches wurden Feldnotizen als Gedächtnisstütze angefertigt, bei denen zusätzliche wichtige Details aus der Interviewsituation festgehalten wurden. Der Ablauf der Erhebungsphase vollzog sich von Juli bis Oktober 2010.

Es folgt eine namentlich anonymisierte Übersicht jener Interviewpartnerinnen, welche bei der Untersuchung teilgenommen haben. Anschließend werden nach Absprache, die entstandenen Bilder (ohne Reihung) eingearbeitet.

Teilnehmerinnen und Dauer der Interviews	Alter bei Amputation und Jahre seither	Familienstand	Beruf
IP 1/ 59 min	46/10	verheiratet Kinder	Hausfrau
IP 2/ 63 min	47/13	verheiratet Kinder	Arbeiterin
IP 3/ 54 min	48/28	verheiratet Kinder	Keine Angaben
IP 4/ 42 min	48/10	verheiratet	Bürokauffrau
IP 5/ 100 min	52/17	verheiratet Kinder	Angestellte
IP 6 / 51 min	50/22	verheiratet Kinder	Bürokauffrau
IP 7 / 63 min	42/5	verheiratet Kinder	Einzelhandels-kauffrau
IP 8 / 52 min	52/16	alleinstehend Kinder	Pflegehelferin
IP 9 / 117 min	44/3	alleinstehend Kinder	Pflegehelferin
IP10 / 80 min	40/21	verheiratet Kinder	Hausfrau

Abb. 1: Teilnehmerinnen der empirischen Untersuchung

Abb. 2: Zeichnungen der Interviewpartnerinnen

5 ERGEBNISDARSTELLUNG

Die Forschungsergebnisse der vorliegenden Untersuchung werden aktuell in diesem Kapitel offengelegt, ausführlich beschrieben und durch Orginalzitate der Studienteilnehmerinnen untermauert. Zunächst eröffnen jedoch die Kategorien, welche sich aufgrund der qualitativen Gespräche und anhand der Auswertungsmethode ergaben, die Ergebnisdarstellung:

Trauer und stille Frustration

- Der Blick in den Spiegel
- Minderung der Weiblichkeit
- Verlust des Selbstwertgefühls
- Gefühlte Stigmatisierung

Versehrtheit des Körpers

- Funktionalität – wenn der Körper körperlich kaum kann
- Aussehen – wenn der Körper reflektiert
    - Sexualität
    - Narben
    - Gewicht

Entwicklung innerer Stärke

- (Über)Leben durch Brustamputation
- Kampf zurück in die Normalität
- Verhaltensneuorientierung

Leben und das Leben erleben

- Für sich da sein
- Für jemanden da sein
- Etwas zurückbekommen

Angst als unsichtbarer Begleiter

- Angst vor Rezidiv
- Angst vor den Kontrolluntersuchungen
- Ungewissheit

Zeit heilt Wunden zurück bleiben Narben

Abb. 3: Ergebniskategorien

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Bedeutung des Erlebens einer Brustamputation, wie sich diese Erfahrung auf das Selbstkonzept betroffener Frauen auswirkt, herauszufinden. Hauptaugenmerk des Erkenntnisinteresses liegt dabei auf der Zeit nach der Amputation. Da jedoch die Selbstverständlichkeit des Lebens bereits mit der Diagnose zur massiven Herausforderung wird, ist es im Sinne des besseren Verständnisses unabdingbar aufzuzeigen, welche Bedeutung die Konfrontation der Brustkrebserkrankung für die betroffenen Frauen darstellt. Mit der Diagnosestellung treten die Frauen in eine fremde Wirklichkeit ein, in einen veränderten Daseins - Zustand ihres bisherigen Lebens. Dabei nimmt die Mitteilung der Brustamputation in sich noch einmal eine eigene Dimension an.

Krebs und Brustamputation – Konfrontation mit der fremden Wirklichkeit

Plötzlich ist da etwas in der Brust, das sich nicht sofort definieren lässt. Ein Knoten, der nicht zum Körper gehört, nicht in die Realität des geführten Lebens passt. Die Auseinandersetzung, dass sich diese Fremdartigkeit im Körper der betroffenen Frauen befindet und Gestalt annehmen könnte, stellt eine Zerrissenheit und einen unerträglichen Konflikt der Gefühle dar:

„…hab gespürt wie mir das Blut in den Kopf geschossen ist. Momentan so – woah … links ist ein Knoten (,) ein dicker Knoten und genau unter der Brustwarze (,) mein Herz hat dann so laut geschlagen…“ (IP10/25-28)

„…ich hab jede Woche die Brust abgetastet. Beide (,) damit du sagen kannst (,) ok (,) wenn irgendwie eine Veränderung da ist (,) damit man die gleich merkt. Ich hab nie was gemerkt. Ich hab auch am Vortag nix gemerkt. Ich bin tags darauf unter die Dusche gegangen und fahr mit der Hand so wie´s halt beim Duschen ist, die Brust entlang und dann hab ich da über der Brust einen richtig harten Strang gehabt. Dann (,) ist bei mir einmal alles zusammen

stehen geblieben. Im Kopf hat´s gekreist ich hab mir gedacht: ` Nicht das (,) bitte nicht das´…" (IP9/4-10)

Besonders die Phase zwischen dem Entdecken des Knotens bis zur endgültigen Gewissheit wird als zermürbende Zeitlosigkeit beschrieben:

„…das Warten (,) nit genau zu wissen, was es ist (,) i glaub das ist das Schlimmste g´wesen…" (IP4/338-339)

Die Zeit des Ausharrens ist vorbei, es folgt die Befundbesprechung und mit ihr ein Bruch, der das geführte Leben, mit einigen unausweichlichen Worten verändert und die Frauen in einen bodenlosen Schockzustand versetzt:

„…ein Tumor (,) hochgradig positiv. Dann war alles aus … ein schwarzes Loch ich bin nur gefallen (,) gefallen (,) gefallen…" (IP9/26-27)

„…das war eigentlich für mi a Riesen Schock…" (IP8/5)

„… für mi ist einfach die ganze Welt zusammengebrochen…" (IP3/48-49)

An Brustkrebs erkrankt - selbst eine Betroffene zu sein - ist für die Frauen kaum realisierbar. Ein Schock, der sich mit der massiven Aussage der Brustamputation um ein Vielfaches manifestiert und sie an den Rand ihrer Vorstellungskraft zwingt:

„…es war die Diagnose damals für mi der Hammer (,) ist ganz klar. Und mir hat die Ärztin gesagt, dass aufgrund der Größe des Tumors die Brust amputiert werden muss… Das bekommst du gar nit in den Kopf hinein…" (IP4/122-124)

Die eigene Brust zu verlieren, dies erreicht eine Dimension der Bedrohung, die mit Schutz der eigenen Persönlichkeit und des Körpers quittiert und häufig im Augenblick der Nachricht immens verteidigt wird:

„… `Frau X Sie wissen eh, dass bei Ihnen die ganze Brust genommen wird´. Das war wie ein Faustschlag (,) ich hab gedacht (,) dass ich dort umkippe. Ich bin aufgestanden, hab die Ärztin angeschaut und gesagt: ` Ich sag Ihnen nur eines (,) richten´s mir die Papiere zusammen, ich fahr nach Hause (,) ich lass mich nicht operieren! ´ Ich sagte: `Das ist meine Brust! ´…" (IP9/124-128)

Die Diagnose und die Nachricht des Verlustes der Brust versetzt die Frauen in eine Ausnahmesituation. In dieser Situation sind sie dennoch gefordert möglichst rasch eine Entscheidung zu treffen. Wurde diese gefällt, so stellt der Tag vor der Operation den letzten Tag der Selbstverständlichkeit des eigenen Körpers dar. Eine Interviewpartnerin besiegelt die Stunden vor der Amputation mit einem Verabschiedungsritual ihrer Brust:

„…i hab sie gestreichelt und am letzten Tag vor der OP hab i mi geduscht und zu ihr gesagt: `Pfiat di (,) du musst gehen, du bist krank (,) jetzt brauch i di nimmer. Du hast deinen Sinn erfüllt (,) du hast meine Kinder ernährt (,) aber jetzt brauch i di nimmer. Du bist jetzt krank (,) es tut mir leid (,) aber du musst jetzt gehen ´…" (IP10/346-350)

Meist bleibt jedoch vor der Operation nur wenig Zeit um zu realisieren, was eigentlich passiert. Die Auseinandersetzung mit der Krankheit und der daraus resultierenden Amputation wird erstmalig in ihren Facetten im Krankenhaus transparent:

„…zuerst einmal war da der Schmerz…" (IP1/160)

„…die Zeit in der ich noch im Krankenhaus war (,) diese Zeit war schon sehr schlimm. Ahm (,) bis man einmal realisiert (,) was da eigentlich passiert (,) irgendwo (,) hast du das Gefühl (,) dass das Leben jetzt vorbei ist…" (IP6/42-45)

5.1 Trauer und stille Frustration

Der eigene Körper, der bisher zur Selbstverständlichkeit des Lebens gehörte, Fundament der äußeren Erscheinung darstellte und einen wesentlichen Teil des Selbstkonzeptes repräsentierte, wandelt sich angesichts der Amputation zum unbekannten Leib. Die Tatsache, dass die Brust amputiert, für immer weg ist, und nun eine Auseinandersetzung mit dem fremden Körper erzwingt, dass das neue Ich beginnen soll, stellt für betroffene Frauen eine Herausforderung und Überwindung in mehrfacher Hinsicht dar.

5.1.1 Der Blick in den Spiegel

Sich das erste Mal nach dem Eingriff zu betrachten, zeigt eine bewusste Spiegelung des veränderten Körpers, dem Ich und den daraus resultierenden Emotionen:

„…i hab einen großen Spiegel im Bad (,) und da hab i mi gesehen wenn i mi ausgezogen hab. Das hab i nit verkraftet. Da sind mir immer die Tränen herunter geronnen..." (IP7/61-64)

„…du siehst, wie nackt du bis ganz unten bist, weil nix mehr da is (,) das is schon schiach nachher..." (IP1/129-131)

Der veränderte Leib löst einen Schock aus, das eigene Spiegelbild wird als Fremdartigkeit empfunden:

„…es war ein Alien da drinnen im Spiegel, wenn ich mich angeschaut hab…" (IP9/75)

Die Amputation kann strengsten Falls zu einer bewussten Verdrängung, einer Vermeidung der Betrachtung des nackten Körpers, speziell in der ersten Zeit nach dem Brustverlust, führen:

„…ich hab es so lange wie möglich vermieden mich anzuschaun. Wenn ich mich geduscht hab (,) hab ich mich zwar geduscht, ich hab mir über die Narbe gewaschen hab mich abgetrocknet (,) aber ich konnte nicht hinunterschaun..." (IP9/639-643)

Oftmals ist es nur mithilfe der Prothese möglich den veränderten Leib anzusehen:

„…vor dem Spiegel darfst du nit hintreten. Das verkraftest du dann am wenigsten (,) das geht nit. Nur wenn die Prothese oben is. Freilich du weißt, dass die Brust weg ist. Aber trotzdem is es anders, wenn die Prothese oben is (,) als wenn du so vor dem Spiegel stehst und es geht grad hinunter…" (IP1/326-330)

Doch je länger das Geschehene zurückliegt, desto leichter fällt es den Frauen dem Spiegel der veränderten Körperlichkeit zu begegnen:

„…der Blick in den Spiegel (,) der war anfangs schon fremd (,) aber du musst di halt arrangieren damit… Du musst jo leben damit…" (IP5/372-374)

„…wenn i heut vorm Spiegel steh, dann tut mir das nimmer so weh wie früher...“ (IP1/330-331)

Dennoch erfordert der Brustverlust einen Trauerprozess. Nur allmählich verringert sich der Schmerz der Erfahrung:

„…es is wie bei einem Trauerfall (,) es nimmt halt ab mit der Zeit. Und so is es bei der Brust a. Mit der Zeit (,) du musst (,) es is nit anders (,) aus pasta. Es wird nimmer anders. Es is bei einem Verstorbenen a so. Er kommt nimmer zurück (,) du musst di abfinden damit. Obwohl es sehr schwer is…“ (IP1/331-334)

5.1.2 Minderung der Weiblichkeit

Die weibliche Brust gilt seit Urzeiten als Ausdruck der Mütterlichkeit, aber auch als Inbegriff der Weiblichkeit, des sexuellen Reizes und der Verführung. Eine Brustamputation steht daher im völligen Gegensatz zu dem, was aus anatomischer- und gesellschaftlicher Sicht von einem „vollwertigen“ weiblichen Körper vorausgesetzt wird. Betroffene Frauen fürchten um ihr äußeres Erscheinungsbild, um ihre Femininität, sie fühlen durch diesen Eingriff eine Minderung ihrer Weiblichkeit:

„…die Weiblichkeit (…) bei einem schönen Körper da gehört auch eine Brust dazu. Gehören beide Brüste dazu…“ (IP6/51-52)

Interviewpartnerinnen berichten über die persönliche Bedeutung ihrer Brüste vor der Operation. Sie waren stolz darauf, bezeichnen die Brust als Schmuckstück des Körpers und erzählen, wie sich die Reduktion auf eine Brust anfühlt:

„…i war immer stolz auf die Brust. I hab a große Brust ghabt (,) da war i stolz darauf. Und deshalb war das für mi niederschmetternd (,) als die weggenommen wurde. Das ist für a Frau (,) a Eingriff (,) a gewaltiger…" (IP7/153-155)

„…die Brust ist eigentlich das Schmuckstück einer Frau (,) und dieses wird dir quasi weggeschnitten…" (IP9/141-142)

Für die Frauen wird die individuelle Bedeutung der äußeren Weiblichkeit durch den Verlust einer Brust und andererseits durch den Gedanken, mit nur einer Brust zu leben, stark erschüttert:

„…nicht, dass i Depressionen bekommen hätte, aber einfach damit einmal leben müssen, dass da eine Brust weg ist. Die Weiblichkeit ist einfach (,) wie soll i sagen (,) gestört dadurch…" (IP2/376-378)

Hinzu kommt, dass durch die Amputation der gesamten Brust gewisse feminine Kleidungsstücke plötzlich nicht mehr passen und so wiederum das äußere Erscheinungsbild in Frage gestellt wird. So keimt eine neue Traurigkeit auf:

„…am Anfang, wenn i ferngesehen hab und Frauen mit schönen BHs gesehen hab (,) bin i raus gegangen und hab geweint. Weil i mir gedacht hab: „So jetzt kannst du das nicht mehr tragen..." (IP2/32-24)

Gerade der Sommer, der auch die Möglichkeit bietet, sich betont weiblich zu kleiden, wird mit einem Schlag zu einer neuen Herausforderung:

„…es ist der Sommer kommen und wenn i über den Hauptplatz gegangen bin und die Kleider g´sehen hab, die so ausgeschnitten waren (,) das war ganz schlimm zu sehen. I hab dann meinen Kleiderkasten aufgrissen und hab alle

Kleider mit Ausschnitt und sogar T-Shirt mit Ausschnitt (,) i hab sie alle weggeschmissen. Weil das konnt i nimmer anziehen (,) und das konnt i auch nimmer anziehen (,) weil alles mit einem Ausschnitt war. Und dann hab i natürlich wieder los g´weint..." (IP10/581-587)

5.1.3 Verlust des Selbstwertgefühles

Bedingt durch den Verlust der Brust und der Minderung der Weiblichkeit sprechen Frauen von einem Verlust ihres Selbstwertgefühles. Bereits mit dem Erwachen aus der Narkose dringt die veränderte Realität in ihr Bewusstsein. Spätestens beim ersten Verbandswechsel wird die Konfrontation mit ihrem Körper unausweichlich. Die Betroffenen berichten, dass die Erfahrung der abrupten Veränderung ihres Leibes sie zutiefst bestürzt und ihre Erscheinung verändert habe, und dass das Gefühl für die eigenen Wertigkeit stark erschüttert wird:

„...mein Selbstwertgefühl (,) hat sehr darunter gelitten (,) muss ich schon sagen (,) der Verlust der Brust (,) bringt einen Verlust des Selbstwertgefühles mit sich, das hab ich sehr stark gespürt..." (IP6/38-42)

„...es ist ja ein Einschnitt in deinem Leben und für deinen Körper. Nicht nur für den Körper, auch für den Geist sehr stark. Man leidet schon in allem darunter, dass man einfach anders ist als man gewesen ist..." (IP2/429-432)

In dieser aktuellen Situation im Umgang mit dem Fremdheitsgefühl der Körperlichkeit, wird deutlich, wie sich der Wert für das eigene Selbst verändert und welchen gravierenden Ausdruck dieser annehmen kann:

„...für mich ist das (,) ich weiß es nicht (,) du bist irgendwie ein Krüppel..." (IP9/462-463)

Die Wandlung vom bekannten zum fremden Leib, wird von den Betroffenen folgend interpretiert:

„…man is halt ka vollwertiger Mensch mehr…“ (IP7/64)

5.1.4 Gefühlte Stigmatisierung

Während Frauen um ihr Selbstwertgefühl kämpfen, hilft ihnen das Tragen einer Brustprothese einen Teil ihrer verlorenen Selbstsicherheit zumindest äußerlich wiederzufinden, denn Prothesen erfüllen auch die Aufgabe, gesellschaftliche Wertvorstellungen eines unversehrten Körpers nach außen hin zu repräsentieren. Die Brustamputation bleibt so in sich verborgen, möglichst unsichtbar für die Gesellschaft, um sich vor neugierigen Augen zu schützen. Dies trifft besonders in der ersten Zeit nach der Amputation zu. Denn gerade in dieser Phase fühlen sich Frauen den ahnenden und erkennbaren Blicken ihrer Mitmenschen ausgesetzt:

„…weil man einfach glaubt, a jeder sieht´s und a jeder schaut hin (,) und weiß es…“ (IP3/183-184)

Hinzu kommt, dass durch den Brustverlust anfangs Bäder oder Saunabesuche weitestgehend gemieden werden:

„…die ersten zwei Jahre sind wir in keine Therme gefahren. Weil i einfach das Gefühl hatte (,) jeder der mir entgegen kommt (,) egal ob Mann oder Frau (,) schaut mi so arg an...“ (IP4/109-111)

Wenn sich Betroffene überwinden öffentliche Bäder aufzusuchen, so ist der Körper erstmals nur durch Badebekleidung vor fremden Augen geschützt. Das bedeutet zwar, dass durch das Tragen der Brustprothese der Körper nach

außen unversehrt wirkt, jedoch bei den Frauen ein Gefühl der Unsicherheit und der Scham auslöst:

„ ...schwimmen oder in die Sauna gehen, das mag i jetzt nicht mehr so gern. Weils (,) viel umständlicher gworden ist (,) wegen der Prohtese. Die verrutscht immer im Badeanzug (,) da musst aufpassen, dass die Leut dich dann nicht angaffen (,) das ist peinlich…" (IP8/292-294)

Unsicherheit, Trauer, Wut und ein Sich-Ausgegrenzt-Fühlen wird auch durch bewusste und neugierige Äußerungen der Mitmenschen erzeugt und erschwert zusätzlich das Erlebte zu bewältigen. Vor allem durch sensationshungrige Menschen, die ohne Rücksicht auf Gefühle der Betroffenen agieren:

