



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

An Brustkrebs erkrankte Frauen verstehen –  
pflegerische Grundlagen zur Verringerung der  
hermeneutischen Differenz

Verfasserin

**Bettina Winkler**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra der Philosophie (Mag<sup>a</sup>. phil.)**

Wien im Februar 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Mag. Dr. Berta Schrems



## Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere

- dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, anderer 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 von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

---

Datum

---

Unterschrift



An dieser Stelle bedanke ich mich herzlichst .....

- bei Wolfgang, der mich nicht nur zum Studium ermutigt hat, sondern mich in dieser nicht immer einfachen Zeit unterstützte, indem er nicht zuletzt zahlreiche Diskussionen mit mir führte und mir andere Perspektiven eröffnete, wenn ich mich verrannt hatte.
- bei meinen Eltern, die mich liebevoll unterstützten und mir zeigten, dass sie stolz auf mich sind.
- bei meinen lieben Freundinnen, die mir während des oft zeitintensiven Studiums immer noch deutlich zeigten, dass wir Freundinnen sind, obwohl ich oft nur sehr wenig Zeit für sie hatte. Danke Angi, Enisa und Sandra!
- bei meiner lieben Freundin Herta, die gemeinsam mit mir den Weg durch das Studium mit allen Höhen und Tiefen gegangen ist.
- bei meinen Arbeitskolleginnen, die mit mir so manche Dienste tauschten und meinen Chefinnen, die das zuließen.
- und zuletzt, aber sicher nicht zumindest bei Frau Mag. Dr. Berta Schrems, die mir mit frequentem Mailverkehr und Gesprächen in der Phase der Erstellung der Diplomarbeit sehr hilfreich, geduldig und verständnisvoll zur Seite stand.



## **Abstract**

Breast cancer changes the life of women dramatically.

It is the responsibility of professional nursing practice to support clients to cope with the challenges of everyday life and illness. This support succeeds better, when nurses understand the meanings of illness and its surrounding phenomena given by the clients.

In connection with this, three simple questions will be asked. What can it mean to women to be ill with breast cancer? What has a nurse to know to understand these meanings? Does application of NANDA-I-Nursing-diagnoses lead to comprehension of these meanings?

Possible meanings of the illness breast cancer will be collected and presented from qualitative studies which all examine stages of the 'journey through breast cancer' (Lindop & Cannon). On basis of this collection it is getting clear, that women do ascribe different meanings to the same phenomena.

To be able to identify these meanings, knowledge about theories ordering these meanings scientifically seems to be helpful. These theories include subjective illness theories, different conceptualizations of meaning connected to illness and theories of coping as well. They refer to the significance of the connection between meaning given to illness and coping with this illness.

NANDA-I-Nursing diagnoses do not or at least too little comprehend the meanings of illness. 'Situationsverstehen', which specifically inquires about the meanings ascribed to illness by breast cancer patients, is introduced as an alternative or as an addition to the application of NANDA-I-Nursing diagnoses.





## Zusammenfassung

Brustkrebs verändert das Leben der daran erkrankten Frauen auf einschneidende Weise.

Aufgabe professioneller Pflege ist es, die Klientinnen in der Alltags- und Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Diese Unterstützung gelingt einfacher und besser, wenn Pflegepersonen die Bedeutungen verstehen, die Klientinnen der Krankheit und ihren Begleitphänomenen verleihen.

In diesem Zusammenhang werden drei einfache Fragen gestellt. Was kann es für Frauen bedeuten, an Brustkrebs zu erkranken? Was muss eine Pflegeperson wissen, um diese Bedeutung verstehen zu können? Werden mit der Anwendung von NANDA-I-Pflegediagnosen diese Bedeutungen erfasst?

Zunächst werden anhand qualitativer Studien mögliche Bedeutungen der Krankheit Brustkrebs entlang der Stationen auf der 'Reise durch den Brustkrebs' (Lindop & Cannon) gesammelt und vorgestellt. Aufgrund der vorgefundenen Vielzahl der Bedeutungen wird deutlich, dass an Brustkrebs erkrankte Frauen gleichen Phänomene durchaus unterschiedliche Bedeutungen zuweisen. Um als Pflegeperson diese Bedeutungen identifizieren zu können, ist eine Kenntnis jener Theorien hilfreich, die diese Bedeutungen wissenschaftlich ordnen. Dazu zählen subjektive Krankheitstheorien, Konzepte von Sinn und Bedeutung sowie Coping-Theorien. Diese Theorien verweisen auf den Zusammenhang zwischen der Bedeutung, die einer Krankheit zugeschrieben wird und ihrer Bewältigung.

Die Anwendung von NANDA-I-Pflegediagnosen, so ein Ergebnis dieser Arbeit, erfasst die Bedeutungen nicht oder zumindest zu wenig. Als Alternative und Ergänzung zu NANDA-I-Pflegediagnosen wird hermeneutisches Situationsverstehen vorgestellt, das gezielt nach den Bedeutungen fragt, die Klientinnen der Krankheit Brustkrebs zuschreiben.



## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>13</b>
1.1	Hinführung.....	13
1.2	Motivation zur Wahl des Themas.....	13
1.3	Ziel, Fragestellung und Aufbau.....	14
1.4	Methodik.....	14
<b>2</b>	<b>Was ist Brustkrebs?.....</b>	<b>17</b>
2.1	Brustkrebs als Diagnose.....	17
2.2	Brustkrebs als Stresssituation.....	17
2.3	Brustkrebs als Lebensbedrohung.....	18
2.4	Brustkrebs als Todesursache.....	18
<b>3</b>	<b>Die Reise durch den Brustkrebs.....</b>	<b>19</b>
3.1	Diagnose Brustkrebs.....	19
3.2	Brustkrebs und die Therapien.....	19
3.2.1	Operative Therapien.....	20
3.2.2	Strahlentherapie.....	22
3.2.3	Chemotherapien.....	23
3.2.4	Hormontherapie und Antikörpertherapie.....	24
3.3	Die Nachsorge.....	24
3.4	Heilung oder Fortschreiten der Krankheit bis zum Tod.....	25
<b>4</b>	<b>Was kann Brustkrebs für Frauen bedeuten?.....</b>	<b>27</b>
4.1	Was ist Bedeutung?.....	27
4.2	Vor der Diagnose .....	28
4.2.1	Verzögerung.....	29
4.2.2	Arztbesuch.....	30
4.2.3	Biopsie.....	30
4.3	Das Erleben der Diagnose.....	32
4.3.1	Erschrecken und Chaos.....	32
4.3.2	Entscheidungen sind zu treffen.....	33
4.4	Therapeutische Behandlungen und ihre Folgen.....	35
4.4.1	Menopause.....	38
4.4.2	Haarverlust.....	39
4.4.3	Lymphödem.....	40
4.4.4	Müdigkeit.....	42
4.4.5	Weitere Veränderungen des Körpers.....	42
4.5	Soziale Aspekte.....	43
4.5.1	Unterstützung.....	45
4.5.2	Die Rolle des Alters.....	46
4.5.3	Brustkrebsbehandlungen und die Erfahrungen mit dem Behandlungsteam... ..	47
4.6	Das Ende der Behandlungen.....	48
4.6.1	Nachsorge und geheilte Überlebende.....	49
4.6.2	Brustkrebs als Todesursache.....	49
<b>5</b>	<b>Quellen von Bedeutungen – Ordnungen von Bedeutungen.....</b>	<b>52</b>
5.1	Was muss eine Pflegeperson wissen, um an Brustkrebs erkrankte Frauen zu verstehen?.....	52
5.2	Der Begriff der subjektiven Theorie.....	52
5.2.1	Subjektive Krankheitstheorien.....	53
5.2.2	Soziale Repräsentationen.....	57
5.3	Soziale Konstruktion von Brustkrebs aus feministischer Perspektive.....	59
5.4	Körper und Bedeutung.....	61

---

5.5	Konzepte von Bedeutung .....	62
5.5.1	Konzepte von Bedeutung als Ergebnis.....	62
5.5.2	Bedeutung als Prozess – Bedeutungsherstellung durch Erzählen.....	72
5.6	Coping.....	78
5.6.1	Stress als Transaktion nach Lazarus.....	79
5.6.1	Bewältigung nach Antonovsky.....	83
<b>6</b>	<b>Pflegediagnostik und die Erfassung von Bedeutung.....</b>	<b>86</b>
6.1	NANDA-Pflegediagnosen .....	87
6.2	Was heißt verstehen?.....	94
6.3	Situationsverstehen.....	96
<b>7</b>	<b>Resümee.....</b>	<b>102</b>
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>104</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>111</b>
	<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>111</b>