„ ...i komm aus einem Dorf (,) dort kannst du das nicht verheimlichen, dass du eine Krebsoperation hattest. Da haben mich danach die Leute gefragt: `Jo Frau X jetzt schaun´s aber eh wieder gut aus. Die Leut haben gesagt (,) Sie werden bald sterben´. Dabei ist mir oft alles hinuntergefallen. Das haben Menschen gesagt, die mich nicht gut gekannt haben (,) die mich sonst nie ansprechen. Dann bin i schon wo anders zum Friseur gegangen nur damit mich keiner fragen kann. Weil, das hat so weh getan diese Rederei…" (IP2/171-177)

Der Kontakt zu außenstehenden Personen wird daher weitestgehend gemieden. Außerdem berichten Frauen, dass es einer enormen Überwindungskraft bedarf, das eigene Haus zu verlassen und sich im öffentlichen Raum zu bewegen. Begründet ist dies auch deshalb, weil es durch die Krankheit und die damit verbundene Einnahme von Medikamenten zu Begleiterscheinungen, wie Gewichtsschwankung, kommen kann. Das wiederum bedeutet eine zusätzliche Herausforderung im Umgang mit dem eigenen Körper, da nun die Veränderung des Leibes auch nach außen

deutlicher sichtbar wird, vor den Augen der Mitmenschen nicht verborgen bleiben kann. Demnach bewirkt dies bei den Frauen ferner ein Gefühl unter Beobachtung zu stehen und marginalisiert zu sein:

„ …wenn ich dann hör, wie die Leute oft sagen: `Woah, was ist denn mit der X los? Es gibt nur zwei Möglichkeiten, entweder sie säuft, oder sie ist krank. ´ Und wenn man dann durch die Stadt geht und (,) sie einem nachschauen, kommt´s mir vor (,) als ob sie mich aufsaugen wollen…" (IP9/604-607)

Zusammenfassung

Die Diagnose Brustkrebs stellt ein einschneidendes und schockierendes Erleben für jede betroffene Frau dar. Die Bedrohung der Krankheit wird mit all ihren Facetten widergespiegelt, wenn es medizinisch keinen anderen Ausweg gibt als die Brust zu amputieren. Aus der Literatur ist bereits bekannt, dass eine Brustoperation eine körperliche Veränderung bewirkt (Marquard, Biedermann, 2008). Jedoch wirkt sich die Amputation eines Organes, insbesondere der weiblichen Brust, nicht ausschließlich auf das Körperbild aus. Denn die Brust ist dicht mit dem Gefühlsleben einer Frau verworren (Dawson, 1999). Deshalb bedeutet ein Verlust der Brust auch eine Auswirkung auf weitere Aspekte des Selbstkonzeptes. Besonders deutlich wird dies kurz nach der Amputation. In dieser Zeit ist der Schock der veränderten Körperlichkeit besonders spürbar. Den Frauen gelingt es kaum ihr Spiegelbild zu betrachten. Ihr eigenes „Ich" wird als fremdartig empfunden. Hinzu kommt, dass die betroffenen Frauen durch den Brustverlust ihre eigene Weiblichkeit in Frage stellen. Es besteht eine Gefahr, dass das stabile Gefühl für den eigenen Wert verloren geht. Gödtel (1993) verdeutlicht sogar, dass kein anderer Körperteil so bedeutsam für das Selbstwertgefühl einer Frau ist wie ihre Brust. Untermauert wird diese Aussage von den

Interviewpartnerinnen. Sie berichten, dass sich eine Brustamputation in gravierender Weise auf ihr Selbstwertgefühl auswirkt und ausgewirkt hat. Sie haben den Eindruck sich selbst nicht mehr als vollwertigen Menschen bezeichnen zu können. Zudem fühlen sie sich in der ersten Zeit nach der Amputation unsicher und den ahnenden Blicken der Gesellschaft ausgesetzt. Wie bereits erwähnt werden bestimmte Örtlichkeiten wie Schwimmbäder anfangs gemieden. Das eigene Haus zu verlassen, stellt zudem eine Überwindungskraft der Gefühle dar, denn Unsicherheit, Trauer, ein Sich-Ausgegrenzt-Fühlen und auch Wut bestimmen diesen zutiefst subjektiven Zustand in einem gewissen Zeitraum.

5.2 Versehrtheit des Körpers

Die Amputation der Brust ist ein schwerwiegender Eingriff, der das Körperbild der betroffenen Frauen massiv verändert. Die unausweichlich notwendige Operation führt zur ungeahnten Komplexität der alltäglichen Abläufe. Denn einerseits ist die Funktionalität des Körpers eingeschränkt, weshalb physische Arbeiten nur erschwert verrichtet werden können und andererseits beeinflusst der Verlust der Brust das Gefühlsleben der Frau. Sexuelle Bedürfnisse oder die Nähe eines Partners stellen eine besondere Herausforderung dar.

5.2.1 Funktionalität – wenn der Körper körperlich kaum kann

Besonders kurz nach der Amputation ist es Frauen kaum möglich, alltägliche Arbeiten, die vor dem Eingriff als selbstverständlich angesehen und durchgeführt wurden, zu bewältigen. Desweiteren ist die körperliche Energie

durch die Strapazen der Operation und oftmals durch die erforderliche Nachbehandlung stark vermindert:

„…ich musste zu Mittag schlafen gehen für kurze Zeit. I hab einfach die Kraft nicht gehabt, den ganzen Tag durchzustehen. Und das ist halt auch was einen anfangs zu schaffen macht…" (IP2/267-269)

Eine radikale Amputation der Brust beinhaltet meistens auch eine Entfernung der Lymphknoten in der Nähe des Tumors. Denn diese können durch eine Krebserkrankung von Tumorzellen befallen sein. Um die Gefahr zu verringern, dass sich Krebszellen weiter über das Lymphsystem im gesamten Organismus verbreiten, werden einzelne Knoten entfernt. Bei Brustkrebsoperationen wird beispielsweise der Wächterlymphknoten aus der Achselhöhle entnommen. Ist dieser von Metastasen befallen, müssen weitere Lymphknoten entfernt werden. Durch das Entnehmen vieler Knoten werden Lymphwege unterbrochen, ein Abtransport der Lymphflüssigkeit wird erschwert und begünstigt so Stauungen. Infolgedessen kann sich ein Lymphödem entwickeln und eine Schwellung des operierten Armes hervorrufen. Zusätzlich verursacht die Lymphentfernung meist anhaltende Schmerzen und eine Minderung der Funktionstüchtigkeit des Armes. Die Einschränkung der Selbstständigkeit bei den Erledigungen des Haushaltes stellt gerade am Anfang die gewohnte Rolle innerhalb der Familie und wiederum das Selbstwertgefühl in Frage:

„…ich konnte nix arbeiten (,) weil mit der operierten Hand (,) kannst ja nix machen…" (IP5/193-194)

„…ich bin zuerst mit meiner Hand nicht hinauf gekommen (,) ich hab nicht Wäsche aufhängen können, ich hab gar nix können…" (IP2/130-132)

Im Laufe der Zeit reduzieren sich anfänglich physische Probleme ein wenig. Sie werden in das Selbstkonzept integriert und fördern somit die Selbstsicherheit der Frauen:

„…mit der Zeit bekommt man körperlich wieder Energie (,) man wird wieder stärker und dadurch wird man auch wieder selbstsicherer…“ (IP2/269-271)

Dennoch verursacht das Fehlen der Lymphknoten auch Jahre nach dem Eingriff eine Bewegungseinschränkung. Schmerzen und rasche Ermüdung des operierten Armes sind die Folge. Gerade bei körperlichen Tätigkeiten wird dies deutlich spürbar:

„…ich habe heute noch Schwierigkeiten mit meiner Hand. Wenn i Fenster putz (,) ist die Hand fertig (,) oder alles, was zum Greifen ist (,) das sind schon Probleme mit der Hand…“ (IP4/220-222)

„…oder Tisch abwischen oder bügeln, das ist ganz schlimm. Das Bügeln. Das tut heute noch weh … also überall, wo man sich strecken muss (,) das ist ganz schlimm…“ (IP10/695-697)

Auch Hobbys, welche eine Anstrengung der Arme bedeuten, können nicht mehr ausgeübt werden:

„…früher bin i zum Ringturnen gegangen (,) da hab i mi auf den Ringen hängen lassen und schwingen können (,) das hab i gern gemacht (,) jetzt kann i mi nimmer oben halten (,) die Kraft ist einfach nimmer da (,) und dann tut mir die Hand oft sehr weh…“ (IP10/670-673)

„…ich arbeite so gerne im Garten (,) das geht nimmer … weil´s mir nit gut tut. Erstens hast keine Kraft in der Hand und die Hand schwillt dir an…“ (IP1/316-321)

Deshalb achten Betroffene seit ihrer Operation darauf, ihren Arm nicht zu stark zu strapazieren, ihn nach Möglichkeit zu schonen. Im Alltag ist das nicht immer einfach. Eine Überbeanspruchung oder Verletzung würde jedoch die Bildung eines Lymphödems begünstigen:

„ …ich darf mit der Hand nix mehr tun weder impfen noch Blutdruck messen (,) nichts mehr. Oder auch wegen der Verletzungsgefahr (,) soll i keine Kakteen oder Rosen haben (,) soll halt nix angreifen. Und beim Geschirr waschen, nicht ins heiße Wasser greifen (,) nicht in die Sauna gehen oder mi schneiden (,) das kann alles wieder einen Lymphstau produzieren…" (IP10/228-233)

Alle Befragten berichten über Beschwerden, welche sie durch die Lymphknotenentfernung erfahren haben und welche noch heute ihr Leben partiell bestimmen. Die Frage nach medizinischen Möglichkeiten zur Verbesserung der Armbewegung und Schmerzverminderung wird laut:

„ …was eigentlich die Medizin viel zu wenig beachtet (,) sind die Beschwerden die man da hat (,) bezüglich der Lymphe. Dadurch, dass die Lymphe nimmer vorhanden sind (,) spüre ich das nach 22 Jahren immer noch. Es ist das bambstige Gefühl (,) manchmal spürt man einen Schmerz drinnen (,) und manchmal ist dieser Schmerz wie (,) wenn mit einem Messer geschnitten werden würde (,) so ein stechender Schmerz. Das hab ich heute noch. Jetzt denk ich mir: `Die Medizin kann so vieles und die Medizin kann wirklich Wunder vollbringen (,) ob man sich nicht da auch Gedanken machen könnte (,) um da was dagegen zu finden…" (IP6/159-164)

Durch körperliche Einschränkungen, Schwäche und Schmerzen im Arm werden Frauen immer wieder an ihre Krankheit, die Amputation ihrer Brust und deren Auswirkung auf ihr Leben erinnert. Dies führt abermals zu

Traurigkeit und stiller Frustration und stellt wiederholt die eigene Wertigkeit und die des Körpers in Frage:

„ …Früher hab i ja den Nudelteig leicht ausgerollt und heut werd ich gleich müd. Allgemein wird man schneller müd (,) überhaupt was die Hand betrifft. Du wirst halt daran erinnert, dass du nur mehr a halbe Kraft hast (,) a halbe Frau bist und bleibst (,) das merkst du durch die Bewegungen (,) die dir als Frau früher leicht von der Hand gegangen sind…" (IP8/252-257)

5.2.2 Aussehen – wenn der Körper reflektiert

Die Brust unterstreicht, wie kein anderer Körperteil, die Weiblichkeit einer Frau. Eine notwendige Amputation kann daher erhebliche Verletzungen des Selbstkonzeptes hervorrufen, denn die Brust ist auch das Organ, das dicht mit dem Gefühlsleben der Frauen in Verbindung steht (Dawson, 1999).
Hormonelle Störungen, frühzeitige Menopause und Gewichtsschwankungen sind wahrscheinliche Begleiterscheinungen der Brustkrebstherapie. Neben der Exzision der Brust sind sie potentielle Parameter, die die sexuelle Intimität verringern können und außerdem das Selbstbild der Betroffenen zusätzlich ungünstig beeinflussen.

5.2.2.1 Sexualität

Natürlich lässt sich Liebe und Sexualität nicht bloß an bestimmten Körperteilen definieren. Dennoch drängen sich durch das veränderte Aussehen des Körpers, Fragen zur weiblichen Attraktivität auf und erschweren den sonst so selbstverständlichen Umgang zwischen den Partnern:

„ …also i hab mich direkt geschämt (,) mich vor meinem Mann auszuziehen. I wollt nicht (,) dass er das sieht. Er muss das nicht sehen (,) er soll das nicht sehen. Wenn er dann beim Schlafen so zu mir zum Rücken gekuschelt ist hat er

die Hand so darüber gelegt (,) und (,) genau auf der Seite war nix mehr (,) also keine Brust … das hat mir so einen Stich gegeben (,) i wollt nimmer, dass er mich berührt…" (IP10/607-613)

Die Nähe des Partners wird besonders kurz nach der Operation, in der Zeit in der die Veränderung des Körpers für die Frauen psychisch sehr belastend ist, als unangenehmes Erleben empfunden:

„…i wollt nicht, dass er mich nur mit einer Brust sieht, obwohl wir offen miteinander umgegangen sind. Wenn er ins Bad gekommen ist und i die Prothese nicht oben hatte (,) hab i geschwind die Hand über die Narbe gelegt. Einfach nur verstecken (,) dass er das nicht sieht wie i jetzt ausschau (…) reagiert der Körper da so ich weiß es nicht. Dass i einfach anders geworden bin (,) ich weiß es nicht. Und das hat schon a Zeitlang gebraucht, muss i sagen bis i das wieder abgelebt hab… " (IP2/421-428)

Dieses Gefühl relativiert sich jedoch im Laufe der Zeit:

„… wenn mei Mann mi anfangs berührte, da hab i genau aufgepasst `Wie tut er? ´ (,) `Sagt er etwas? ´(,) Weil es ist schon komisch, wenn keine Brust da ist (…) aber mit der Zeit hat sich das alles normalisiert…" (IP4/253-255)

„… voll Stolz hab i ihm dann meine neue Prothese präsentiert…" (IP2/421-428)

Selbst wenn Frauen Berührungen des Partners wieder als angenehm empfinden können, bedeutet das nicht, dass es ihnen nun leichter fällt, ihren Körper zu zeigen und zu präsentieren:

„…man hat Hemmungen (,) i zieht mi nimmer so leicht aus … i will mi auch von keinem Mann mehr massieren lassen…" (IP4/71-74)

„…was i nit mag sind die Untersuchungen bei denen man sich ausziehen muss. Das ist mir immer noch unangenehm. Und das ist es halt, wenn man irgendwo um eine Kur ansucht (,) natürlich auch bei den Kontrolluntersuchungen…" (IP3/164-166)

Auch andere Bereiche der Sexualität werden von den Interviewpartnerinnen heute noch als belastend empfunden. Durch das Ausbleiben der Menstruation, bedingt durch die Therapie, ist es vielen Frauen nicht mehr möglich, schwanger zu werden. Selbst wenn kein Kinderwunsch besteht, fühlen sich die Betroffenen durch den frühzeitigen Eintritt des Klimakteriums dieser Möglichkeit beraubt:

„…am Anfang als i die Bestrahlung bekommen hab, is die Monatsblutung ausgeblieben, da bin i schon in den Wechsel gekommen und das stört mi heut noch. Das is eigentlich schon schlimm…" (IP1/301-304)

5.2.2.2 Narben

Eine Amputation hinterlässt immer Narben, sichtbar und manchmal weniger erkennbar. Je nach körperlicher Beschaffenheit und Geschick des Operateurs bestimmen sie nachhaltig das Aussehen des operierten Brustbereiches. Je kleiner und unauffälliger das Wundmal, desto leichter fällt es Frauen es zu akzeptieren. Hypertrophe Narben hingegen neigen zu einer Art Wulstbildung, welche Verhärtungen begünstigen. Sie sind sichtbar auffällige Narben und stellen zudem einen ungebetenen permanenten Beweis des Erlebten dar. Durch ihre Ausprägung wird das alltägliche Tragen von komfortablen Prothesen erschwert:

„…i hab bestimmt 15 Jahre lang fest geschmiert, damit die Narbe a bissl zurück geht. Die war wie ein Strick, so fest war die (…) und deshalb ist es mit der selbstklebenden Prothese auch a bissl schwer…" (IP3/131-138)

Die Narbe, beziehungsweise der operierte Brustbereich, stellt für die Interviewpartnerinnen ein totes Gebiet ihres Leibes dar. Nerven wurden bei der Amputation durchtrennt und so ist es den Frauen unmöglich jenen Bereich ihres Körpers zu (be)fühlen, welcher vor dem Eingriff durch ihre Brust geziert wurde:

„…bei der Brustnarbe ist alles tot (,) da hab i ja überhaupt kein Gefühl mehr…" (IP7/125-127)

„…der ganze linke Brustbereich ist tot. Dadurch das die Brust abgeschnitten (,) die Nerven durchtrennt sind ist ja alles tot…" (IP10/203-204)

5.2.2.3 Gewicht

Die Nebenerscheinungen der Chemotherapie reichen von Haarausfall, Übelkeit und Erbrechen, Schleimhautentzündungen, Blutungen bis hin zu Fatigue. Während der Chemotherapie leiden besonders viele Frauen unter Appetitlosigkeit. Um der Übelkeit und dem Erbrechen entgegenzusteuern, sowie die Appetitlosigkeit zu unterbinden wird unter anderem Kortison bei der Therapie verwendet. Dies führt meist zu erheblicher Gewichtszunahme und stellt das Selbstbild der Frauen erneut auf den Prüfstand:

„…die Gewichtszunahme, die Wasseransammlung (…) ich hab 15kg zugenommen, was für mich auch ein irrsinniges Problem war. Weil ich mir gedacht hab: `Bitte gar schön, wie schaust du jetzt aus!´ Ich hab in der Früh nicht einmal mehr aus den Augen gesehen (,) so zugeschwollen waren die. Wie ein Rollmops (,) wie aufgeschwemmt…" (IP9/66-74)

Dennoch kämpfen die Frauen um den ungewohnten Körper nun in ihr Leben zu integrieren. Gleichzeitig versuchen sie ihr Gewicht wieder unter Kontrolle zu bringen, um ein Stück Selbstwert und ein positives Körperleben

wiederzuerlangen. Das ist ein physischer wie psychischer Kraftakt, der Rückschläge miteinschließt:

„…die Herausforderung nach der OP war für mich (…) dass ich vielleicht wieder ein normaler Mensch werde (,) eben mit dem Gewicht (,) was mich jetzt noch plagt. Ich habe 15kg zugenommen (,) ich hab inzwischen 7 bis 8 kg abgenommen (,) aber trotzdem fühl ich mich noch unglücklich...“ (IP9/600-604)

Das eben angeführte Beispiel zeigt, dass die erlebte Verletzung durch den veränderten Körper reflektiert wird. Dies bedeutet auch, dass ein innerer Prozess des Sich Aufbäumens beginnt.