---

# 1 Einleitung

## 1.1 Hinführung

Brustkrebs verändert das Leben der daran erkrankten Frauen. Durch die Krankheit werden individuelle Erfahrungen gemacht, die ein Teil des Lebens werden. Aufgrund der Krankheit werden die Betroffenen mit medizinisch-technischen Diagnoseverfahren, medizinischen Terminen, diversen Therapien und ihren Auswirkungen konfrontiert. Diese durchlebten Erfahrungen werden mit Bedeutungen versehen.

Für Pflegepersonen gilt es, diese Bedeutungen zu erkennen, um die an Brustkrebs erkrankten Frauen zu verstehen. Dieses Verstehen ist notwendige Voraussetzung dafür, um als Pflegeperson die Betroffenen in ihrer Situation mit ihren subjektiven Überzeugungen und Werten gezielt unterstützen zu können (vgl. Flick 1991; Schrems 2003). Allerdings sind Äußerungen zu subjektivem Befinden für Pflegepersonen schwierig nachvollziehbar. Ausgangspunkt für die Interpretation durch die Pflegeperson ist zunächst ihr subjektiver Wissens- und Erfahrungsbestand, der aus ihrer Sicht zwar immer richtig, aber eingeschränkt ist. Die Richtigkeit der Interpretation bestimmt die Klientin durch die Bedeutung, die sie der Situation verleiht. Daher ist ein erweitertes Wissen über die Bedeutung der Krankheit die erste Grundlage für das Verstehen (vgl. Schrems 2003). Erst wenn die Pflegeperson die spezielle, von der an Brustkrebs erkrankten Frau zugeschriebene Bedeutung einer Situation erkennt und versteht, kann sie darauf reagieren.

Diese Arbeit fragt nach Möglichkeiten für die Pflege, das Verstehen zu fördern, um mit und durch dieses Verstehen zu klientinnenrelevanten Diagnosen und Interventionen zu gelangen.

## 1.2 Motivation zur Wahl des Themas

Seit 1998 bin ich als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson tätig, wobei ich seit mehreren Jahren auf einer gynäkologischen Abteilung arbeite. In meinem beruflichen Umfeld verlagert sich zusehends der Schwerpunkt auf Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind und der Therapie dieser Krankheit. Immer wieder beobachte ich, dass Pflegepersonen auf Frauen mit Brustkrebs aus einer medizinischen Sicht blicken, während die Betroffenen subjektive Überzeugungen und Meinungen äußern, die von einer medizinischen Sicht sehr weit entfernt sind. Diese Diskrepanz wirkt sich auf den Pflegeprozess aus, insofern als die gestellten Pflegediagnosen aufgrund vorhandener

Verständnisprobleme möglicherweise nicht das Problem und das eigentliche Anliegen der Klientinnen beschreiben, sondern nur die Wahrnehmung durch die professionelle Pflegeperson reflektieren. Da der Verstehensprozess ein Teil des Pflegeprozesses ist, indem die professionelle Pflegeperson ein Problem identifiziert und löst (vgl. Gordon & Bartholomeyczik 2001) besteht meine Motivation darin, in dieser Arbeit zu beleuchten, wie das Verstehen verbessert werden kann.

### 1.3 Ziel, Fragestellung und Aufbau

Die vorliegende Arbeit setzt sich zum Ziel, zu untersuchen wie das Verstehen von an Brustkrebs erkrankten Frauen seitens der Pflege verbessert werden kann. Verstehen ist eine wesentliche Voraussetzung, um patientinnenrelevante Maßnahmen im Pflegeprozess setzen zu können und die Probleme der Betroffenen zu behandeln. Die Problemstellung der Arbeit kreist um drei einfach formulierte Fragen.

- Was kann es für Frauen bedeuten an Brustkrebs erkrankt zu sein?
- Was muss eine Pflegeperson wissen, um Frauen die an Brustkrebs erkrankt sind zu verstehen?
- Werden mit NANDA-Pflegediagnosen die Bedeutungen psychosozialer Begleiterscheinungen der Krankheit erfasst?

### 1.4 Methodik

Mit einer Literaturliteraturarbeit werde ich die oben gestellten Fragen beantworten. In einer Literaturliteraturarbeit wird der Stand der Forschung zum jeweiligen Thema in Erfahrung gebracht (vgl. Mayer 2007). Die Literaturrecherche ist „[...] *eine systematische und kritische Durchsicht der wichtigsten publizierten wissenschaftlichen Literatur über ein spezifisches Thema*“ (LoBiondo-Wood & Haber 2005, 788).

Hierfür wurde in einschlägigen Datenbanken wie Cinahl, Pubmed, IBZ, Onlinekataloge der UB Wien, Bibliotheken der Universität Wien und der Nationalbibliothek recherchiert. Darüber hinaus wurden die jeweils aktuellsten Fachzeitschriften durchforstet.

Die zentralen Suchbegriffe waren: meaning, Sinn, Bedeutung, breast cancer, Brustkrebs, nursing diagnosis, Pflegediagnosen, Hermeneutik, Verstehen.

Die Sichtung der Literatur wurde anhand folgender Kriterien durchgeführt:

Aktualität, Verfügbarkeit und Sprache des verfassten Textes.

In der vorliegenden Arbeit wurden hauptsächlich qualitative englischsprachige Studien sowie englischsprachige Metastudien verwendet, um die gestellten Fragen zu klären. Bei diesen Studien, die als Zeitschriftenaufsätze, als Beiträge in Büchern oder als Monographien vorliegen, wurde auf Aktualität geachtet. Das Kriterium der Aktualität der Literatur war zunächst das Erscheinungsdatum. Es wurde Wert darauf gelegt, dass vor allem Studien, die für die 'Reise durch den Brustkrebs' als Quellen herangezogen wurden, nicht älter als 10 Jahre sind. Bei den Theorien zu subjektiven Krankheitskonzepten und Bedeutung, hermeneutischen Grundlagen und allgemein-philosophischen Basistheorien war Aktualität naturgemäß kein Kriterium. Die Auswahl der qualitativen Studien wurde laufend um neue Beiträge ergänzt, um den neuesten Stand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema zu repräsentieren. Studien, die in anderen Sprachen als in Deutsch oder Englisch vorlagen wurden für diese Arbeit aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse nicht berücksichtigt. Aus der Dreiteilung der Fragestellung dieser Arbeit ergibt sich die im wesentlichen dreiteilige Struktur.

## **Erster Teil**

Im ersten Teil der Arbeit wird Brustkrebs als Diagnose, Stresssituation, Lebensbedrohung und Todesursache dargestellt. Dies ist zunächst eine deskriptive Darstellung der 'Reise durch den Brustkrebs' (vgl. Lindop & Cannon 2001) um mögliche Stationen der Krankheit zu veranschaulichen. Diese reine Beschreibung der Krankheit mit ihren möglichen Stationen wird im nächsten Schritt Leben eingehaucht, indem subjektive Erfahrungen und Bedeutungen von Frauen die an Brustkrebs erkrankt sind zur jeweiligen Station auf 'der Reise durch den Brustkrebs' eingearbeitet werden.

Hier finden hauptsächlich englischsprachige Texte aus der qualitativen Forschung Verwendung, die auch als Beispiele für die restliche Arbeit dienen, denn es liegen kaum derartige deutschsprachige wissenschaftliche Arbeiten vor. Diese Arbeit versteht unter qualitativer Forschung: *„Die Erforschung von Fragen bezüglich menschlicher Erfahrungen. Sie wird oft in natürlichen Settings durchgeführt und arbeitet mit Daten, die eher aus Worten und Texten als aus Zahlen bestehen, um die zu untersuchenden Erfahrungen zu beschreiben“* (LoBiondo-Wood & Haber 2005, 793).