Zusammenfassung

Körperliche Beschwerden nach Brustverlust führen dazu, dass physische Erledigungen des täglichen Lebens zu einer Herausforderung werden. Denn sie bestehen nicht nur unmittelbar nach der Amputation, sondern stellen auch Jahre danach eine tägliche Begleiterscheinung des Erlebten dar. Insbesondere die Entfernung der Lymphknoten verursachen störende Bewegungseinschränkungen und rasche Ermüdung des operierten Armes. Die betroffenen Frauen sind deshalb gefordert, anspruchsvolle körperliche Arbeit zu vermeiden. Auch deshalb, weil eine zu hohe Belastung ein Lymphödem begünstigen könnte. Die Brustamputation und die damit verbundenen Bewegungseinschränkungen, Schmerzen sowie Schwellungen des Armes sind zu einer namhaften Herausforderung im Sinne der Auswirkung der erlebten Krebserkrankung geworden. Der Umgang mit dem verletzten Körperbild wird abhängig den physischen Schmerzen erneut erschwert und kann abermals zu stiller Frustration und Traurigkeit führen. Auch dadurch wird, laut den

befragten Frauen, nicht nur die Erinnerung des Erlebten wach, sondern der Wert für den eigenen Körper aufs Neue instinktiv und kritisch beleuchtet.
Desweiteren beeinflussen Begleiterscheinungen der Brustkrebstherapie wie hormonelle Störungen, Menopause, Gewichtsschwankungen und zweifellos die Realität der Amputation der Brust und dem damit verbundene empfindungstaube Brustbereich mit den Operationsnarben die sexuelle Intimität der Frauen. In dieser Zeit sind die (interviewten) Frauen angesichts ihres veränderten Körpers sehr verunsichert. Deshalb wird in dieser Phase die Nähe des Partners oft als beklemmendes Erleben empfunden. Auch deshalb, weil Frauen durch die körperliche Veränderung ihre weibliche Attraktivität in Frage stellen. Dawson (1999) formuliert eine Operation an den Geschlechtsteilen der Frau unmissverständlich, nämlich als mögliche gynäkologische Störung, die eine Gefahr für die Weiblichkeit darstellt, welche wiederum zum Verlust des Selbstwertgefühles führt und zu einer Reduzierung des eigenen Wertes beiträgt.
Jedoch minimalisiert sich das unangenehme Gefühl bei Intimität zwischen den Partnern im Laufe der Zeit. Besonders dann, wenn ein entsprechendes Einfühlungsvermögen gegeben ist. Diese Zuwendung wirkt sich in der Phase der (Wieder)Findung der Weiblichkeit und des Selbstwertgefühles unterstützend und positiv für die betroffenen Frauen aus. Auch physische Beschwerden verringern sich im Zeitverlauf ein wenig. Sie können in das Selbstkonzept implementiert werden. Das wiederum führt zu einer Zunahme der Selbstsicherheit der Frauen trotz wiederkehrender Rückschläge.
Im Allgemeinen versuchen die Betroffenen in dieser komplexen Phase, ihren Körper und ihr Leben unter Kontrolle zu bringen. Dabei beginnt ein Prozess – eine Entwicklung der innerlichen Auflehnung, der Kräfte mobilisiert.

5.3 Entwicklung innerer Stärke

Wenn die seelische Energie wieder stärker wird, beginnen sich Frauen bewusst gegen die Krankheit zu wehren. Das bewirkt, abgesehen von körperlichen Beschwerden, eine positive Wende im Denkprozess, der in kleinen Schritten erfolgt. Die Brustamputation ist ein bedeutender Eingriff, der sich sowohl auf den Körper als auch auf das Gefühlsleben auswirkt. Dennoch, so berichten die befragten Frauen, wird die Erfahrung der Amputation nicht ausschließlich aus den Blickwinkel der Konsequenz des Brustkrebses gesehen. Nicht einzig vom dem Standpunkt aus betrachtet, wie eine Krankheit einen Körper verändert, sondern auch aus der Sicht, was die körperliche Veränderung noch bewirkt, nämlich, ein Überleben einen Aspekt der Chance und damit verbunden, einen denkbaren Neubeginn ihres Lebens.

5.3.1 (Über)Leben durch Brustamputation

Die persönliche Identität, das Körperbild, das Gefühl für den eigenen Wert und das Rollenbild der Frau rückt in dem Moment in den Hintergrund, wenn der wahrhaftige Gedanke, die Brust zu verlieren um ein Überleben zu ermöglichen, im Mittelpunkt steht:

„…zu mir hat der Arzt g´sagt: `Wenn Sie die Brust nicht amputiert haben wollen, dann nehmen wir nur den Knoten. Aber die Überlebenschance ist weitaus höher wenn die Brust weg ist.´ Und dann hab i g´sagt: `I will nur leben. I will nur leben, i hab ja noch die Kinder!´…“ (IP10/504-510)

Die Amputation wird in dieser existentiellen Situation nüchtern und rational betrachtet:

„…i bin a Realistin (,) i hab mir gedacht: `Du kannst überleben wenn die Brust weg ist´ (,) fertig…“ (IP4/340-341)

„…i hab (,) dass sie mi operiert haben (,) als positiv angeschaut … Und i hab g´sogt: `Die haben mir jetzt g´holfen´…“ (IP5/228-230)

Frauen berichten, dass die Erfahrung des Brustverlustes dann leichter zu verarbeiten ist, wenn der Gedanke im Vordergrund steht, dass die Amputation notwendig war um ihnen ein Über- und Weiterleben zu ermöglichen:

„…ich denk mir halt einfach, dass das Überleben das Wichtigste ist. Die Tatsache die Brust zu amputieren (,) ist etwas (,) was man aushalten kann (,) womit man dann leben kann. Man muss es nur annehmen, akzeptieren und das Leben geht dann weiter…“ (IP6/ 296-299)

Akzeptanz des Unausweichlichen ist ein schrittweiser Lernprozess. Selbst wenn Teile des Erlebten verarbeitet wurden, gibt es immer wieder Augenblicke, in denen der Verlust blitzartig ins Bewusstsein drängt:

„…es ist schiach, aber i bin froh, dass sie weg ist (,) weil, das was bösartig war, ist weg (…) lieber radikal und i kann leben (,) i darf leben. Aber (,) wie soll i sagen, es kommen Momente wo es einem immer noch weh tut…“ (IP8/239-243)

Diese Momente treten nicht nur kurz nach dem Geschehen auf. Jahre nach der Amputation überschwemmen beklemmende Gefühle die Frauen. Dennoch werden sie anfangs in häufigeren Intervallen erscheinen, da sich betroffene Frauen erst auf den Weg befinden das Erlebte zu verarbeiten. Der Verarbeitungsprozess ist ein Kraftakt. Er erfordert von den Betroffenen Stärke und Durchhaltevermögen. Rückschläge müssen stets einkalkuliert werden.

5.3.2 Kampf zurück in die Normalität

„…es ist so a (,) Berg und Talwanderung. Also man ist zeitweise *so tief unten (,) dass man sich am liebsten verkriechen würd und nix mehr hörn und nix mehr sehen. Dann gibt´s wieder was (,) wo man wieder a bissl a Licht sieht. Also es ist einfach (,) ein Höllental, wo man da durch geht…" (IP8/82-86)*

Es ist eine Zeit der Zerrissenheit auf allen Ebenen, eine Zeit der inneren Unruhe, der Unsicherheit und der Wut. Dennoch, oder vielleicht gerade deshalb, ist es den betroffenen Frauen möglich ihrem eigenen Selbst gegenüberzutreten und in die Offensive zu gehen:

„…heute ist nix und dann gibt´s wieder Tage, wo ich komplett am Boden bin. Die Tränen schießen mir herunter. Ich hab eine Wut im Bauch drinnen (,) ich sage mir: `Wofür mach ich das alles, für wen mach ich das alles? Hat das alles überhaupt einen Sinn? (,) Vielleicht bringt es nichts (,) dann hab ich die ganze Tortur mitmachen müssen und es bringt doch nichts. ´ Im nächsten Moment denk ich mir: `Es bringt doch was (,) X, denk nicht so negativ´…" (IP9/392-398)

Ein Stück weit Normalität in das Lebens zu bringen bedeutet eine Kraftanstrengung. Ein Ringen zwischen positiven und negativen Gefühlen. Auf der einen Seite steht die Lebenserfahrung einer schweren Krankheit mit körperlicher Veränderung. Auf der anderen Seite positioniert sich das Gefühl zu leben, zu Überleben, eine Chance zu haben, zurück in die Normalität zu finden. Deshalb kämpfen betroffene Frauen darum, dass die Erfahrung der Krankheit und der Brustamputation ihrem Leben eine neue positive Wende geben:

„…Tod und Sterben war für mich einfach präsent (,) und dann kommt aber auch wieder der Moment wo man zu kämpfen beginnt und sagt: `Jetzt erst

recht und es muss wieder aufwärts gehen.´ Das heißt … man bäumt sich auf und man will ja leben und man (,) will ja kämpfen und man will wieder (,) wieder in die Normalität zurückfinden…" (IP6/84-90)

„…ich bin ein starker Mensch … natürlich wirst du durch jeden Schicksalsschlag stärker. Man wird immer mehr zur Kämpfernatur. Weil derweil du nix hast, brauchst du nicht kämpfen..." (IP2/471-478)

5.3.3 Verhaltensneuorientierung

Mit der eigenen Endlichkeit konfrontiert zu werden führt zu einer Reflexion der persönlichen Verhaltens- und Lebensweise. Durch die existentielle Bedrohung verschieben sich zwangsläufig Wertvorstellungen. Muster des Lebens werden aufgebrochen, infrage gestellt und neu bewertet. Das betrifft in erster Linie das Selbstwertgefühl und die persönliche Identität der Frauen. Durch das Erlebte und den Kampf zurück in die Positivität und Normalität des Lebens werden Frauen sich ihres Selbst bewusst:

„…vor der Erkrankung war es für mich nicht wichtig (,) ob ich spazieren gegangen bin. Ob ich mich gesund ernährt habe (,) ich war einfach im Beruf so eingespannt und habe auf mich total vergessen. Das hab ich wohl sehr, sehr stark empfunden (,) dann nachher. Und diese Einstellung hat sich geändert (,) ich schaue einfach stärker auf mich selber (…) ich schaue, dass ich mir ein bisschen eine Freude mach (,) das ich nicht ganz auf mich vergess. Ich bin eine mir wichtige Persönlichkeit geworden (,) nach der Erkrankung…" (IP6/258-266)

Die Interviewpartnerinnen bezeichnen die Neubewertung der eigenen Persönlichkeit als Zeichen, als Ausdruck der Krankheitserfahrung und als Chance für Wachstum und Weiterentwicklung ihrer Individualität:

„…die Krankheit zeigte mir, dass i irgendetwas im Leben ändern muss. Auf mich schaun (…) i bin auch wer…“ (IP10/923-925)

„…das war ein Zeichen für mich – X, hör auf deinen Körper (,) du bist dir wichtig…“ (IP9/271-272)

Sich selbst zu erkennen und bewusst zu definieren, was einem wichtig ist und dazu zu stehen, bewirkt bei den Frauen eine innere Befreiung und teilweise eine Neudefinition der persönlichen Identität. Die Betroffenen lösen sich aus ihren alten Lebensformen und ein neues Kapitel ihrer Biografie kann beginnen:

„…früher hab i selten `Nein´ gesagt, aber durch die Operation hab i gelernt `Nein´ zu sagen...“ (IP1/227-228)

„…in der Zeit hab i gelernt, weil früher hab i alles nur g´schluckt, dass man sich wehren muss und dass man sich rühren muss um seine Sach…“ (IP8/161-163)

Konflikten wird nicht mehr grundsätzlich aus dem Weg gegangen, die Befragten lernen sich in bestimmten Situationen besser zu behaupten. Gleichzeitig werden Erfahrungen die ursprünglich als aufreibend empfunden wurden, nun gelassener betrachtet und es wird ihnen anders begegnet:

„…die Wertigkeiten sind andere geworden. Das heißt, über Kleinigkeiten über die man sich vorher einmal recht geärgert hat, kann man jetzt lächeln. Und diese Wertigkeit bringt eine gewisse Zufriedenheit mit sich…“ (IP6/92-95)

Auch Erledigungen im Haushalt, die für die Interviewpartnerinnen früher als wichtig und unerlässlich angesehen wurden, haben nicht mehr die gleiche Bedeutung:

„…die peinliche Sauberkeit (,) ist mir jetzt nicht mehr so wichtig (…) früher war mir wichtig, dass i Woche für Woche den Boden aufgewischt hab. Jetzt denk i mir: `Wieso soll i jede Woche den Boden wischen?´ Das ist jetzt nimmer wichtig…" (IP1/68-71)

„…früher (,) das und das muss i jetzt machen, i hab jetzt ka Zeit … freitags putzen, die Fenster alle 14 Tage (,) und das und das. Das ist mir heute egal…" (IP10/929-935)

Die Neuorientierung des Verhaltens birgt eine Chance der Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit in sich. Den befragten Frauen gelingt es ebenso effektiver klare Grenzen im Alltag zu setzten. Dem neugewonnenen Bewusstsein ihres Selbst und der daraus resultierenden neuen Lebensordnung wird großes Gewicht beigemessen.

Zusammenfassung

Eine Entwicklung innerer Stärke setzt in dem Moment ein, wenn sich die Frauen bewusst gegen die Krankheit aufzubäumen beginnen. Daraus folgt auch ein schrittweiser Umbruch des Denkprozesses. Schrittweise deshalb, weil eine Brustamputation ein bedeutsamer operativer Eingriff ist, der das Selbstverständnis für die eigene Körperlichkeit und das damit verbundene Gefühlsleben immens erschüttert. Dennoch impliziert die Erfahrung des Brustverlustes nicht einzig ein Erleben, welches sich nur auf den Standpunkt des Unausweichlichen einer Brustkrebserkrankung reduzieren lässt. Vielmehr bedeutet ein Verlust der Brust für die Interviewpartnerinnen einen Aspekt der Chance des denkbaren Überlebens und damit einen möglichen Neubeginn für ihr Leben.

Deshalb wird die augenblickliche Situation der Amputation auch sachlich und nüchtern betrachtet. Langfristig bedarf es aber an Akzeptanz mit nur einer Brust zu leben. Es ist ein Lernprozess der subjektiven Verarbeitung. Auch Jahre nach dem Erleben drängen Momente des Verlustes in das Bewusstsein der betroffenen Frauen. Jedoch werden diese Augenblicke am Anfang deutlich stärker spürbar wahrgenommen, da sich die Befragten erst auf der Reise des Verarbeitungsprozesses befinden. Es ist ein Kraftakt zurück in die Normalität, geprägt von lautloser Wut und Unruhe. Eine Zerrissenheit der positiven wie auch negativen Gefühle bestimmt diese Phase ebenso. Frauen durchleben nicht nur die Erfahrung, deren Umgang mit der Krebserkrankung und die damit verbundene körperliche Veränderung, sondern sie empfinden auch ein Gefühl der Chance, eine mögliche positive Wende für ihr Leben herbeiführen zu können.

Sie versuchen sich vor den negativen Gedanken, welche die Erkrankung mit sich bringt zu schützen und durchzuhalten. Sie mobilisieren dafür ihre Energien und Stärken um ihr Erleben und das damit verbundene Leid abzuwehren (Schmid-Büchi, Dassen, Halfens, 2005). Daraus entwickelt sich zwangsläufig auch eine Verhaltensneuorientierung. Es werden Muster des Lebens aufgesprengt und neu beurteilt. Es kommt zu einer Neubewertung der eigenen Persönlichkeit, die häufig eine Befreiung aus altbekannten Verhaltensmustern bewirkt. Es werden deutlich öfter klare Grenzen im Alltag gesetzt, Konflikten wird nicht mehr grundsätzlich ausgewichen und zermürbenden Situationen mit mehr Gelassenheit gegenübergetreten. Die Frauen finden zu einer neuen Bewusstwerdung ihres Selbst.

5.4 Leben und das Leben erleben

An Brustkrebs erkrankt zu sein, die Brust verloren aber überlebt zu haben, das bedeutet für die betroffenen Frauen eines: Eine Chance des Neubeginnes, in dem Sinne sich selbst und ihr Leben neu zu entdecken. Die daraus gewonnene Wirklichkeit führt zu einer Herausforderung im positiven Verständnis, nämlich im „Jetzt“ zu leben und das gewonnene Leben bewusst zu erleben. Daraus ergeben sich eigens angestrebte sowie empfangene Beziehungen zur Verarbeitung des Erlebten, die sowohl die persönliche Identität, die soziale Rollenausübung, das Körperbild und das Selbstbewusstsein der Frauen stärken.

5.4.1 Für sich da sein

Für sich da sein, bedeutet für die Frauen, eine selbst konzipierte Qualität des Seins anzustreben, nach der sie leben möchten. Indem sie die freie Entscheidung der Sinnerfüllung des Lebens für sich treffen können, folgen sie diesem Ziel. Der Glaube spielt dabei für die Betroffenen eine große Rolle. So berichten die Frauen, dass sie den Glauben an ihre Religion durch das Erlebte nicht verloren haben. Ganz im Gegenteil, zu glauben bedeutet für sie ein Innehalten, ein Zwiegespräch zu führen, um daraus Kräfte zu mobilisieren, um mit dem Krebs und der Amputation umgehen zu können:

„…ich denke (,) dass bei mir auch der Glaube eine große Rolle spielt. Das man einfach verschiedenes (,) besser annehmen kann dadurch. Und auch (,) ja (,) einfach annehmen kann (,) die Tatsache das es so ist und du kannst es nicht ändern…“ (IP6/235-239)

Glaube, so berichtet eine Interviewpartnerin, kann auch eine Art des Verstehens, bewirken:

„…durch den Glauben (,) i schaff das (,) und der Herrgott hat mir das gegeben und i muss a fertig werden damit. Weil würde i nit fertig werden damit (,) hätte er es mir nit aufgebürdet. Es ist ja doch a Gottes Sache, was mit einem passiert. Und so ist mir der Glaube viel wert…“ (IP1/339-342)

Auch lange nachdem der Krebs besiegt wurde, gibt es immer wieder Momente religiöser Gespräche. Dabei bedanken sich Frauen, die Krankheit überwunden zu haben, für die Familie und die Gemeinschaft da sein zu dürfen und trotz Bewegungseinschränkung durch die Amputation noch arbeiten zu können:

„…i bedank mi abend´s immer beim Herrgott, dass i arbeiten darf und dass er mir hilft. Jo i bedank mi immer…“ (IP7/119-120)

„…i bin X … ich mach es aus Dankbarkeit (,) dass i soweit nach der Operation gekommen bin. Dass i alles noch schaffen kann. Und solang i das kann (,) dank i dem Herrgott…“ (IP1/71-75)

Auch Hilfsmittel, (wie die prothetische Versorgung) stellt für Frauen im übertragenen Sinne einen Grund für Bedankung dar:

„…Gott sei Dank gibt es die Prothetik (,) das ist ein Vorteil…“ (IP3/111-112)

Das Wohlbefinden kann durch die ideale Prothese ein wichtiger Schlüssel für das Selbstwertgefühl und für den Ausdruck der Weiblichkeit nach außen darstellen:

„…also i kann´s mir ohne selbstklebende Prothese nit mehr vorstellen. Das hebt schon das Selbstwertgefühl…“ (IP1/209-210)

„…sehr wichtig war die prothetische Versorgung. Das war für mich ein ganz wichtiger Faktor (,) dass du wieder nach außen hin (,) vollkommen ausschaust…“ (IP6/63-65)

Für sich da sein, bedeutet in erster Linie eine Auseinandersetzung mit sich selbst und eine Verarbeitung des Geschehenen, jedoch auch eine Zuwendung und Befassung mit dem veränderten Körper. Dies impliziert in weiterer Folge auch eine Beschäftigung mit der passenden Prothetik.
Für manche Befragte stellen deshalb der bewusste Umgang und die langjährige Verwendung der Prothese bereits mehr als nur ein Hilfsmittel dar. Das ursprünglich unbekannte Utensil übernimmt die Funktion eines „externen" Körperteils:

„…dann kam die selbstklebende Prothese (…) und bin seither der glücklichste Mensch. I hab auch nie Probleme damit gehabt. I kleb die in der Früh hinauf und hab sie oben bis zum Schlafengehen. Dann wasch ich sie und geb sie schön in die Schachtel zurück und in der Früh nehm ich sie wieder heraus. Und dann denk i mir: `Sie ist mein zweites Ich´…" (IP2/147-152)

5.4.2 Für jemanden da sein

Interviewpartnerinnen erläutern, dass es ihnen gleichermaßen wichtig ist, auch für andere da sein zu dürfen. Sie berichten davon, dass man eine Aufgabe im Leben braucht, die auch zur Ablenkung der eigenen Gedanken und Gefühle beiträgt und auch einen positiven Effekt auf das eigene Leben zurückwirft:

„…i bin durch die Krankheit zur Gruppe gekommen (,) und hab viel für die getan. I hob Seminare organisiert und Selbstverteidigungskurse und Ausflüge. I bin nach wie vor für Frauen da, die mich brauchen…" (IP5/447-449)

Einen weiteren wesentlichen Faktor stellt der Wiedereinstieg in das Berufsleben dar. Eine Aufgabe zu haben ist auf dieser Ebene der Versuch auch beruflich den Alltag bewältigen zu können, trotz körperlicher Anstrengung.