## **Zweiter Teil**

Der zweite Teil der Arbeit widmet sich der zweiten Frage dieser Arbeit: Was muss eine Pflegeperson wissen? Dabei werden theoretische Erklärungsmodelle vorgestellt, die die Vielzahl der Bedeutungen, die auf der 'Reise durch den Brustkrebs' begegnen, wissenschaftlich einordnen, indem sie beispielsweise Fragen nach den Quellen dieser Bedeutungen nachgehen. Es wird sichtbar, dass Bedeutungen mit dem Kontext der betroffenen Frauen verwoben sind. Als wichtiger Bestandteil für die Pflege wird die Bedeutungsherstellung durch das Erzählen von Lebensgeschichten gesehen. Das Ziel dabei ist, die Bedeutungen der Frauen zu erkennen und zu verstehen. Damit sollen die Betroffenen bei der Bewältigung von Problemen unterstützt werden. Im Zuge der Auseinandersetzung mit diesen Theorien wird die Frage behandelt, welchen Beitrag sie zum Verstehen von Bedeutungen leisten zu können.

## **Dritter Teil**

In diesem Teil wird beleuchtet, wie Bedeutungen der Frauen in der Interaktion zwischen Pflegeperson und Klientin zum Vorschein kommen und sich im Pflegeprozess als Pflegediagnose niederschlagen. Es wird geprüft, ob die in der Literatur beschriebenen psychosozialen Begleiterscheinungen von Brustkrebs und seine Bedeutungen für die erkrankten Frauen mittels NANDA-I-Pflegediagnosen (vgl. Berger, Mosebach, Wieteck 2008) erfasst werden können. Damit soll die Komplexität der Pflegediagnostik mit ihren Herausforderungen und Schwierigkeiten, die in der Praxis entstehen können aufgezeigt werden.



---

## 2 Was ist Brustkrebs?

### 2.1 *Brustkrebs als Diagnose*

Im Pschyrembel 260. Auflage (2004, 1109) findet man unter Brustkrebs: Mammakarzinom; engl. Breast carcinoma; Brustkrebs; Carcinoma mammae; es wird als häufigster maligner Tumor der Frau beschrieben. Die Häufigkeit liegt bei 76,4 Fällen auf 10.000 Frauen, wobei die Krankheit am häufigsten zwischen dem 45. und 70. Lebensjahr auftritt.

Die Hälfte aller Patientinnen weisen beim Zeitpunkt der Diagnose ein Alter von 62 Jahren und mehr auf. 10 % der Frauen, die an Brustkrebs erkranken, sind jünger als 45 Jahre und 17,5 % älter als 75 Jahre (vgl. Fischl & Feiertag 2005). In einem Alter von 80 Jahren muss in Österreich zirka jede zehnte Frau damit rechnen, einmal in ihren Leben an Brustkrebs erkrankt gewesen zu sein (vgl. Boyle & Ferlay 2005).

Jedes Jahr werden in Österreich mehr als 5.000 neue Fälle von Brustkrebs diagnostiziert. Je früher das Stadium, in dem er diagnostiziert wird, desto höher sind die Heilungschancen (vgl. Fischl & Feiertag 2005). Bei Stadium I und II wird von einem Frühstadium, bei Stadium III und IV von einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit gesprochen. Weiters gibt es medizinische Unterscheidungen und Unterteilungen der Tumorstadien nach Größe des Tumors, Lymphknotenbefall, Fernmetastasen, Art des Tumorgewebes und vieles mehr (vgl. Melchert 2006). Am Größten sind die Chancen auf Heilung bei Frauen über 50, deren Tumor beim Zeitpunkt der Diagnose klein ist, und die die Menopause hinter sich haben. Wenn die Krankheit in der Familie schon vor kam, steigt das Risiko an Brustkrebs zu erkranken (vgl. Melchert 2006).

### 2.2 *Brustkrebs als Stresssituation*

Isermann (2006) beschreibt Brustkrebs als eine prozesshafte Krankheit, die wegen geringer Einflussmöglichkeiten mit Angst und Hilflosigkeit verbunden ist. Brustkrebs betrifft das gesamte Leben der Frau mit ihrer sozialen Umwelt (vgl. Isermann 2006; Boehmke & Dickerson 2006; Landmark & Wahl 2002).