Die Frauen kehren in jenen Tätigkeitsbereich zurück, den sie gerne ausüben, wo sie sich bestätigt fühlen:

„…wieder arbeiten zu gehen, war für mich wieder eine Aufgabe zu haben … Das Allerschönste war mein erster Arbeitstag. Wieder bei Menschen zu sein, die meine Hilfe brauchen (,) und die ich wirklich unterstützen kann. Das ist für mich wie mein zweites Leben. Ich liebe meinen Beruf…" (IP9/577-583)

5.4.3 Etwas zurückbekommen

Lebens- und Ehepartner, Kinder, Freunde und Verwandte sind Bezugspersonen mit denen man idealerweise sowohl schöne als auch dunkle Momente des Lebens teilt. Sie sind diejenigen Personen, die man selbst als Familie definiert. Besonders in der Zeit der Krise und des Umbruchs stellen sie für die Frauen eine emotionale Stütze und Kraftquelle dar. Gespräche im Familienkreise tragen dazu bei, die Last der Krankheit und der Amputation nicht alleine durchstehen zu müssen:

„…die Familie ist das Um und Auf. Weil wenn du in der Familie aufgefangen wirst, dann geht alles viel leichter. I glaub, wenn du keine Unterstützung hast (,) braucht es viel länger, bis du wieder a Selbstwertgefühl bekommst…" (IP2/356-359)

Nach überstandener Krankheit bildet die Familie der betroffenen Frauen, durch ihre Worte durch Gesten und einfach Dasein ein tragfähiges Netz. Dies ist so während der akuten Phase, aber auch anschließend von enormer Bedeutung:

„…mein Sohn hat sich sehr gekümmert um mich. Es hat mein Umfeld gestimmt (,) ich kann mich noch erinnern, wie ich noch im Krankenhaus war

(,) da war mein erstes Enkelkind schon auf der Welt. Er war damals acht Monate alt (,) und sie haben mich besucht im Krankenhaus. Und (,) ich war natürlich verbunden und da hat mir meine Schwiegertochter meinen Enkel zu mir gesetzt und (,) das war einfach schön für mich. Und auch die Zuwendung vom Sohn (,) die war so positiv (,) das hat mir einfach Kraft gegeben. Und ich höre heute noch wie er zu mir sagte: `Mama wir beten für dich. ´ Das sind so Sachen, die einem so aufrichten (,) die einem dann auch ein Leben lang tragen…" (IP6/280-288)

Einen wichtigen, wenn nicht überhaupt wichtigsten Part trägt der Lebenspartner. Durch die bevorstehende Veränderung des Körpers sind Frauen oft sehr verunsichert und wissen nicht, wie ihr Partner auf die Nachricht reagieren wird. Überraschenderweise ist die Reaktion der Lebensgefährten und Ehepartner oft viel positiver als Frauen es sich erwartet hätten. Im entscheidenden Moment den emotionalen Beistand des Partners zu erfahren, ist für die betroffenen Frauen auch heute noch bedeutend. Denn ihre Unterstützung trägt dazu bei, den gedanklichen Umgang der bevorstehenden Amputation ein wenig leichter zu erfassen:

„…der Arzt hat gesagt: `Ich kann eine Teiloperation machen, aber i kann Ihnen nicht garantieren ob i Ihnen nicht in einem Jahr die ganze Brust wegnehmen muss.´ Er hat gesagt: `Reden Sie mit ihrem Mann darüber.´ Dann hab i mit meinem Mann geredet, der hat gesagt: `I misch mich da nicht rein. Triff du selbst die Entscheidung. So wie du bist (,) bist du auch hinterher (,) du bleibst die gleiche Frau für mich, auch hinterher. Das ist überhaupt kein Problem für mich´…" (IP2/83-89)

Das Einfühlungsvermögen, das Verständnis, die emotionale Unterstützung des Partners bei Brustverlust, ermöglicht es den Frauen, einen Teil ihres

verlorenen Selbstbewusstseins und ein Stück ihrer persönlichen Identität wieder aufzubauen:

„…i hab meinen Mann gehabt der voll zu mir gestanden ist…" (IP4/125-126)

„…er war mein Mentor (,) kann man fast sagen. Und das hat mir sehr geholfen. Und so hab ich dann langsam meine Identität gefunden…" (IP6/61-62)

Auch die körperliche Unterstützung bei Erledigungen im Haushalt, die sie durch ihren Mann erfahren haben, wird von den Interviewpartnerinnen heute noch positiv wahrgenommen:

„…mein Mann war recht unterstützend i hab zum Beispiel (,) nit Fensterputzen können, das ist ganz schwer gegangen (,) das hat er mir eigentlich immer gemacht…" (IP3/145-148)

Besonders in Gesprächen zum Wiederaufbau der Brust, überraschten Ehemänner mit ihrer Sicht zu diesem Thema, ihre Frauen:

„…i hab mir ja a paar Mal überlegt einen Brustaufbau zu machen… Und da war eigentlich mein Mann derjenige der mir davon abgeredet hat (,) immer … er hat dann gesagt: …`I bin dagegen, weil du braucht das nit. Weil a Frau besteht nit nur aus Brust allein.´ Und so ist das geblieben und i hab jetzt kein Problem mehr damit. I vergess es regelrecht muss i sagen…" (IP4/255-281)

„…er hat gemeint: `Jetzt geht's dir gut, du kannst heut schon damit leben. Wieso willst du jetzt wieder umher schneiden lassen? Bitte bleib so wie du bist, wie du bist gefällst du mir, bitte las nix machen.´ So hab i den Gedanken wieder fallen gelassen und heut bin i froh darüber…" (IP2/412-418)

Die Unterstützung der Familienmitglieder wird von den Frauen als äußerst wertvoll empfunden. Ganz besonders, wenn diese Begleitung positiv unkompliziert und diskret erfolgt. Für die Familie bedeutet dies ein Mitgehen, ein gemeinsames Erwandern des unbekannten Weges durch die kritische Zeit, aber auch eine Begleitung hin zu einer Entwicklung der Neuorientierung der Existenz der betroffenen Frauen. Unabhängig des Krankheitsverlaufes, eines Lebens mit oder nach einer Krebserkrankung, sind Familienmitglieder diejenigen Begleitpersonen, die den Frauen durch die individuelle Zeitspanne der zutiefst persönlichen Erfahrung helfen. Sie sind wichtige Begleiter der subjektiven Lebensqualität, in Form von Leben und das Leben erleben können.
Aber auch Unterstützung von außen, wie die Selbsthilfegruppe, fördert und ermutigt betroffene Frauen, zu einer affirmativen Lebenshaltung:

„ ...noch im Krankenhaus bin i mit einer Freundin, die selbst Brustkrebs hatte (,) zur Selbsthilfegruppe, die im Krankenhaus ihr Treffen hatte. Da waren so viele Frauen. Und mein erster Gedanke war: `Wenn die es schaffen, dann schaff ich es auch.´ (,) Das war für mich so eine Motivation...“ (IP2/108-111)

Frauen, die selbst den Weg des Brustkrebses und der Amputation gegangen sind, geben die gesammelten Erfahrungen den neuen Mitgliedern weiter und tauschen sich untereinander aus. Interviewpartnerinnen berichten, dass die Kommunikation in der Selbsthilfegruppe einen anderen Charakter der Hilfe besitzt als Gespräche mit der Familie. Beide Gesprächsebenen sind sehr wertvoll und hilfreich, jedoch in der Zeit der Neuentdeckung des Lebens und des Körpers ist die Kommunikation mit einer Frau die das Gleiche durchlebt hatte, wahrhaftiger, nachhaltiger und intimer. Das bedeutet, dass die Mitglieder einer Selbsthilfegruppe einen unsichtbaren Spiegel des eigenen Lebens darstellen und zugleich aufzeigen, dass das Leben eine Chance bietet:

„…die Selbsthilfegruppe hat mir viel g´holfen weil da hab i dann g´hört (,) die wurde schon vor 5 Jahren operiert, 7 Jahre, 20 Jahre (,) da hab i für mich gedacht: `Schau vielleicht hab i a eine Chance.´ Und (,) so baut man sich halt selbst irgendwo (,) sein Ding auf und sagt: `Vielleicht gelingt´s mir auch, dass i vielleicht doch noch a Chance hab.´ Und jetzt sind´s 16 Jahre (,) und i fühl mich eigentlich (,) relativ gut (,) muss i sagen…" (IP8/196-201)

Die Verbundenheit, die oft innerhalb der Selbsthilfegruppe herrscht, bleibt meist auch Jahre nach der Operation bestehen. Frauen berichten, dass sie auch derzeit noch die Treffen der Selbsthilfegruppe wahrnehmen, da diese Begegnungen einen für sie geschützten Rahmen des gegenseitigen Verständnisses und der Freundschaft symbolisieren. Eine Interviewpartnerin formuliert dies folgend:

„…die Obfrau der Selbsthilfegruppe in X hat immer einen Kongress veranstaltet und wir sind dorthin g´fahren … und da hab i einmal bei einem Kongress g´sagt: `Es klingt a bissl komisch wenn i das jetzt sag, aber es tut mir nit leid (,) dass i operiert worden bin, denn dann hätte i nit so viele schöne Stunden und so viel liebe Leut kennen gelernt´…" (IP1/375-382)

Leben und das Leben erleben bedeutet für die befragten Frauen, eine selbstbestimmte Existenz, geknüpft an positiven Erfahrungen. Erlebnisse werden nach Möglichkeit wahrgenommen, Wünsche nicht mehr auf einen späteren Zeitpunkt verlagert. Denn die Bewusstwerdung des eigenen Lebens, bedingt durch die Erfahrung einer existenziell bedrohlichen Krankheit mit körperlicher Veränderung, bietet eine Sichtweise, die keinen Aufschub der Bedeutsamkeit des wahren Lebens duldet:

„…wenn es für mich irgendwie möglich ist, wenn ich ein paar Tage frei hab, ich fahr weg (,) ich verreise. Ich hab das vorher nicht gemacht (,) weil ja auch meine Tochter in Ausbildung war (,) und, und sparen (,) lieber später einmal. Heute sag ich mir: `Wozu? Ich lebe jetzt!´ Ich soll im Jetzt leben und nicht schaun, was in 10 Jahren ist, sondern was jetzt ist...“ (IP9/737-741)

Das Streben nach Gesundheit ist ein essentieller Faktor, der für die Frauen ebenso im Mittelpunkt ihres Lebens steht. Es geht um die bewusste Wahrnehmung des eigenen Körpers und um den gegenwärtigen Erhalt von Gesundheit. Dadurch entstehen die gefühlte Impression und die Hoffnung, dass die Erfahrung der Amputation und der Krankheit nicht umsonst war:

„…dass ich gesund bleibe (,) das ist für mich das Wichtigste. Materielle Sachen sind für mich wertlos. Mir ist wichtig, dass es mir gut geht, das ist mein erstes Gebot...“ (IP9/746-747)

„…und was auch wichtig ist (,) den Körper beobachten (,) auf den Körper zu hören (,) die Veränderungen wahrnehmen und (,) und nicht ignorieren (,) sondern etwas unternehmen…“ (IP6/301-303)

Leben und das Leben erleben, bedeutet eine willentlich psychische Befreiung aus der Krankheit und der Amputation. Die Emanzipation ist eine Kombination aus individuell bestimmten positiven Erfahrungen der Lebensgestaltung und den Erhalt des aktuellen Gesundheitszustandes. Obwohl das neue Leben mit viel Disziplin und körperlichen Einschränkungen verbunden ist, berichten die befragten Frauen, dass sie ihr Leben wieder intensiv verspüren und genießen können.

Jedoch gibt es einen in sich verborgen beunruhigenden Gedanken, der sie auch Jahre nach der Amputation begleitet:

„ ...sich gleich die Wünsche erfüllen, man weiß ja nie wie lange man es kann so nach dem Motto. Das mach i eigentlich wenn i heut das G´fühl hab i möchte auf einen Berg oder i möchte (,) irgendwo hin fahren wo´s schön ist zum Beispiel (,) mit dem Schiff fahren und im Ort prominieren dann mach i das auch. Egal was zu Hause ist (,) weil das kann warten. Also so leb i heut ... das ist heut meine Lebensqualität das i mir meine Wünsche erfüll (,) wenn i das G´fühl hab jetzt (,) jetzt möchte i das machen (,) Nichts aufschieben. Bewusster leben (,) weil i mir denk: `Wer weiß wie lang i es kann.´ Das ist das gravierende, das die Diagnose das Denken setzt ... `wie lang hab i noch zu leben?´...“ (IP8/338-347)

Zusammenfassung

Die existenziell bedrohliche Krebserkrankung überlebt zu haben, bedeutet für die betroffenen Frauen einen Neubeginn im Verständnis, sich selbst und das Leben neu zu entdecken. Daraus ergeben sich eigens intendierte sowie empfangene Beziehungen zur subjektiven Verarbeitung der Brustamputation und der Krebserkrankung. Diese Beziehungen wirken sich sowohl positiv als auch stärkend auf die verschiedenen Aspekte des Selbstkonzeptes aus.

Die Unterkategorie „Für sich da sein“ bedeutet, sich frei entscheiden zu können, welche Qualität des Seins man selbst konzipiert, nach der man leben möchte. Dabei nimmt der Glaube für die Befragten eine wichtige Rolle ein. Die Frauen berichten, dass sich ihr Glaube an ihre Religion durch das Erleben verstärkte. Zu Beginn der Erkrankung bedeutete der Glaube ein Innehalten um daraus Kräfte zu schöpfen um mit der existenziellen Erfahrung umgehen zu können. Auch nach Überwindung der Krankheit ist der Glaube fester Bestandteil des Lebens und Ausdruck der Dankbarkeit.

Für sich das sein bedeutet aber auch eine bewusste Konfrontation mit sich selbst und dem veränderten Körper. Deshalb beschäftigen sich die Frauen, infolgedessen, auch mit der passenden prothetischen Versorgung, denn sie trägt zur Balance des Körperbildes und der Förderung der Weiblichkeit bei. Ihr körperausgleichendes Aussehen hilft den Frauen sich selbstsicherer und damit selbstbewusster zu fühlen (Marquard & Biedermann, 2008).

„Für jemanden da sein“ bedeutet eine Aufgabe im Leben zu haben, die eine positive Wirkung auf das eigene Leben widerspiegelt. „Etwas zurückbekommen“ impliziert die Unterstützung durch Familienmitglieder. Sie begleiten die Interviewpartnerinnen nicht nur während der akuten Phase der Erkrankung, sondern stellen auch nach Überwindung der Krankheit ein tragfähiges Netz der Unterstützung dar. Der Lebens- oder Ehepartner, so die Frauen, verkörpert dabei eine der wichtigsten Kraftquellen im Umgang mit dem veränderten Körper und der Wiederfindung der Weiblichkeit.

Aber auch Hilfestellung durch Organisationen, wie zum Beispiel die Selbsthilfegruppe tragen zur Förderung einer bejahenden Lebenshaltung bei.

Mit einer Gefährtin zu sprechen, die dasselbe erlebte, stellt eine psychische Entlastung für jene Frauen dar, die sich gerade erst auf den Weg der Verarbeitung befinden (Weiss, 1991). Aber auch Jahre nach Überwindung der Krankheit spielt die Selbsthilfegruppe eine wichtige Rolle im Leben der Betroffenen. Sie stellt ein inneres Band der Verbundenheit und der Solidarität zwischen den Frauen dar.

Leben und das Leben erleben bedeutet auch ein Streben nach Gesundheit. Der Körper wird bewusst wahrgenommen um den gegenwärtigen Zustand an Gesundheit beizubehalten. Leben bedeutet aber auch sich Wünsche gleich zu erfüllen, nicht auf einen späteren Zeitpunkt zu verlagern. Erfreuliche Erlebnisse, die sich Frauen nun gönnen, bergen einen bejahenden Charakter in sich. Auch die anderen angeführten Beispiele tragen dazu bei, dass sich die

Interviewpartnerinnen in ihrem Leben wieder geborgen fühlen und dieses auch intensiver verspüren.

Ungeachtet dessen gibt es einen beängstigenden Gedanken, der verborgen in den Frauen schlummert, der sie schlagartig aus heiterem Himmel trifft und gedanklich Gestalt annimmt.

5.5 Angst als unsichtbarer Begleiter

Die Kategorie Angst als unsichtbarer Begleiter wurde intendiert zum Schluss gewählt. Die Furcht, dass die Krebserkrankung von neuem aufflackern könnte, begleitet die Frauen im Stillen. Sie wurde zum verborgenen Gefährten. Sie existiert flüchtig seit dem Erleben der Krankheit und der Amputation.

5.5.1 Angst vor Rezidiv

Die Befragten erzählen, dass die Furcht vor neuerlicher Metastasierung zu Beginn der Krebserkrankung und in den ersten Jahren, in denen Kontrolluntersuchungen noch sehr engmaschig erfolgen, sehr groß ist. In dieser Zeit werden Frauen durch notwendige Untersuchungen, immer wieder mit der Krankheit konfrontiert. Abermals dringt dadurch die erlebte Erfahrung an das Tageslicht, an Krebs erkrankt und eine Brustamputation erfahren zu haben. Dem gegenüber steht besonders anfangs der Gedanke, nicht zu wissen, ob es ein Leben mit Krebs wird oder ein Danach gibt:

„ …die Angst, dass wieder was kommen könnt… I mein jetzt ist es die Brust (,) und wie geht´s weiter? Überleb i das Ganze?...“ (IP4/331-334)

(Über)leben bedeutet auch, ein Leben mit einem latenten Angstgefühl, ein Leben mit dem unsichtbaren Begleiter.