Mit der Diagnosestellung ändert sich das Leben schlagartig. Frauen mit Brustkrebs erfahren ein Wechselbad der Gefühle, emotionalen Distress, Angst, Verwirrtheit und Depression. In dieser Phase werden die Frauen mit Informationen über den Krankheitsprozess überhäuft und müssen wichtige Entscheidungen über die Behandlungsauswahl treffen (vgl. Boehmke & Dickerson 2006). An Brustkrebs erkrankte Frauen beschreiben unterschiedliche

Erfahrungen, die sie mit der Krankheit und ihren Auswirkungen auf das Leben verbinden. Die Diagnose Brustkrebs stellt eine existentielle Herausforderung dar, sodass das Leben nicht mehr als selbstverständlich gesehen werden kann (vgl. Isermann 2006; Boehmke & Dickerson 2006; Landmark & Wahl 2002; Lindop & Cannon 2001; Knobf 2007; Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005).

### *2.3 Brustkrebs als Lebensbedrohung*

Die durchschnittliche Überlebensrate von an Brustkrebs erkrankten Frauen beträgt unabhängig vom Stadium 5 Jahre nach der Diagnose 86%. Wenn das Karzinom keine Metastasen gebildet hat, besteht eine Überlebensrate von 97%, 3% sterben trotz Behandlung (vgl. Boyle & Ferlay 2005). Die Überlebensrate ist vom Stadium der Erkrankung und vom Alter der Frauen abhängig (vgl. Boyle & Ferlay 2005; Melchert 2006). „Nur 41,8% aller Patientinnen in Deutschland sind 15 Jahre nach der Erstdiagnose noch am Leben“ (Melchert 2006, 21).

### *2.4 Brustkrebs als Todesursache*

In Europa starben 2004 129.900 Frauen an Brustkrebs und seinen Folgen. In Österreich starben im Jahr 2006 1.587 Frauen an Brustkrebs. Bei Frauen im Alter zwischen 35 und 55 Jahren ist Brustkrebs die häufigste Todesursache (vgl. Melchert 2006).

### **3 Die Reise durch den Brustkrebs**

Den Begriff 'Reise durch den Brustkrebs' verwenden Lindop und Cannon (2001) in ihrer Beschreibung der Prozesshaftigkeit von Brustkrebs. Ich möchte im folgenden Abschnitt rein deskriptiv die Brustkrebsreise und ihre möglichen Stationen mit Hilfe der Forschungsliteratur darstellen.

#### *3.1 Diagnose Brustkrebs*

Der Beginn der Reise ins Ungewisse startet mit der Entdeckung eines Knotens in der Brust. Die Entdeckung des Knotens kann durch eine Routineuntersuchung beim Arzt oder durch die Frau selber geschehen. Das Auftauchen des Knotens birgt Ungewissheit über die Beschaffenheit des Knotengewebes. Um abzuklären, ob es sich um einen gutartigen Knoten oder Krebs handelt, wird nach einer Reihe von bildgebenden Verfahren wie Mammografie, Ultraschall, Magnetresonanztomografie, eine Nadelbiopsie des Knotens genommen. Hierfür wird mit einer feinen Nadel während eines radiologischen Verfahrens die Brust biopsiert, um Knotengewebe zu entnehmen. Das gewonnene Gewebe wird histologisch ausgewertet, dies dauert mindestens ein paar Tage bis zu einer Woche. Die Frauen warten auf das Ergebnis der Biopsie, um zu erfahren, ob sie Krebs haben oder nicht (vgl. Rieber, Brambs, Diederichs, Kreienberg 2002; O'Mahony 2001; Lindop & Cannon 2001; Boehmke & Dickerson 2006).

Falls der Befund des entnommenen Gewebes bösartig ist – es sich also um Brustkrebs handelt, kommen sehr viele Arztbesuche, Untersuchungen und damit verbunden eine Fülle an Informationen auf die Betroffenen zu. Es sind Entscheidungen über die möglichen Therapien zu treffen. Brustkrebs bedroht das Leben – die Reise führt zu einer Konfrontation mit der eigenen Verletzlichkeit und Sterblichkeit. Die Reise ist also an der Diagnose Brustkrebs angelangt (vgl. Rieber et al. 2002; O'Mahony 2001; Lindop & Cannon 2001; Boehmke & Dickerson 2006).

Die Klientinnen sind gezwungen, sich mit den Methoden zur Therapie der Krankheit auseinander setzen.