Interviewpartnerinnen erzählen, dass sie ihr Leben wieder erleben und genießen können. Sie haben den Kampf zurück in die Normalität, zurück ins Leben gewonnen. Sie fühlen sich in ihrem Leben wieder zu Hause. Die Frauen sind aus dem Schatten der Krankheit und der gezwungenen körperlichen Veränderung getreten. Dennoch gibt es diesen verborgen bedrohlichen Gedanken, der sie begleitet, der sich manches Mal wie ein Blitz aus heiterem Himmel in ihr Bewusstsein bohrt:

„…die Angst, dass wieder was kommt … das ist ganz schiach…" (IP3/105-106)

Die Gewissheit von Krebs geheilt zu sein, bedeutet nicht, sich der Furcht eines Wiederauftretens der Krankheit entledigt zu haben. Interviewpartnerinnen berichten, dass körperliche Beschwerden selbst Jahre nach Überwindung der Krankheit, die Angst vor einem Rezidiv aufflammen lässt:

„…man hat halt immer wieder die Angst, dass etwas is … Du glaubst halt immer, wenn dir was weh tut (,) mah da is wieder was..." (IP5/381-384)

Welche Dimension diese Furcht annehmen kann, formuliert eine Interviewpartnerin folgendermaßen:

„…wenn i Kreuz weh hab, dann denk i mir: `Mah (,) jetzt hab i da Metastasen.´ … Oder wenn i Kopf weh hab, mah jetzt hab i da Metastasen. Und dann krieg i aber so eine Panik, dass der Blutdruck ausrastet und über 200 hinauf marschiert. Dann land i wieder im Krankenhaus und dann müssen sie mir den Blutdruck neu einstellen (,) Dann ist der Blutdruck nicht runter

gegangen, schlafen konnt i nicht und (,) i hab nicht gwusst warum. Dann haben sie mir Psychopharmaka gegeben und dann ist der Blutdruck sofort runter gegangen (,) Folglich ist mein Innerstes aufgewühlt und noch immer in Panik und Angst. Und i glaub i leg das nicht mehr ab (,) I nehm die Tabletten heut noch (,) i brauch die…" (IP10/721-727)

5.5.2 Angst vor den Kontrolluntersuchungen

Die Furcht vor einem Wiederauftritt der Krebserkrankung verringert sich im Laufe der Jahre und Jahrzehnte nur geringfügig. Besonders vor den Nachsorgeuntersuchungen wird dies für die Betroffenen vehement spürbar:

„…i bin sehr genau mit den Kontrollen … I werd keine versäumen. Das bin i mir selber schuldig sag i mir. Und geh jedes Mal a jetzt noch nach den 28 Jahren (,) nach der Untersuchung mit einem Gefühl heraus (,) `Gott sei Dank es ist nix (,) es ist gut gegangen´. Also es belastet einen (,) möchte i schon sagen (,) Rund um die Uhr. Nach so einer langen Zeit vielleicht nit immer aber Jahre…" (IP3/127-131)

Die Frauen erzählen, dass sie sich vor den Kontrolluntersuchungen angespannt fühlen und wieder der Gedanke des Erlebten aufflammt. So steigt auch die Nervosität vor dem Untersuchungsergebnis:

„…Vor dem Kontrolltermin (,) obwohl i mi wohl fühl (,) ist schon a Unruhe in mir. Man denkt sich: `Mah hoffentlich geht´s wieder gut aus.´ Es bleibt schon im Hinterkopf drinnen (,) das kann man einfach nicht vergessen…" (IP2/42-45)

5.5.3 Ungewissheit

Die Befragten berichten, dass die Angst als unsichtbarer Begleiter auch dazu beiträgt, sich von einem Wiederaufbau der Brust zu distanzieren. Selbst dann, wenn ÄrztInnen ihnen mitteilten, dass eine Rekonstruktion den Untersuchungsablauf kaum beeinträchtigen würde:

„…es gibt wirklich Leute, die damit zufrieden sind und einen wunderschönen Aufbau haben. Meine Meinung war immer (,) es bleiben Narben. Es kann der Urzustand nicht mehr hergestellt werden. Ich hab mir vor allem Gedanken gemacht: `Was ist wenn wieder etwas auftritt?´ Es gibt da Schwierigkeiten mit der Untersuchung und so weiter. Also deshalb war das für mich nie ein Thema. Da haben eher diese Bedenken überwogen…" (IP6/212-219)

„…was is wenn hinter dem Aufbau wieder was is?... Was dann? Dann merkt man das erst (,) wenn die Metastasen lafen (laufen) … früher merkst es jo nicht (,) weil Krebs tut nicht weh…" (IP5/388-395)

An dieser Stelle wird noch einmal festgehalten, dass die Angst vor einem Rezidiv nicht vorrangig das Leben der Frauen bestimmt, jedoch ist sie zum stillen Begleiter geworden. Die latente Angst, dass der Krebs wiederkommen könnte, so berichten die Frauen, ist bisweilen kaum zu bewältigen:

„…also es is immer wieder der Hintergedanke da (,) es könnte wieder auftreten. (,) Das is das Einzige (,) was du a bis zu deinem Tod hast (,) du denkst immer wieder drüber nach (,) das wieder was auftreten kann. Du denkst bis zu deinem Tod bei jeder Kontrolle:` Hoffentlich is heut nix ´…" (IP5/459-462)

Im Zusammenhang mit der Angst steht ist die Hoffnung. Die Hoffnung, dass die Amputation nicht umsonst war und dass der Krebs für immer besiegt wurde:

„ …hoffentlich bleibt die Zweite und, dass es dann gut ist. Das es was genützt hat, dass die Brust weg ist…“ (IP1/172-173)

Zusammenfassung

Die Angst vor neuerlicher Metastasierung wurde zum unsichtbaren Begleiter der Frauen, seit der Diagnose der Brustkrebserkrankung. Die Furcht vor einem Rezidiv stellt insbesondere in den ersten Jahren eine beinahe permanente Erscheinung des Lebens der Betroffenen dar. Begründet wird das größtenteils durch notwendige Kontrolluntersuchungen, die in den ersten Jahren in sehr kurzen Abständen erfolgen. Diese wichtigen Untersuchungen tragen bedauerlicherweise auch dazu bei, dass sich Frauen immer wieder mit den Gedanken der Krebserkrankung und der Amputation ihrer Brust konfrontiert sehen. Laut den betroffenen Frauen reduziert sich die Furcht eines Wiederauftrittes im Laufe der Jahre und Jahrzehnte nur geringfügig. Die Angst wird dabei als eine blitzartige Momentaufnahme, die die Interviewpartnerin unvorbereitet und schlagartig trifft, wahrgenommen.
Kirschning (2001) beschreibt die Furcht eines Wiederautrittes als Erfahrung die zweitweise auftritt und unterschiedlich schmerzlich verspürt wird. Jedoch bleibt die Angst ein ununterbrochener Gefährte der betroffenen Frauen.
Auch körperliche Beschwerden tragen dazu bei, dass augenblicklich ein Gefühl der Furcht die Interviewpartnerinnen überschwemmt. Ebenfalls verunsichern jährliche Nachsorgeuntersuchungen die Frauen immens. Dieses Empfinden ist unabhängig davon, ob sich die Krebserkrankung erst vor geraumer Zeit ereignete oder bereits Jahrzehnte zurückliegt. Es bleibt die

Ungewissheit. Sie trägt auch dazu bei, dass sich Interviewpartnerinnen von einer Rekonstruktion der Brust distanzieren. Denn sie fürchten durch den Wiederaufbau der Brust eine Einschränkung der Untersuchungsmöglichkeiten. Ein (Über)Leben einer Brustkrebserkrankung bedeutet auch die Existenz des latenten Angstgefühls. Jedoch tragen Frauen auch die Hoffnung in sich. Die Hoffnung, den Krebs endgültig besiegt zu haben und damit verbunden der Gedanke, dass der Verlust der Brust nicht vergebens war.

5.6 Zeit heilt Wunden - zurück bleiben Narben

Innere Stärke mobilisiert Kräfte und trägt dazu bei, dass Frauen zu einer positiven Haltung gegenüber ihrem Leben finden, selbst dann, wenn die Angst vor einem Wiederauftritt der Krebserkrankung gegenwärtig ist. Dennoch ist eine bejahende Entwicklung ein Prozess, der vor allem eines erfordert: Zeit.
Die Erfahrung der Amputation und jene einer lebensbedrohlichen Krankheit ist ein tiefer Einschnitt im Leben, der Wunden verursacht und nur äußerst langsam verheilt:

„…vor der Erkrankung mocht man jo alles ganz normal (,) und automatisch (,) alles. Wenn man es erfährt, ist es wie ein Hieb … wenn sie amputiert wird ist es noch der größere … und dann muss man damit weiterkommen und dann (,) jo dann geht´s wieder irgendwann einmal…“ (IP3/207-210)

Lernen mit der Erfahrung zu leben bedeutet nicht, zu lernen das Erlebte zu vergessen, dies beschreiben Interviewpartnerinnen in folgenden Worten:

„…dieses Gefühl, dass da drinnen eine große Wunde entstanden ist, mit dem hab ich gelernt zu leben (,) aber das Gefühl ist immer da. Das ist nie ganz verschwunden. Einmal mehr, einmal weniger…“ (IP6/224-226)

„…es hat sich das Ganze schon sehr in meinen Kopf eingeprägt. Wie das Ganze gewesen ist, wie es angefangen hat und bis heut … Es hat sich viel verändert und es hat sich eingeprägt (,) und es bleibt sicher in einem drinnen. Weil es ist ein Einschnitt der einfach so tief war…" (IP2/616-521)

5.7 Zusammenfassung der dargestellten Ergebnisse

Das erschütternde Wort bei der Befundbesprechung – „Brustkrebs" bedeutet für die Interviewpartnerinnen einen schlagartigen Bruch ihres bisher geführten Lebens. Ein Schock, der sich mit der gewichtigen Mitteilung der Brustamputation um ein Vielfaches verstärkt. Dennoch sind die Frauen in dieser, wie sie es beschreiben, „unwirklichen" Realität, gefordert, sich möglichst rasch der bevorstehenden Operation zu unterziehen. Dabei repräsentieren die finalen Stunden vor dem Eingriff die letzten Momente der Selbstverständlichkeit im Umgang mit dem eigenen Körper. Denn der bedeutungsschwere Eingriff verursacht Narben und verändert das Körperbild der Frauen, in für sie, spürbarer und sichtbarer Weise. Die Wirklichkeit nach der Brustamputation verlangt von ihnen eine physische sowie psychische Auseinandersetzung mit dem eigenen nunmehr unbekannten Körper. Einem gewissermaßen neuem „Ich", das nun beginnen soll.

Wenn Frauen nach der Amputation, das erste Mal einen *Blick in den Spiegel* wagen, zeigt dieser eine Reflexion des Körpers, dem Ich, und den daraus resultierenden Empfindungen. Der unbekannte Leib löst einen Schock bei den Betroffenen aus, das eigene Spiegelbild wird als fremd empfunden. Oftmals ist es dabei den Frauen nur mithilfe einer Brustprothese möglich, in einen Ganzkörperspiegel zu blicken. Nur allmählich und je länger die Erfahrung zurückliegt, gelingt es ihnen dem Bild der veränderten Körperlichkeit zu

begegnen. Begründet wird dies durch das Verständnis und die subjektive Bedeutung, die die Brust für die Frauen vor dem Eingriff dargestellt hat. Interviewpartnerinnen bezeichneten sie als Schmuckstück ihres Körpers, als Ausdruck der äußeren Weiblichkeit. Dieses Verständnis ist nun einerseits durch die Tatsache eine Brust verloren zu haben und andererseits mit nur einer Brust zu leben erheblich verletzt.

Auch aufgrund gesellschaftlich tradierter Vorstellungen eines „vollwertigen" weiblichen Körpers fürchten Frauen um ihr äußeres Erscheinungsbild und fühlen eine *Minderung der Weiblichkeit* und einen *Verlust ihres Selbstwertgefühles*.

Besonders in der ersten Zeit nach der Amputation quälen betroffene Frauen die ahnenden Blicke ihrer Mitmenschen aber auch neugierige Fragen setzten ihnen zu. Deshalb kostet es sie in dieser Phase immense Überwindungskraft, sich außerhalb des geschützten familiären Kreises, in der Öffentlichkeit zu bewegen. Die Betroffenen durchleben zudem ein erhöhtes Schamgefühl, das sich gegen ihren veränderten Körper richtet, Schwimmbad und Saunabesuche werden gemieden. Die Frauen empfinden eine *gefühlte Stigmatisierung* durch die Gesellschaft, die sich sowohl gegen ihre Erfahrung der Krebserkrankung als auch gegen ihr Erleben der Amputation richtet. Sie fühlen sich unsicher und ausgegrenzt. Diese äußerst subjektive Zeit ist geprägt von ***Traurigkeit und stiller Frustration***.

Die ***Versehrtheit des Körpers*** wird durch den Brustverlust bei den physischen Tätigkeiten der alltäglichen Abläufe deutlich spürbar wahrgenommen. In besonderer Weise kurz nach der Amputation, wenn die *Funktionalität* beträchtlich eingeschränkt, beziehungsweise *wenn der Körper körperlich kaum kann* erfahren. Die Frauen berichten, dass ihnen zudem die körperliche Energie fehlte, um den ganzen Tag durchzustehen. Besonders die Entfernung der Lymphknoten verursachen Schmerzen, Schwellungen und eine

Bewegungseinschränkung des operierten Armes. Diese belastenden körperlichen Einschränkungen stellen eine Herausforderung bei jeglicher Durchführung physischer Arbeit, dar. Dadurch wird besonders in der Zeit, in der der Körper körperlich kaum fähig ist, auch die gewohnte Rolle innerhalb der Familie als belastend empfunden und abermals das Selbstwertgefühl angezweifelt. Dieses schmerzende Gefühl kann eine Reflexion des verletzten Körperbildes darstellen und erschwert wiederum den Umgang mit dem veränderten Leib. Traurigkeit und stille Frustration sind abermals die Folge.
Die anfänglich physischen Probleme verringern sich laut Aussagen der Frauen im Laufe der Jahre und Jahrzehnte nur im geringen Ausmaße. Sie berichten, dass die Entfernung der Lymphknoten auch aktuell die beschriebenen Beschwerden verursachen und ihr Leben dadurch zeitweise beeinflusst. Auch das *Aussehen – wenn der Körper reflektiert*, wenn die Amputation in vielfacher Weise „sichtbar“ wird, belastet die Betroffenen und beeinflusst zudem ihre *Sexualität*. Wahrscheinliche Nebenwirkungen der Krebstherapie wie hormonelle Störungen, *Gewicht*sschwankungen, Menopause und ohne Zweifel die Tatsache der Brustamputation an sich und der dadurch gefühlstaub gewordene Brustbereich sowie die entstandenen *Narben* sind hierfür ausschlaggebend. Die intime Nähe des Lebens-, oder Ehepartners wird deshalb als unangenehmes Erleben wahrgenommen. Vor allem in der Phase, in der die körperliche Wandlung für die Frauen psychisch besonders belastend ist. Durch das Einfühlungsvermögen des Partners vermindert sich dieses Gefühl jedoch im Laufe der Zeit erheblich. Dadurch gelingt es den Befragten, sich gegenüber ihrem Partner wieder zu öffnen.

Auch ein Prozess des Aufbäumens, eine ***Entwicklung innerer Stärke*** entflammt in jenen Momenten, in denen die seelischen Energien der Betroffenen sich wieder zu konsolidieren beginnen. Den Frauen ist es möglich, der Erfahrung der Brustkrebserkrankung und dem Erleben der

Amputation intendiert zu begegnen. Das bewirkt auch eine schrittweise Veränderung ihres Denkprozesses. So wird das *(Über)Leben durch Brustamputation* als Chance für ein Weiterleben gesehen und nicht einzig aus der Betrachtungsweise der notwendigen existenziellen Erfahrung des Brustkrebses wahrgenommen.
Dennoch gibt es Momente der Verlustgefühle, welche anfangs in häufigeren Zeitintervallen erlebt werden. Der Verarbeitungsprozess ist ein Kraftakt, der Stärke, Beharrlichkeit und Ausdauer von den Frauen erfordert, bei dem stets mit Rückschlägen zu rechnen ist und der infolgedessen, einen *Kampf zurück in die Normalität* symbolisiert. Die Betroffenen kämpfen darum, dass das Erleben der Brustkrebserkrankung und die Veränderung ihres Körpers einen positiven Neubeginn ihres Lebens bewirkt. Dies beinhaltet auch eine *Verhaltensneuorientierung*. Dabei werden alte Muster des Lebens aufgebrochen und einer Neubewertung unterzogen. Das betrifft insbesondere das Selbstwertgefühl und die persönliche Identität der Frauen. Die Interviewpartnerinnen berichten, dass sie dabei ihres „Selbst" bewusst werden und die Neubewertung des Lebens eine Förderung zur Entfaltung ihrer Persönlichkeit bewirkt.

Daraus ergibt sich die Chance und das Bewusstsein ***Leben und das Leben erleben***. Gemeint ist damit, sich selbst zu entdecken und die Wertigkeit des Lebens willentlich und wissend in der Gegenwart wahrzunehmen, im „Jetzt" zu leben. Hieraus resultieren Beziehungen zur Verarbeitung, die bewusst angestrebt aber auch empfangen werden. Diese wichtigen Verbindungen vermögen sich sowohl positiv als auch stärkend auf alle Aspekte des Selbstkonzeptes der Frauen auszuwirken.
Für sich da sein, ist der bestrebende Charakter, frei über sich selbst und die Entscheidung der Qualität des eigenen Lebens zu bestimmen. Ausdruck dafür ist die bewusste Wahrnehmung und Befassung mit dem eigenen Körper und

der persönlichen Individualität. Auch Wünsche, die man früher aufschob, werden aktuell wahrgenommen. Desgleichen ist der Glaube von zentraler Bedeutung, sowohl während der Zeit der Krankheitserfahrung als auch nach Überwindung dieser.

Für jemanden da sein, bedeutet für die Frauen, sich positiven Aufgaben im Leben zu widmen. Ein Beispiel dafür ist der Wiedereinstieg in das Berufsleben. Es ist der Versuch in ein Tätigkeitsfeld zurückzukehren, das gerne ausgeübt wird und eine Bestätigung dafür, auch den Berufsalltag in angemessenen Umfang wieder meistern zu können. Dies beinhaltet einen Effekt der sowohl bejahend als auch stabilisierend auf das Leben der Betroffenen wirkt.

Etwas zurückbekommen von Menschen, die man schätzt, mit denen man sowohl die Schatten-, als auch Sonnenseiten des Lebens teilt, bedeutet wohl in der Krise, aber auch in der Zeit danach, eine der wichtigsten Erlebnisse bei der Verarbeitung des Brustkrebses und der Amputation. Bezugspersonen stellen besondere Kraftquellen dar. Dies zeigt sich in Gesprächen, in besonderer Weise in ehrlichem Einfühlungsvermögen, aber auch einfach nur durch ihr Dasein für die betroffenen Frauen. Sie vermitteln den Interviewpartnerinnen das sichere Gefühl, den Rucksack ihrer Krankheitserfahrung nicht allein tragen zu müssen. Dabei verkörpert der emotionale Beistand des Lebens- oder Ehepartners eine zentrale Rolle. Er trägt durch sein Verständnis und seine Zuwendung maßgeblich bei der Neuentdeckung des Selbstwertgefühles, der persönlichen Identität und der Weiblichkeit der betroffenen Frau bei. Auch Unterstützung von außen, in Form einer Selbsthilfegruppe birgt durch die Kommunikation und den Austausch der erlebten Erfahrung innerhalb der Gruppe, einen affirmativen Charakter der Hilfe sowohl zur Krankheitsverarbeitung als auch zu einer gewinnenden Haltung des Lebens an sich.

Leben und das Leben erleben wird durch den Ausdruck der Erzählungen der Interviewpartnerinnen transparent. Sie berichten, dass sie gegenwärtig ihr gewonnenes Leben wieder genießen können, dass sie den Kampf zurück in die Normalität geschafft haben.

Dennoch gibt es einen Gefährten, der ihnen seit der Diagnose im Verborgenen folgt, der zwar nicht vorherrschend ihr Leben definiert, aber dennoch da ist. Es ist die ***Angst als unsichtbarer Begleiter***, die Furcht vor einem erneuten Aufflackern eines malignen Tumors. Die *Angst vor einem Rezidiv* ist besonders in den ersten Monaten und in der Zeit, in der die Nachsorgeuntersuchungen in sehr kurzen Abständen erfolgen, ausgesprochen hoch. Die wichtigen Kontrollen bedeuten ebenso eine neuerliche Konfrontation mit der Krankheit und dem Gedanken der Unsicherheit wie das Leben weitergeht. Die Furcht, dass der Krebs zurückkehrt, verringert sich laut Aussagen der Frauen, in all den Jahren und Jahrzehnten nur minimal. Ein Wiederkehren der *Angst* ist besonders *vor den Kontrolluntersuchungen* für alle Interviewpartnerinnen deutlich spürbar. Dieser Termin bedeutet für sie eine innere Anspannung und Nervosität vor dem Untersuchungsergebnis.
Die *Unsicherheit* und die Angst vor einem Wiederauftritt der Krankheit tragen auch dazu bei, dass sich die befragten Frauen bewusst gegen eine Brustrekonstruktion entscheiden. Sie befürchten, trotz Aufklärung, dass eventuelle Gewebsveränderungen durch den Aufbau nicht frühzeitig erkannt werden.

Die beschriebenen und erlebten Phasen, die die Frauen durchwandern, sind geprägt von Höhen und Tiefen, die teilweise wiederkehrend erscheinen. Letzten Endes sind sogar die tiefsten Gräben, die die Frauen durchqueren, geprägt von ihrem Kampfgeist. Die Krankheits- und Amputationserfahrung bewirkt eine Verschiebung der Gewichtung, eine Umdeutung der Werte des

Lebens. Dadurch entdecken sie an sich auch eine neue Seite der eigenen Individualität.

Die Frauen beschreiben, dass sie sich aktuell in ihrem Leben wohl fühlen und dieses genießen. Sie bezeichnen die existenzielle Erfahrung als Chance einer positiven Wende für ihr Leben. Die Expression daraus ist die Hoffnung einer endgültigen Überwindung der Krankheit, die lebendige Impression des eigenen Selbst für das neugewonnenen Leben und dessen facettenreiche zukünftige Kapitel.

5.8 Grafische Darstellung der Ergebnisse

Die Illustration der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, visualisiert die Phasen der Erfahrung welche die betroffenen Frauen durchwandern.

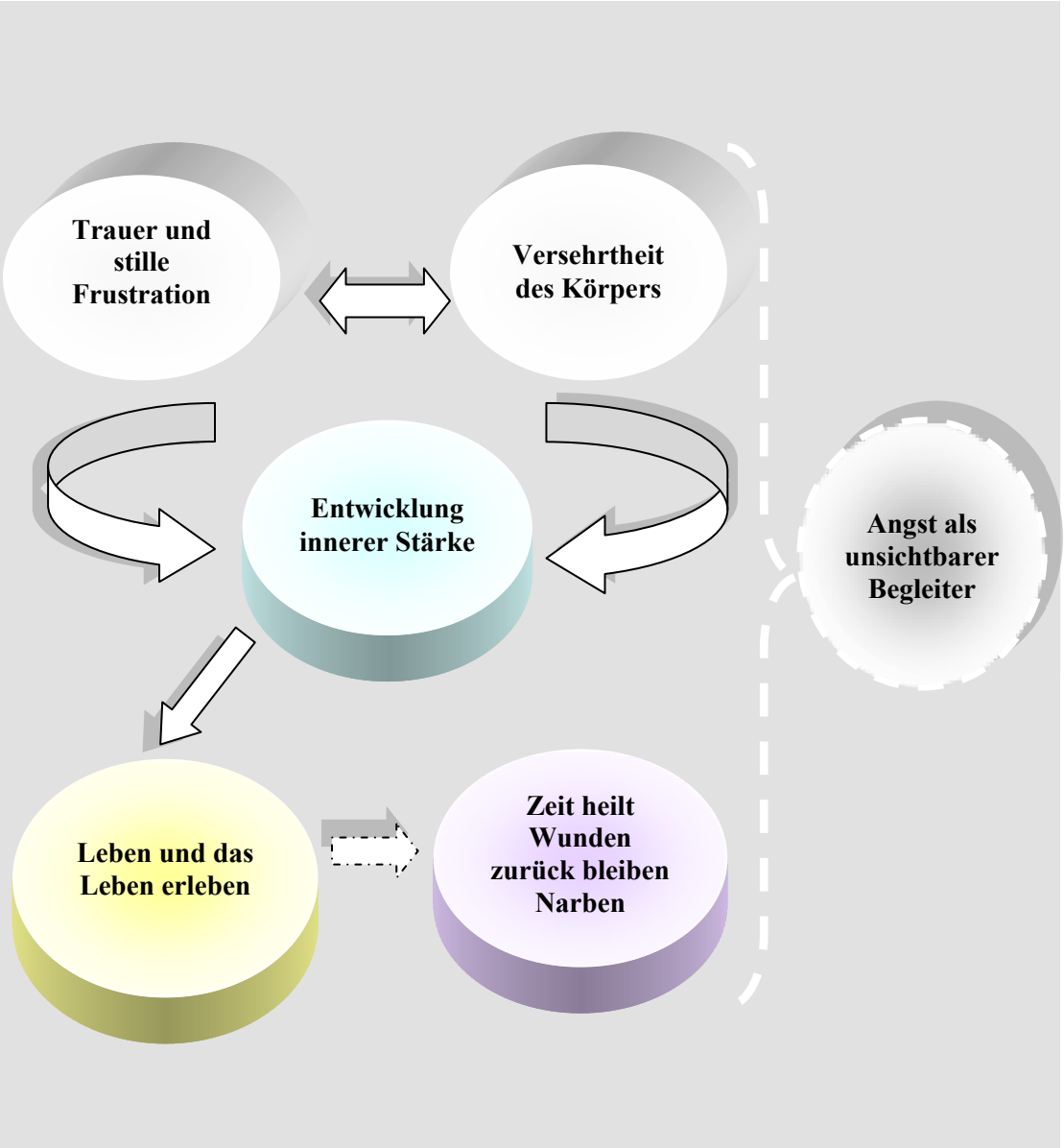

Abb. 4: Graphik der Ergebniskategorien

6 DISKUSSION

Die eben beschriebenen Ergebnisse, die sich in der vorliegenden qualitativen Forschungsarbeit herausbilden, werden in diesem aktuellen Abschnitt debattiert. Dabei wird der Versuch unternommen, explizit darauf einzugehen, in welche Teilaspekte des Selbstkonzeptes sich die Ergebnisse eingliedern lassen, beziehungsweise welche Bereiche des Selbstkonzeptes Auswirkungen durch den Brustverlust erfuhren. Zusätzlich werden die in der Theorie beschriebenen Pflegemodelle mit den gewonnen Ergebnissen in Beziehung gestellt und der Betrachtung unterzogen, inwieweit sie mit diesen konvergieren.

Das Resultat der vorgestellten Ergebnisse zeigt auf, dass die Erfahrung einer Brustamputation nach malignem Tumor, sich auf jegliche Aspekte des hier zugrunde liegenden Verständnisses von Selbstkonzept auswirkt. Jedoch sind die Veränderungen oder Auswirkungen auf die Teilbereiche des Selbstkonzeptes in unterschiedlicher Weise und abwechselnd bestimmt. Begründet wird dies durch die bereits charakterisierten, vielfältigen Phasen, die die Frauen durchleben.

In der Phase der *Trauer und der stillen Frustration* sind alle Aspekte des Selbstkonzeptes betroffen. Das Körperbild spielt in dieser persönlich wahrgenommenen Zeitspanne eine bedeutsame Rolle. Der Körper, der durch die Erfahrung der Brustamputation fremd geworden ist, führt zu einer Minderung der Weiblichkeit und zu einem weitestgehenden Verlust des Selbstwertgefühles. Des Weiteren zu einem Infragestellen der persönlichen Identität und zur gefühlten Stigmatisierung, die wiederum die soziale Rollenausübung beeinflusst.

Price (1998) bezeichnet diese subjektiv wahrgenommene Belastungserfahrung als verändertes Körperbild. Dieses liegt dann vor, wenn der Leib keine positive Wirkung auf das Selbstwertgefühl ausübt. Die Betroffenen fühlen sich dadurch negativ behaftet und in ihren sozialen Beziehungen gehemmt. Des Weiteren spricht Price (1998) von einem veränderten Körperbild, wenn Bewältigungsstrategien für das Gleichgewicht der Körperrealität, des Körperideals und der Körperpräsentation durch eine Körperschädigung oder gesellschaftliche Stigmatisierung wirkungslos bleiben.

Um einer „Störung" des Körperbildes entgegenzuwirken, ist es besonders wichtig, dass die Betroffenen vor der Amputation ausreichend über die operative Veränderung ihres Körpers aufgeklärt werden. Einfühlungsvermögen und begleitende Unterstützung durch die Pflegepersonen sind sowohl vor als auch nach dem Eingriff, wenn sich der Brustverlust erstmals in das Bewusstsein der Betroffenen bohrt und gleichsam während des gesamten Spitalsaufenthaltes, von zentraler Bedeutung für die Frauen:

„…im Krankenhaus nach der OP (,) ist das Ganze eigentlich nicht angesprochen worden. Das war irgendwie (,) die OP war da, die Brust ist weg. Ich bekomm die Schmerztherapie (,) ich krieg das (,) ich krieg das (,) damit war für die das abgetan..." (IP9/376-379)

„…nur a Schwester ist nett g´wesen und zu mir gekommen. Auch so kann´s dir gehen. Und es tut so weh (,) grad in so einer Situation. (,) Es tut so weh. Da hat keiner a richtiges Gespür für di (,) oder ist man da so empfindlich. (,) Jo (,) jo so überempfindlich vielleicht a. Aber das bringt das Ganze mit sich…" (IP3/53-57)

In dieser Situation spricht das allgemeine Systemmodell von King für sich.

Sie fordert Wahrnehmung beider InteraktionspartnerInnen, denn erst dadurch kann der Interaktionsprozess zwischen dem Pflegenden und dem der Pflege erhält, beeinflusst werden (Herold, 2001). Die bewusste Wahrnehmung des Klienten durch Pflegefachkräfte ist besonders wichtig, da im allgemeinen Systemmodell Personen den Mittelpunkt der Pflege bilden. Für Pflegepersonen bedeutet Wahrnehmung einen Ablauf des Agierens, des Deutens und des Transformierens, sowohl durch gesammelte Informationen als auch durch ihre Sinneseindrücke (Fawcett, 1996). Mit den Aussagen der Interviewpartnerinnen wird deutlich, dass sich die Betroffenen sowohl Zuwendung als auch Gespräche von den professionell Pflegenden erhoffen beziehungsweise erwarten.

Im allgemeinen Systemmodell soll durch Kommunikation zwischen KlientInnen und Pflegepersonen gemeinsame Strategien erarbeitet werden, um geplante Ziele zu erreichen um in sozialen Rollen wieder oder weiterhin aktiv handeln zu können. (Fawcett, 1996; Meleis 1999). Ein kooperatives Ziel könnte zum Beispiel sein, die Frauen behutsam darauf vorzubereiten, ihren operierten Brustbereich und die Narbe zu betrachten. Aber auch, wenn es um das Kennenlernen der ersten Prothese geht, ist das „Wie“ des Vorgehens der Pflegepersonen gefragt.

King sieht die zentrale Aufgabe der Pflege im Stärken, Beibehalten und Wiederaufbauen von Gesundheit, der Betroffenen (Fawcett, 1996). Jedoch scheint die Aufgabe der Wiederherstellung der Gesundheit durch die Pflegepersonen im Falle einer Krebserkrankung mit körperlich verändernder Operation ihrer KlientInnen, fragwürdig. In der Zeit, in der sich die Frauen im Krankenhaus befinden, bedarf es an Bewahrung und Förderung ihrer physischen, insbesondere der psychischen Kräfte. Die professionelle Unterstützung der Pflegekräfte ist dabei besonders wichtig, da sie die ersten

Bezugspersonen darstellen, die durch ihr Wirken den Frauen den Weg der Verarbeitung des Erlebten eröffnen können.

Besonders die *Versehrtheit des Körpers* durch die Brustamputation, stellt für die betroffenen Frauen eine spürbare aber auch sichtbare Herausforderung im Umgang mit dem eigenen Körper dar. Durch die operative Entfernung der Lymphknoten des betroffenen Armes, werden physische Arbeiten zur täglichen Belastungsprobe und zu einer ungebetenen Erinnerung des Brustverlustes.
Zusätzlich beinträchtigen Begleiterscheinungen der Therapie, immens das Wohlbefinden der Interviewpartnerinnen. Sexuelle Intimität wird in dieser Phase durch ein Infrage stellen der Weiblichkeit und dem Verlust des Selbstwertgefühles zur empfindlichen Provokation. Dies bezieht sich insbesondere auf jene Zeit, in der das verletzte Körperbild noch nicht als Teil in die eigene Persönlichkeit integriert werden kann. Der Verlust des Selbstwertgefühles führt ebenso zu einer Minderung des eigenen Wertes.
Callista Roy beschreibt in ihrem Adaptionsmodell diese Erscheinungen als Anpassungsschwierigkeiten, die dann auftreten, wenn Verluste, sexuelle Störungen und traumatische Situationen nicht genügend in das Selbstkonzept integriert werden können (Fawcett, 1996).

Die Ergebnisse lassen jedoch den Schluss zu, dass es den Frauen gelingt die physischen Auswirkungen in ihr Selbstkonzept zu integrieren. Dadurch gewinnen die Betroffenen an Selbstsicherheit und erleben eine Steigerung ihres Selbstwertgefühles. Jedoch bedarf die Akzeptanz des Verlustes und der existenziellen Bedrohung durch die Krankheit eines – nämlich ZEIT.

Ähnlich formuliert dies Roy, wenn auch ohne Bezugnahme der zeitlichen Ebene. Laut Roy stellen Menschen ein adaptives System dar, die die

Möglichkeit besitzen sich zu wandeln und daher den Veränderungen der Umwelt anzupassen und auf diese einzuwirken (Fawcett, 1996).

Das wird auch durch einzelne Komponenten der Grundannahmen des Körperbildmodelles nach Price untermauert. Bob Price (1990) geht davon aus, dass der Mensch die Fähigkeit besitzt, bei Gesundheit wie auch bei Krankheiten und Verletzungen sein Körperbild regelmäßig anzupassen, beziehungsweise dieses anzunehmen.

Die beschriebenen Annahmen von Roy und auch jene von Price stehen im Gleichklang mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit, auch bezüglich der Auswirkungen des Körperbildes auf andere Teilbereiche des Selbstkonzeptes sind Parallelen erkennbar.

Price (1990) spricht davon, dass das Körperbild von der Umwelt bestimmt wird. Die Auswirkung des Körperbildes auf das Selbstbild einer Person kann sowohl positiv als auch negativ behaftet sein.

In der Phase der Trauer und stillen Frustration, als auch bei der Kategorie der Versehrtheit des Körpers wird transparent, dass sich das Körperbild durch den Verlust der Brust, suboptimal auf die Teilaspekte des Selbstkonzeptes der betroffenen Frauen auswirkt.

Der von Callista Roy definierte Umweltbegriff ist ähnlich konzipiert wie die Aussage von Price über Umwelt und Körperbild. Jedoch trifft sie keine Aussagen darüber, in welche Richtung sich die Auswirkungen bewegen könnten. Ihr Verständnis von Umwelt ist eine beeinflussende Prämisse, die durch Reize zur Entwicklung der Individualität einer Person beiträgt und die Einmaligkeit eines Menschen repräsentiert (Fawcett, 1996).

In der Phase der *Entwicklung innerer Stärke* wird das persönliche Wachstum, welches sich aus der Erfahrung des Brustverlustes ergibt in besonderer Weise sichtbar. Denn das (Über)Leben durch Brustamputation impliziert ein Verständnis der Chance des Weiterlebens durch den operativen Verlust der

Brust. Die Frauen berichten, dass ihnen diese Sichtweise ungemein bei der Verarbeitung des Geschehenen, aber auch im Kampf zurück in die Normalität hilft. Die Bertoffenen versuchen die persönliche Erfahrung der Amputation und der Krebserkrankung positiv in die Entwicklung ihrer Individualität zu integrieren. Dies führt zu einer Verhaltensneuorientierung gegenüber dem eigenen Selbst. Die Frauen beginnen sich zu schützen, ihre Persönlichkeit bewusst zu verteidigen. Wenn es um die eigene Person geht, werden konfliktreiche Situationen mit neu gewonnenem Selbstbewusstsein gegenüber getreten:

„...i hab mir g´schworn: `Na, du schluckst nix mehr, aus!´...“ (IP9/91-92)

Zudem werden Interaktionen, die früher als nervenaufreibend empfunden wurden, durch Verhaltensneuorientierung nun gleichmütiger wahrgenommen:

„...jetzt wenn einer mir blöd kommt (,) hör i mir wohl an was er zu sagen hat (,) vielleicht hab i a gutes Argument (,) dann sag i was (,) und wenn nit (,) passt (,) dreh mi um und geh...“ (IP5/361-364)

Auch Levine geht in ihrem Konservationsmodell davon aus, dass für den Erhalt des „Selbst“ eine Verteidigung der Einzigartigkeit des Individuums wichtig ist. Dabei versucht jeder Mensch seine Persönlichkeit sowohl nach innen als auch nach außen, sprich in sozialen Rollen zu schützen (Fawcett, 1996).

Durch die Argumentation der Interviewpartnerinnen wird erkennbar, wie wichtig es für sie geworden ist, klare Grenzen zu setzen. Dies beinhaltet für die Betroffenen ein emanzipiertes Bewusstsein und eine neue Qualität des Selbst und des Seins. *Leben und das Leben erleben* ist Ausdruck davon. Für sich da zu sein bedeutet eine Komponente des Neubeginnes ihres Lebens, ein Schlüssel zur Verarbeitung des Geschehenen und eine intendierte Kontroverse

mit sich selbst. Gesundheit wird zur wesentlichen Prämisse im Umgang mit der eigenen Körperlichkeit.