#### *3.2 Brustkrebs und die Therapien*

Im Laufe der medizinischen Entwicklung entstanden zur Behandlung von Brustkrebs verschiedene Therapieformen. Neben chirurgischen Eingriffen wurden andere, konservative und nicht-invasive Methoden entwickelt. So gibt es neben den verschiedenen Operationstechniken eine Vielzahl anderer Möglichkeiten, so zum Beispiel Strahlentherapie, Chemotherapien, Hormontherapie

und Antikörpertherapie. Im Folgenden sollen die häufiger eingesetzten Formen sehr vereinfacht und kurz vorgestellt werden (vgl. Isermann 2006; Bauer 2006; Radina & Armer 2001).

### 3.2.1 Operative Therapien

Zunächst gibt es die operative Therapie, die eine sehr große Bedeutung für die Brustkrebstherapie hat. Es wird, abhängig von der Ausbreitung des Tumors, abgewogen, ob er vollständig oder teilweise entfernt werden kann. Die Prognose und weitere Therapien sind eng damit verflochten, wie operabel ein Tumor ist. Die Voraussetzung für eine gute brustchirurgische Behandlung ist die Tumorkontrolle bei gleichzeitigem Erreichen eines guten kosmetischen Ergebnisses (vgl. Bauer 2006).

Durch einen operativen Eingriff wird versucht, das Karzinom zu entfernen. Im Zuge der Operation wird der Wächterlymphknoten entfernt und histologisch auf Metastasen untersucht. Befinden sich Metastasen im Wächterlymphknoten, so wird eine Axilladisektion durchgeführt, wobei die Lymphknoten in der Achsel entfernt werden (vgl. Bauer 2006). Die Lymphknotenentfernung kann zu einer Einschränkung der Beweglichkeit des Armes und zu einer starken, schmerzhaften Schwellung führen (vgl. Radina & Armer 2001).

Je nach Lokalisation, Tumorgöße, Histopathologie und dem Wunsch der Patientin gibt es nach Bauer (2006) verschiedene Methoden der Operation:

#### **BET** (Brust erhaltende Therapie)

Großzügige Tumorexzision mit der Entfernung des Wächterlymphknotens und/oder einer Axilladisektion. Zur BET zählen Segmentresektionen und Quadrantenresektionen. Nach der BET ist je nach dem Zustand der Lymphknoten, und dem restlichen Gewebe der Brust eine Nachbehandlung mittels Strahlentherapie notwendig.

#### **Mastektomie**

Wenn die Patientin keine Brusterhaltung wünscht, oder eine BET beispielsweise wegen der Größe des Tumors nicht möglich ist, wird eine Entfernung der Brust durchgeführt. Bauer (2006) unterscheidet zwei Arten der Mastektomie:

**Modifizierte radikale Mastektomie** ist eine Brustamputation, deren Methode die Entfernung der Brustdrüse und der Muskelfaszie beinhaltet. Der Pektoralismuskel wird belassen, wobei eine Axilladisektion durchgeführt wird.

Eine **Haut sparende Mastektomie** mit Axilladisektion ermöglicht den Erhalt eines größeren Anteils vom Hautweichteilmantel und schafft somit gute Voraussetzungen für eine Brustrekonstruktion. Die plastische Rekonstruktion der Brust kann sofort oder später vorgenommen werden.

Die **Brustrekonstruktion** kann mittels Implantaten oder Eigengewebe (Lappenplastiken entweder vom Bauch oder Rücken) erfolgen. Falls die Patientin eine Nachbestrahlung der Thoraxwand benötigt, ist der Zeitpunkt der Rekonstruktion nach der Bestrahlung zu wählen, da es sonst zu möglichen Fistelbildungen kommen kann, die das kosmetische Ergebnis negativ beeinflussen können (vgl. Bauer 2006).

Die Operation geht mit Veränderung der Sensibilität der Restbrust oder der neu rekonstruierten Brust einher, ebenso können Wundschmerzen und Bewegungseinschränkungen eine Folge sein (vgl. Bauer 2006).

In den letzten Jahren hat sich die Operationsmethode von der Radikalität, von der Mastektomie, zur Brust erhaltenden Therapie hin gewandt. Die BET gilt wegen ihrer weniger invasiven Technik physisch und psychisch als weniger belastend.