Levine definiert Gesundheit als Beschaffenheit der gesammelten Erfahrungen des Lebens. Welche Informationen ein Individuum darin speichern möchte, ist ihm überlassen. Gesundheit wird dann als erfolgreiche Adaption gesehen, wenn Wohlbefinden erreicht und die betreffende Person über Kontrolle und Entscheidungsfähigkeit ihres Lebens verfügt (Facwett, 1996; Meleis, 1999).
Wenn innere Stärke wiedererlangt und Wohlbefinden erreicht wird, dann gelingt es den betroffenen Frauen für sich, aber auch für jemand anderen wieder da zu sein. Das bedeutet einer Aufgabe nachgehen zu können, die sich in positiver Weise auf ihr Leben auswirkt. Ein bedeutender Schritt dazu ist der Wiedereinstieg in das Berufsleben. Er stellt für die Frauen die wichtige Erfahrung dar, auch im beruflichen Umfeld den Alltag, oft trotz körperlicher Anstrengungen, wieder zu bewerkstelligen. Die Interviewpartnerinnen berichten über ihre Freude erneut „für jemanden da sein" zu können, der ihre berufliche Kompetenz schätzt. Auch ArbeitskollegInnen bilden bei der Rückkehr in den Beruf ein wichtiges Netz der Unterstützung. Bedauerlicherweise stellte sich vereinzeltet in den Interviews heraus, dass einigen Frauen, diese positive Erfahrung verwehrt blieb:

„...i hab dann noch einen Arbeitsversuch g´macht aber aufgrund der Hand hab i nimmer arbeiten können ... Die Leitung hat wohl gesagt: ` Heb nicht und ruf uns! ´ Aber es waren auch viele neue Kollegen dabei, die schaun di dann an als ob du nicht arbeiten wolltest. Also das hat sehr weh getan ... Das mit den Kollegen (,) hab i nit ertragen (,) weil i war nie a Mensch der nicht angepackt hat..." (IP8/319-328)

Solche Begegnungen führen abermals zu Traurigkeit und stiller Frustration, zu einer gefühlten Stigmatisierung und einer Minderung des Selbstwertgefühls.

In diesem Fall wird auch die soziale Rollenausübung in Frage gestellt. Mit einem Schlag wird die Versehrtheit des Körpers, der Verlust der Brust und die erlebte Krebserkrankung erneut schmerzlich spürbar.
Diese beklemmenden Situationen bedeuten oftmals einen emotionalen Rückschlag. Trotzdem oder möglicherweise gerade deshalb, lassen sich betroffene Frauen nicht verunsichern. Eine Interviewpartnerin bringt ihre Erfahrung folgendermaßen zum Ausdruck:

„…i bin a nach sieben Monaten wieder arbeiten gegangen. Das war vielleicht nicht so klasse. Es war einfach … im April vorher hab i a neue Kollegin bekommen… Die wollte meinen Job haben, natürlich. Und immer hat das so heraus geklungen wie `na, dass du wieder arbeiten gegangen bist (,) da bleib i doch daheim und geh in Pension´. (…) Aber die paar Jahre hab i durch gedrückt und mit X Jahren bin i dann in Altersteilzeit gegangen…" (IP4/149-177)

Die lebensbedrohliche Krankheit und die Erfahrung des Brustverlustes birgt eine Erhaltung und Verteidigung der Individualität in sich.
Die bekannte und scheinbar sichere Welt ist zum bedrohlichen und brüchigen Ort der Erfahrung geworden. Sie muss neu erforscht, angenommen und aufgebaut werden. Das Selbstwertgefühl, welches durch dieses Ereignis stark vermindert wurde, muss durch positive Aktionen wieder protegiert werden (Filipp & Aymanns, 2010). Dabei ist die Unterstützung der Familienmitglieder für die Frauen während der Krise, aber auch nach dem Überwinden der Krankheit von fundamentaler Bedeutung.
Besonders der Lebens- oder Ehepartner wird von den Frauen als wichtiger Gefährte im Verarbeitungsprozess gesehen. Beispielsweise vermindert die Haltung des Partners unter gewissen Umständen enorm den Druck, der auf den Schultern der Frauen lastet. An dieser Stelle seien die Aussagen der

Ehemänner erwähnt. Sie versichern, dass eine ausstehende Brustrekonstruktion aus ihrer Sicht nicht erforderlich sei. Dies stellt ein überraschend positives Statement für die Interviewpartnerinnen dar. Dadurch gelingt es auch leichter, sich vorbehaltsloser mit einer vormals unbekannten Brustprothese auseinanderzusetzen. Welche Bedeutung die prothetische Versorgung für die Interviewpartnerinnen im Laufe der Zeit entwickelt, wird durch ihren Erklärungsversuch transparent:

„… sie ist mein zweites Ich (…) eine Prothese, mit der i gut leb…" (IP2/152-164)
„… die selbstklebenden Prothesen, durch die hab ich a komplettes Selbstwertgefühl bekommen…" (IP1/270-271)

Sertoz et.al. (2009) behaupten in ihrer Studie, dass Brustprothesen zwar helfen können mit der Brustamputation umzugehen, sie jedoch nicht vermögen, das geschädigte Körperbild zu reparieren. Dieses Ergebnis wird durch die Aussagen der Interviewpartnerinnen der vorliegenden Arbeit in Frage gestellt. Auch Price (1990) spricht in seinen Körperbildmodell davon, dass der Mensch ein individuelles Bild seines Körpers besitzt, welches selbst bei Verletzung und Krankheit regelmäßig adaptiert wird.

Leben und das Leben erleben bedeutet für die Frauen eine Bewusstwerdung ihres eigenen Selbst, aber auch eine intensivere Wahrnehmung ihrer Körperlichkeit. Dies bewirkt eine Weiterentwicklung und Entfaltungsmöglichkeit der eigenen Individualität. Die Betroffenen versuchen der erlebten und existenziell bedrohlichen Erfahrung, eine positive Bedeutung zu geben. Der essenziellste Ausdruck dessen ist wohl die Hoffnung:

„… vielleicht, dass der Krebs besiegt ist …" (IP 3/186-187)

Dieses „vielleicht“ ist ein durch die Krebserkrankung erzeugter Charakter, der sich im Leben der Betroffenen, lautlos einnistet. Die *Angst, als unsichtbarer Begleiter,* vor einem neuerlichen Aufflackern der Krankheit wurde zum stummen und ungebetenen Gefährten. Er begleitet die Frauen seit dem Zeitpunkt der Diagnose.

Laskowski (2000) geht davon aus, dass die Weiterentwicklung eines Menschen davon abhängig ist, wie gut er mit seinem Angstgefühl umgehen kann. Wenn die Angst zu groß ist, wird es für den Betreffenden schwierig, neue Informationen und Erlebnisse in seine Persönlichkeit zu integrieren. Auch hier kommt wieder der zeitliche Faktor der Verarbeitung zu tragen. Nach Aussagen der Frauen ist die Furcht vor einem neuerlichem Aufritt eines malignen Tumors in den ersten Jahren besonders hoch und verringert sich im Laufe der Jahre nur schleichend. Je länger jedoch das Geschehene zurückliegt, desto weniger bestimmt die Angst vorzugsweise das Leben der Betroffenen. Dennoch wird sie auch Jahre, nach einem positiven Abschlusspunkt der Krankheitsphase (aus medizinischer Sicht!), wahrgenommen. Jedoch in differenzierter Form und latenter Präsenz, in Gestalt von undefinierbaren körperlichen Beschwerden sowie insbesondere bei Nachsorgeuntersuchungen, manchmal auch als „unerwarteter Blitz, der wie aus heiterem Himmel“, der die Gedanken lähmt.

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass sich die Erfahrung des Brustverlustes zu Beginn suboptimal auf das Selbstkonzept auswirkt. Jedoch ist die Erfahrung in jeder Phase geprägt vom Lebenswillen und Überlebenswillen der Frauen. Dabei nehmen sie den Kampf mit der Krankheit alsbald aktiv auf. Der Verlust der Brust, welche sich auf das Körperbild, das Selbstwertgefühl, auf die persönlichen Identität, sowie die soziale Rollenausübung auswirkt, erfordert eine intensive Auseinandersetzung. Die Frauen erleben emotionale Rückschläge, doch sie versuchen diese in ihr

Selbstkonzept zu integrieren. Die Frauen entwickeln im Laufe des Verarbeitungsprozesses eine bedeutende innere Stärke, welche auch eine Haltung der Neuorientierung gegenüber ihres Lebens ins sich birgt. Durch begleitende Unterstützung ihres sozialen Umfeldes, aber auch durch eine intensive Beschäftigung mit der eigenen Person, finden sie ferner zu einer neuen Qualität der bewussten Existenz ihres Selbst. Dieses wirkt sich stärkend auf die verschiedenen Aspekte des Selbstkonzeptes aus und begünstigt eine Entfaltung ihrer Individualität.

Der Lebensrucksack wurde neu gepackt, Altlasten aussortiert. Neues angenommen, Bewährtes und bedeutende Erinnerungen werden auf die weitere Reise mitgenommen. Eine instruktive Erinnerung daraus ist die erlebte Erfahrung der Brustamputation und der Krebserkrankung. Sowie die latente Angst vor einem neuerlichen Auftritt eines malignen Tumors. Diese Erinnerungen werden von den Frauen als Meilenstein ihrer Biographie, aber auch als eine spürbare Narbe der traumatischen Erfahrung empfunden.

7 CONCLUSIO UND AUSBLICK

Die Konsequenz eines Brustverlustes erfordert ein Erleben und Durchwandern facettenreicher Phasen. Diese werden im Zusammenhang mit der Amputation, der Krankheitserfahrung und der Verarbeitung verstanden. Denn ein Erleben des Verlustes der Brust und der Krebserkrankung kann nicht exklusiv voneinander getrennt betrachtet werden, da sie dicht miteinander verwobene Erlebnisse darstellen. Das Durchschreiten der beschriebenen und unterschiedlichen Kategorien wird von jeder befragten Frau wahrgenommen, jedoch in subjektiv langer Dauer.

Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass die Phase der Traurigkeit und stillen Frustration, die der Versehrtheit des Körpers abwechselnd voneinander bestimmt sind und unterschiedlich oft durchlebt werden können. Negativ behaftete Situationen und körperliche Beschwerden können selbst nach längerer Zeit des Geschehens abermals Traurigkeit und stille Frustration auslösen. Dennoch werden Gefühle in Bezug auf Krankheit und Amputation im Verarbeitungsprozess neu geordnet und können dann erst erfolgreich ins Selbstkonzept integriert werden.

Leben und das Leben erleben stellten zum Zeitpunkt der Untersuchung das aktuelle Empfinden der Frauen dar. Mit einer Forscherin erneut über das Erleben zu sprechen, war für die Gesprächspartnerinnen eine Herausforderung. Die Gefühle aufleben zu lassen und ein nochmaliges Durchwandern ihrer Erfahrung erforderte Mut. Um ein sensibles Vorgehen zu ermöglichen, wurde es den Frauen freigestellt, mit welchem Aspekt des Selbstkonzeptes sie beginnen und fortfahren möchten. Dazu wurden von der Forscherin alle Bausteine des Selbstkonzeptes vorab auf Kärtchen, welche

dieselbe Form und Farbe besaßen, geschrieben. So waren diese während des gesamten Gespräches für die Interviewpartnerinnen visuell erkennbar.

Selbstwert und Körperbild waren die zu Beginn am häufigsten besprochenen Themen. Zum Schluss des Gespräches wurden noch einmal die erstbestimmten Kärtchen reflektiert. Die Frauen berichteten „Selbstwert“ als erstes Kärtchen gezogen zu haben weil:

„ ...Selbstwert für mich (,) was Wichtiges im Leben ist. Weil davon hängt mein ganzes Auftreten ab. Selbstbewusstsein ist für mich einfach etwas Wichtiges. Weil sonst (,) sonst geh ich unter wenn ich das nicht hab. Und das war für mich wichtig das wiederzuerlangen…“ (IP6/309-312)

„ ...i sag immer: `I weiß, was i kann und i weiß wer i bin´…“ (IP2/491)

Eine Interviewpartnerin erklärt, weshalb sie mit dem Aspekt des Körperbildes beginnen wollte:

„ ...weil i mit allem so schön fertig geworden bin (,) weil i selber an mir gearbeitet hab...“ (IP5/257-258)

An dieser Stelle wird festgehalten, dass die gezogenen Kärtchen nicht eine Rangordnung ergeben. Jedoch weisen sie darauf hin, dass diese beiden Aspekte durch die Erfahrung der Amputation und Krebserkrankung stark erschüttert waren und sie zeigen, welchen Stellenwert diese Aspekte heute einnehmen.
Bemerkenswert ist auch, dass es keine Teile des Selbstkonzeptes gab, über die die Interviewpartnerinnen nicht oder nur ungern sprechen wollten.

Der Fokus und somit das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Diplomarbeit bildet die Bedeutung des Erlebens einer Brustamputation und wie sich diese Erfahrung auf das Selbstkonzept der Interviewpartnerinnen auswirkt. Dabei wurde speziell die Sicht der betroffenen Frauen beleuchtet.

Der Stellenwert der Familienmitglieder im Krankheits- und Verarbeitungsprozess wurde ebenfalls konzentriert aus dem Erleben der Frauen wahrgenommen und beschrieben. Dabei wurde ersichtlich, dass Familienmitglieder eine entscheidende Rolle im Leben der betroffenen Frauen durch ihr Wirken verkörpern. Trotzdem kann die Krebserkrankung, insbesondere am Anfang, das gewohnte Miteinander aller Beteiligten schwer beeinträchtigen. Spürbare Unsicherheit, Sorge, Angst und die lautlose Hilflosigkeit der Angehörigen hemmen die Kommunikation und den sonst so selbstverständlichen Umgang mit der betroffenen Partnerin, Freundin, Tochter, Schwester, Mutter:

„…es hat keiner gewusst, wie er mit mir umgehen sollte. Bis i dann wortwörtlich gesagt hab: `I leb noch und jetzt reden wir einmal darüber´…“ (IP2/323-324)

Angehörige sind selbst Betroffene der fremden Situation und wissen oft nicht, welche Worte der Zuwendung in dieser völlig unbekannten Wirklichkeit hilfreich sind. Die bedrohliche Krankheit wird auch für die Familie zur ungewohnten Herausforderung.

Weitere Pflegeforschungen könnten daher den Unterstützungsbedarf betroffener Familien fokussieren. Spezifische Interventionen, Kommunikations- und Unterstützungsmodelle daraus erarbeitet beziehungsweise weiterentwickelt und in die Praxis implementiert werden, denn ganzheitliche Beratung, Information und Begleitung ist einerseits für die betroffenen Frauen wichtig, andererseits auch für die Familien erforderlich.

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass die Frauen sowohl von ihren Bezugspersonen als auch von Selbsthilfegruppen begleitet wurden. Ein weiteres Forschungsvorhaben wäre auch Frauen mit einzubeziehen, welche keine familiäre und/oder externe Unterstützung erfahren konnten. Möglicherweise ergeben sich daraus Unterschiede im Erlebens- sowie Verarbeitungsprozess des Brustverlustes und der Krebserkrankung im Bezug auf das Selbstkonzept.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen zudem, dass die Frauen im besonderen Maße und vorwiegend kurz nach dem Eingriff unter dem Brustverlust leiden. Sie fühlen eine Minderung der Weiblichkeit und einen Verlust ihres Selbstwertgefühls. Deshalb ist es von essenzieller Bedeutung, die betroffenen Frauen umfassend über die bevorstehende körperliche Veränderung durch die Operation aufzuklären. Eine Empfehlung für die Pflegepraxis impliziert, die Betroffenen präoperativ dahingehend zu unterstützen, indem sie ihnen den Vorschlag unterbreiten, sich von ihrer Brust in Form von Ritualen zu verabschieden. Dies kann, wie von einer Interviewpartnerin beschrieben, ein Ritual des bewussten Befühlens, eines Streichelns der Brust sein.
Nach der Operation sind Pflegende gefordert durch Ausübung ihrer professionellen Kompetenzen und durch empathisches Verhalten die Frauen bei der Annahme ihres veränderten Leibes zu unterstützen. Dabei muss den Betroffenen jedoch auch Raum und Zeit geboten werden ihren Verlust betrauern zu dürfen. Ebenso wichtig wäre es, die betroffene Frau vor einem Verbandswechsel, aber auch vor der ersten Anprobe der Brustprothese behutsam, jedoch ausführlich, darauf vorzubereiten.

Wenn Frauen das Krankenhaus verlassen haben, werden sie im Rahmen der engmaschigen Nachsorgeuntersuchung weiter betreut. Die Ergebnisse zeigen,

dass die Betroffenen von der unsichtbaren Angst eines erneuten Aufloderns der Krankheit begleitet werden. Deshalb ist es auch hierbei unerlässlich die Angst der Frauen wahrzunehmen und mit ihnen darüber zu sprechen. Dies betrifft jedoch nicht nur ausschließlich professionell Pflegende sondern das gesamte multidisziplinäre Team, das die Frauen auf ihren Weg begleitet.
Die Ergebnisse zeigen, dass die Angst selbst Jahre nach dem Genesungsprozess immer noch ein latenter Begleiter im Leben der Frauen darstellt, so besteht auch zu diesem Thema dringend notwendiger Forschungsbedarf. Hierbei läge der Fokus speziell darauf, inwieweit Aufklärung, Beratung und Begleitung (seit dem Tag der Diagnose ineinandergreifend) erfolgte. Beispielsweise könnte durch zukünftige Forschungsergebnisse festgestellt werden, ob sich durch gezielt eingesetzte und professionelle Unterstützung, Unterschiede in der Ausprägung des Angstempfindens, bei Brustkrebs - Überlebenden ergeben.

Ein gelungenes Zusammenspiel der Professionen und Disziplinen und ein sinnvolles Vernetzen von Forschungs- und Arbeitsergebnissen bilden ein tragfähiges Fundament, für eine umfassende Beratung, Begleitung und Betreuung jener Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind. Im Mittelpunkt des Interesses sollte stets die Bedeutung des Erlebens der Frauen, welche sich wesentlich auf die Teilaspekte des Selbstkonzeptes auswirkt stehen, da persönliche Identität, Selbstwert, Körperbild und soziale Rollenausübung das entscheidende Zentrum des Entwicklungsprozesses der Persönlichkeit bilden.
Vorrausschauend ist festzuhalten, dass durch die aktuell charakterisierten Forschungsanregungen im Rahmen der Pflegewissenschaft, substanzieller Forschungsbedarf für weiterführende Untersuchungen zum vorliegenden Thema besteht.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Abdallah, A., Papadopoulus, S., & Audretsch, W. (2010). Mammachirurgie. Onkoplastische Operationstechniken bei brusterhaltender Therapie. Frauenarzt, 51 (1), 30-37.

- Ahn, S.H., Park, B.W., Noh, D.Y., Nam, S.J., Lee, E.S., Lee, M.K., Kim, S.H., Lee, K.M., Park, S.M. & Yun, Y.H. (2007). Health-related quality of life in disease-free survivors of breast cancer with the general population. Annals of oncology, 18 (1), 173-182.

- Akinsanya, J. (1997). Das Pflegemodell von Callista Roy. In J., Akinsanya, G., Cox, C., Crouch, & L., Flechter (Hrsg.), Pflege nach Roy, Band 4 (S. 20-35). Freiburg. Lambertus.

- Al-Ghazal, S.K., Fallowfield, L., & Blamey R.W. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. European journal of cancer, 36 (15), 1938-1943.

- Anagnostopoulos, F., & Myrgianni S. (2009). Body image of Greek breast cancer patients treated with mastectomy or breast conserving surgery. Journal of clinical psychology in medical settings, 16 (4), 311–321.

- Arndt, V., Stegmaier, C., Ziegler H., & Brenner, H. (2008). Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: a population-based study. Journal of cancer research and clinical oncology, 134, (12),1311–1318.

- Aronson, E., Wilson, T. D. & Akert, R. M. (Hrsg.). (2008). Sozialpsychologie. 6. Auflage. München: Pearson Studium.

- Asendorpf, J. B. (Hrsg.). (2004). Psychologie der Persönlichkeit. 3. Auflage. Heidelberg: Springer.

- Baumann, S. (Hrsg.). (2009). Psychologie im Sport. Psychische Belastungen meistern. Mental trainieren. Konzentration und Motivation. 5. Auflage. Adelaide, Auckland, Budapest, Cape Town, Graz, Indianapolis, Maidenhead, Olten, Singapore, Toronto: Meyer & Meyer.

- Baumeister, R. F. (1997). Identity, self-concept, and self-esteem. The self lost and found. In: R., Hogan, J., Johnson & S., Briggs (Hrsg.), Handbook of personality psychologie (S. 681-710). San Diego: Academic Press.

- Burns, N. & Grove, S. K. (Hrsg.). (2005). Pflegeforschung verstehen und anwenden. München: Urban & Fischer.

- Creutzfeld-Glees, C. (Hrsg.). (2007). Schicksal Brustkrebs - Wege zur Bewältigung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Corbin, M. & Strauss, A. (Hrsg.). (2004). Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 2. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

- Corr, D. M. & Corr, C. A. (Hrsg). (1992). Gerontologische Pflege. Herausforderung in einer alternden Gesellschaft. Bern, Göttingen: Huber.

- Cserny, S. & Paluselli, C. (Hrsg.). (2006). Der Körper ist der Ort des psychischen Geschehens. Grundlagenwissen der Konzentrativen Bewegungstherapie. Würzburg: Königshausen und Neumann.

- Dahrendorf, R. (Hrsg.). (2010). Homo Sociologicus. 17. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Dawson, T. (1999). Das Körperbild aus gynäkologischer Sicht. In M., Salter (Hrsg.), Körperbild und Körperbildstörungen (S. 155-167). Wiesbaden: Ullstein Medical.

- Deusinger, I. M. (2009). Frankfurter Körperkonzeptskalen. In P., Joraschky, T., Loew & F., Röhricht (Hrsg.), Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik (S. 89-101). Stuttgart: Schattauer.

- Ditz, S., Diegelmann, C. & Isermann, M. (Hrsg.). (2006). Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs. Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

- Dolan, B. & Birtchnell, S. (1999). Die Erfassung des Körperbildes. In M., Salter (Hrsg.), Körperbild und Körperbildstörungen (S. 49-67). Wiesbaden: Ullstein Medical.

- Eicher, M. & Marquard, S. (Hrsg.). (2008). Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe. Bern: Huber.

- Engel, I., & Hoppe-Graf, S. (1999). Das Kind wird sich seiner selbst bewusst. Die Entwicklung des Selbstkonzeptes und des sozialen Verstehens in der frühen Kindheit. In Deutscher Familienverband (Hrsg.), Handbuch Elternbildung. Wissenswertes im zweiten bis vierten Lebensjahr des Kindes, Band 2 (S. 123-148). Opladen: Leske + Budrich.

- Erickson, M.F. & Egeland, B. (Hrsg.). (2009). Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Fawcett, J. (1996). Pflegemodelle im Überblick. Aus dem Amerikanischen von Erckenbrecht, I. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

- Fesenfeld, A. (Hrsg.). (2006). Brustverlust. Zum Leib-Erleben von Frauen mit einer Brustamputation. Marburg: Tectum.

- Filipp, S.H. & Aymanns, P. (Hrsg.). (2010). Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Stuttgart: Kohlhammer.

- Friesacher, H. (Hrsg.). (2008). Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Göttingen: V&Runipress.

- Fürstler, G. & Hausmann, C. (Hrsg.). (2000). Psychologie und Sozialwissenschaft für Pflegeberufe 1. Grundlagen der Psychologie, Entwicklungspsychologie, Pädagogik, Sozialhygiene. Wien: Facultas .

- Fürstler, G. & Hausmann, C. (Hrsg.). (2000). Psychologie und Sozialwissenschaft für Pflegeberufe 2. Klinische Psychologie, Behinderung, Soziologie. Wien: Facultas.

- Georg, J. (2002). Ekel und Körperbild. Nova, 33 (9), 21-23.

- Gergen, K. J. (1979). Selbsterkenntnis und die wissenschaftliche Erkenntnis des sozialen Handelns. In S.H., Filipp (Hrsg.), Selbstkonzept – Forschung: Probleme, Befunde, Perspektiven (S. 75-95). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Gödtel, R. (Hrsg.). (1993). Die Brust – Signal, Symbol, Organ. Berlin und Heidelberg: Springer.

- Greve, W. (2007). Selbst und Identität im Lebenslauf. In J., Brandstädter & U., Lindenberger (Hrsg.), Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch (S. 305-336). Stuttgart: Kohlhammer.

- Grunbaum, J. (1985). Helping your patient build a sturdier body image. Registered Nurse, 48 (10), 51-55.

- Han, J., Grothuesmann, D., Neises, M., Hille, U., & Hillemanns, P. (2009). Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. Archives of gynecology and obstetrics, 282 (1) 75-85.

- Hannover, B. (Hrsg.). (1997). Das dynamische Selbst. Die Kontextabhängigkeit selbstbezogenen Wissens. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

- Haußer, K. (Hrsg.). (1995). Identitätspsychologie. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hong Kong, London, Mailand, Paris, Tokyo: Springer.

- Herold, E. E. (2001). Theoretische und methodische Grundlagen für die ambulante Pflege. In M. H. Brunen, & E. E. Herold (Hrsg.), Ambulante Pflege, Die Pflege gesunder und kranker Menschen. 2. Auflage (S. 58-205). Hannover: Schlütersche.

- Hurrelmann, K. (Hrsg.). (1997). Lebensphase Jugend. Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Weinheim, München: Juventa.

- James, W. (1890). The Principles of Psychology. New York: Dover.

- Kesting, T. & Rennhak C. (Hrsg.). (2008). Marktsegmentierung in der deutschen Unternehmenspraxis. Wiesbaden: Gabler.

- King, I. (Hrsg.). (1981). A Theory for Nursing. Systems, Concepts, Process. New York: Delmar.

- Kirschning, S. (Hrsg.). (2001). Brustkrebs. Der Diagnoseprozess und die laute Sprachlosigkeit der Medizin. Eine soziologische Untersuchung. Opladen: Leske + Budrich.

- Kleibel, V. & Mayer, H. (Hrsg.). (2005). Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. Wien: Facultas.

- Korte, H. & Schäfers, B. (Hrsg.). (2010). Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie. 8. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Kühne - Ponesch, S. (Hrsg.). (2004). Modelle und Theorien der Pflege. Wien: Facultas.

- Künzel-Schön, M. (Hrsg.). (2000). Bewältigungsstrategien älterer Menschen. Grundlagen und Handlungsorientierungen für die ambulante Arbeit. Weinheim, München: Juventa.

- Lamnek, S. (Hrsg.). (2005). Qualitative Sozialforschung. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Belz.

- Laskowski, A. (Hrsg.). (2000). Was den Menschen antreibt. Entstehung und Beeinflussung des Selbstkonzepts. Frankfurt, New York: Campus.
- Lederer, G. (2009). Grundzüge der Sozial- und Entwicklungspsychologie. Das Ich eines Menschen aus psychologischer Sicht – Entstehung und Verwirklichung vom Selbst. In E., Jedelsky (Hrsg.), Heimhilfe. Praxisleitfaden für die mobile Betreuung zuhause, 2. Auflage (S. 201-209). Wien, New York: Springer.

- Markus, H., Wulf, E. (1987). The dynamic self-concept. A social psychological perspective. Annual Review of Psychology, 38, 299-337.

- Marquard, S. (2008). Körperbild und verändertes Körperbild. In M. Eicher, S. Marquard, S. (Hrsg.), Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe (S. 301-311). Bern: Huber.

- Marquard, S. & Biedermann M. (2008). Brustprothetische Versorgung. In M. Eicher, S. Marquard, S. (Hrsg.), Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe (S. 312- 313). Bern: Huber.

- Margolis, G., Goodman, R.L., & Rubin, A.(1990). Psychological effects of breast-conserving cancer treatment and mastectomy. Psychosomatics, 31(1), 33-39.

- Mayer, H. (Hrsg.). (2007). Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 2. Auflage. Wien: Facultas.

- Mayer, H. (Hrsg.). (2007). Pflegeforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. 4. Auflage. Wien: Facultas.

- Mayring, P. (Hrsg.). (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

- Mayring, P. (Hrsg.). (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Belz.

- Meleis, A. I. (1999). Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Aus dem Amerikanischen von Elisabeth Brock. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

- Meudt, D. (Hrsg.). (2006). Sexualtität in der Pflege alter Menschen. Ein Ausbildungsmodul für die Altenpflege. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

- Mischo-Kelling, M. (1992). Theoretische Grundlagen der Pflege. In: M., Mischo-Kelling & H., Zeidling (Hrsg.), Innere Medizin und Krankenpflege, 3. Auflage (S. 1-29). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

- Monteiro-Grillo, I., Marques-Vidal, P., & Jorge, M. (2005). Psychosocial effect of mastectomy versus conservative surgery in patients with early breast cancer. Clinical & translational oncology, 7(11), 499-503.

- Mummendey, H. D. (Hrsg.). (2006). Psychologie des Selbst. Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe.

- Mummendey, H. D. (Hrsg.). (1995). Psychologie der Selbstdarstellung. 2. Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

- Oesterdiekhoff, G. W. (Hrsg.). (2001). Lexikon der soziologischen Werke. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

- Penthin, R. (Hrsg.). (2007). Eltern sein dagegen sehr. Konzepte und Arbeitsmaterial zur pädagogischen Elternschulung. 3. Auflage. Weinheim, München: Juventa.

- Pfisterer, J., Ludwig, M., & Vollersen, E. (2007). Gynäkologie. In K., Diedrich, W., Holzgreve, W., Jonat, A., Schulze-Mosgau, K.T.M., Schneider & J.M., Weiss (Hrsg.), Gynäkologie und Geburtshilfe, 2. Auflage (S. 1-319). Heidelberg: Springer.

- Podlich, C. (Hrsg.). (2008). Selbstgewolltes Leisten. Weinheim, München: Juventa.
- Pohl, R. (Hrsg.). (2007). Das autobiographische Gedächtnis. Die Psychologie unserer Lebensgeschichte. Stuttgart: Kohlhammer.

- Polivy, J. (1977). Psychological effects of mastectomy on a woman's feminine self-concept. The Journal of nervous and mental disease, 164 (2), 77-87.

- Price, B. (1998). Cancer: altered body image. Nursing standard, 12 (21), 49-55.

- Price, B. (1990). A model for body-image care. Journal of advanced nursing, 15 (5), 585-593.

- Rieder, M. (2009). Einstellung der Österreicherinnen und Österreicher zum Thema Schönheitsmedizin. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien: Wirtschaftsuniversität Wien, Institut für Werbewissenschaft und Marktforschung.

- Rubino, C., Figus, A., Lorettu, L., & Sechi, G. (2007). Post-mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes. Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery, 60 (5), 509-518.

- Salter, M. (Hrsg.). (1999). Körperbild und Körperbildstörungen. Wiesbaden: Ullstein Medical.

- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, I. (Hrsg.). (2006). Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Band 2. Bern: Huber.

- Schaeffer, D. & Wingenfeld, K. (Hrsg.). (2000). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, München: Juventa.

- Schiemann, K. (2009). Anbahnung eines Identitätsbewusstseins im Rahmen eines handlungsorientierten Unterrichtsvorhabens in einer Unterstufenklasse an einer Schule zur individuellen Lebensbewältigung. Es ist normal, verschieden zu sein. Examensarbeit. Mecklenburg-Vorpommern: LISA, Landesinstitut für Schule und Ausbildung Mecklenburg-Vorpommern.
- Schmid-Büchi, S., Dassen, T., Halfens, R.J.G. (2005). Die Erfahrung, an Brustkrebs zu erkranken und wie die betroffenen Frauen ihr Leben wieder unter Kontrolle bringen. Pflege, 18 (6), 345-352.

- Schroeter, K. R. & Prahl, H.W. (Hrsg). (1999). Soziologisches Grundwissen für Altenhilfeberufe. Ein Lehrbuch für die Fach(hoch)schule. Weinheim, Basel: Beltz.

- Sertoz, O. O., Doganavsargil, O., & Elbi, H. (2009). Body image and self-esteem in somatizing patients. Psychiatry and clinical neurosciences, 63 (4), 508–515.

- Singer, T. T., Deusinger, I.M. (2006). Körperliche Beeinträchtigung und psychische Gesundheit – untersucht an Patienten mit Skoliose. In G., Huppmann & S., Fischbeck (Hrsg.), Zur Geschichte der Medizinischen Psychologie (S. 195-209). Würzburg: Königshausen & Neumann.

- Statistik Austria (2010). Krebserkrankungen in Österreich. Zugriff am 28. April 2011 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html

- Steffen-Büchi, B. (1999). Selbstkonzept. In: S. Käppeli (Hrsg.), Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 2 (S. 9-30). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

- Steinbach, H. (Hrsg.). (2007). Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2. Auflage. Wien: Facultas.

- Stern, D. N. (Hrsg.). (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Tausch, R. & Tausch, A. M. (Hrsg.). (1998). Erziehungspsychologie. Begegnung von Person zu Person. 11. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

- Trautwein, U. & Rost, D. H. (Hrsg.). (2003). Schule und Selbstwert. Entwicklungsverlauf, Bedeutung von Kontextfaktoren und Effekte auf die Verhaltensebene. Band 36 der Pädagogischen Psychologie und Entwicklungspsychologie. Münster: Waxmann.

- von Reibnitz, C. (Hrsg.). (2009). Case Management: praktisch und effizient. Heidelberg: Springer.

- Weiss, G. (1991). Vier Anregungen für die Zusammenarbeit der Ärzte mit Krebskranken in Selbsthilfegruppen. In D., Alt & G., Weiss (Hrsg.), Im

Leben bleiben. Psychosoziale Aspekte der Nachsorge brustkrebskranker Frauen (S. 135-152). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

- White, C.A. (2000). Body image dimensions and cancer. A heuristic cognitive behavioral model. Psycho-oncology, 9 (3), 183-192.

- Wild, E. & Möller, J. (Hrsg.). (2009). Pädagogische Psychologie. Heidelberg: Springer.

- Zimbardo, P. G. & Gerrig, R. J. (2004). Psychologie. 16. Auflage. München, Bosten, San Francisco, Harlow, England, Don Mills, Ontario, Sydney, Mexico City, Madrid, Amsterdam: Pearson Studium.

9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Teilnehmerinnen der empirischen Untersuchung…..……68

Abbildung 2: Zeichnungen der Interviewpartnerinnen……69

Abbildung 3: Ergebniskategorien…….…...…….....70

Abbildung 4: Graphik der Ergebniskategorien…….....123

Abbildung 5: Ausschnitt des Auswertungsprozesses der Überkategorie „Angst als unsichtbarer Begleiter“……...……151

10 ANHANG

Abb. 5: Ausschnitt des Auswertungsprozesses der Überkategorie „Angst als unsichtbarer Begleiter“

Fall	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
2	43-44	Innerliche Unruhe vor jeder Nachsorgeuntersuchung. Angst, dass wieder etwas auftritt	Unruhe vor Kontroll-termin; Angst vor Rezidiv	Angst vor Rezidiv; vor Kontroll-untersuchungen
3	105-106	Die Angst, dass der Krebs wiederkehrt	Angst vor Rezidiv	Angst vor Rezidiv
4	331-334	hat Angst davor, dass wieder etwas auf kommt. Sorge davor, Krebs nicht endgültig überwinden zu können	Sorge, Krebs nicht dauerhaft zu überwinden	Angst vor Rezidiv
5	381-382	hat Angst davor, dass wieder etwas auf kommt insbesondere bei körperlichen Beschwerden	Angst vor Rezidiv; vor allem bei körperlichen Beschwerden	Angst vor Rezidiv
5	459-462	Denkt immer darüber nach, dass wieder etwas auftreten könnte. Unruhe vor Kontrollterminen	Angst vor Rezidiv bleibt im Hinterkopf-besonders vor Kontrollterminen	Angst vor Rezidiv; vor Kontroll-untersuchungen
5	388-394	Ablehnung vor Wiederaufbau aus Unsicherheit, bei Kontrolluntersuchungen werden Gewebsveränderungen übersehen	Kein Brustaufbau aus Unsicherheit - es gäbe dadurch Schwierigkeiten bei K. Untersuchungen;	Unsicherheit
7	212-219	Ablehnung vor Wiederaufbau aus Unsicherheit, bei Kontrolluntersuchungen werden Gewebsveränderungen übersehen	Kein Brustaufbau aus Unsicherheit es gäbe dadurch Schwierigkeiten bei K. Untersuchungen;	Unsicherheit
10	710-719	Bei körperlichen Schmerzen steigt die Angst, dass Metastasen aufgetreten sind	Unbekannte körperliche Schmerzen führen zu Angst vor Rezidiv	Angst vor Rezidiv wenn Körper schmerzt
10	721-727	Bei körperlichen Schmerzen steigt die Angst, dass Metastasen aufgetreten sind, dadurch entsteht Panik	Angst vor Rezidiv; Innerstes ist aufgewühlt und immer noch in Panik.	Angst vor Rezidiv wenn Körper schmerzt

11 CURRICULUM VITAE

Persönliche Angaben

Name	Tamara Charlotte TRATTNIG
Geb. am	02.05.1979 in Friesach / Kärnten
Familienstand	ledig

Ausbildung

2006 - 2011	Studium der Pflegewissenschaft Wien
Seit 2010	Studium Erziehungs- und Bildungswissenschaften Klagenfurt
2001 - 2004	Berufsreifeprüfung
1998	Lehrabschlussprüfung und Abschlussprüfung zum Juwelier
1995 - 1998	Lehre zur Einzelhandelskauffrau
1993 - 1995	Fachschule Ehrental
1989 - 1993	Hauptschule Straßburg
1985 - 1989	Volksschule Straßburg

Berufserfahrung

2007 - 2009	Assistentin der Geschäftsleitung in einer Wiener Privatklinik (geringfügige Beschäftigung)
2005 - 2006 2006 - 2006	Kaufmännisch Angestellte im Bereich Order Management & Leitung Ordermanagement bei einem international tätigen Unternehmen in Wien
2001 - 2005	Filialleitung eines Juwelierbetriebes
1995 - 2000	Einzelhandelskauffrau

Sonstiges

2009	Leistungsstipendium der Universität Wien aufgrund überdurchschnittlichen Studienerfolges