*„Es hat sich gezeigt, dass die Brust erhaltende Therapie plus Bestrahlung hinsichtlich der Rezidivfreiheit und Überlebenszeit der Mastektomie gleichgesetzt ist“ (Bauer 2006, 39).*

Durch die Entfernung oder Irritation der Lymphknoten kann ein Lymphödem des Armes auf der betroffenen Seite ausgelöst werden. Die Verletzung oder Entfernung der Lymphknoten kann durch chirurgische Maßnahmen, Strahlentherapien oder durch Infektionen hervorgerufen werden (vgl. Bauer 2006; Radina & Armer 2001). Der Lymphabfluss ist blockiert und die Lymphflüssigkeit staut sich in der gesamten Länge des Armes, mitunter auch in der Hand. Ein solches Ödem kann nicht geheilt, aber verbessert werden. Lymphödeme sind chronische Langzeitnebenwirkungen von defekten oder entfernten Lymphknoten im Zuge einer Brustkrebstherapie. Die Schwellung kann sehr schmerzhaft sein, die Bewegung ist eingeschränkt. Eine Linderung kann durch professionelle Massagen, Kompressionsstrümpfe und durch das 'Schonen' des Armes erzielt werden. Es sollen keine sich wiederholenden Bewegungen gemacht werden, schweres Heben – über 5kg – soll vermieden werden (vgl. Radina & Armer 2001).

Die chirurgischen Eingriffe können als Reaktion auf die verschiedensten Situationen Auswirkungen wie Angst, postoperative Schmerzen, Körperbildstörungen, veränderte Sexualität, ein Lymphödem und oder eine eingeschränkte Bewegungsfreiheit zur Folge haben. Durch derartige Beeinträchtigungen kann das gesamte Leben der erkrankten Frauen verändert werden (vgl. Isermann

2006; Bauer 2006; Radina & Armer 2001). Nachdem die 'Wunden' der Operation verheilt sind, kann die Reise weiter durch adjuvante, das sind begleitende und ergänzende Therapien gehen, die sehr viele Nebenwirkungen mit sich bringen.

### 3.2.2 Strahlentherapie

Für eine erfolgreiche Behandlung der Krankheit ist nach der chirurgischen Therapie häufig eine Strahlentherapie notwendig. Bei der Behandlung mittels Strahlentherapie gibt es verschiedene Anwendungen, wobei hier die am häufigsten verwendeten Möglichkeiten kurz nach Kraus-Tiefenbacher & Wenz (2006) dargestellt werden:

- Die Strahlentherapie der Restbrust nach einer BET, um eine Senkung der Wahrscheinlichkeit eines Lokalrezidivs zu erreichen,
- die Strahlentherapie der Thoraxwand und des Lymphabflussgebietes nach einer Mastektomie,
- eine Strahlentherapie und Chemotherapie in Kombination, um die Möglichkeit des Auftretens von Fernmetastasen und Lokalrezidiven zu verringern (vgl. Kraus-Tiefenbacher & Wenz 2006 ).

Die Strahlentherapie kann nach Kraus-Tiefenbacher & Wenz (2006) Akut- und Spätschäden mit sich bringen wie:

- Teleangiektasen (6%)
- Armlymphödem (<6%)
- Unterhaut und Brustfibrose (2-5%)
- Pneumonitis, Pleuraerguss, Perikardfibrose, Plexusläsionen, Rippennekrosen (je 1%)

Im Zuge der Bestrahlung bzw. bis 3 Monate danach können akute 'Normalgewebsreaktionen' des mitbestrahlten Gewebes auftreten. Dazu gehören Hautrötungen, Überwärmungen und Schwellungen des Gewebes. Wirklich hochgradige Nebenwirkungen, wie ein Pleuraerguss, Perikardfibrose oder Rippennekrosen kommen seltener vor (vgl. Kraus-Tiefenbacher & Wenz 2006). Für die an Brustkrebs erkrankten Frauen können die Nebenwirkungen der Strahlentherapie kosmetisch negative Folgen haben, sowie Schmerzen, Bewegungseinschränkung und Körperbildstörung mit sich bringen (vgl. Kraus-Tiefenbacher & Wenz 2006).

Auf dem Weg der Brustkrebsreise können die Frauen zusätzlich zur operativen- und Strahlentherapie, Erfahrungen mit Chemotherapien, Antikörpertherapien und Hormontherapien machen (vgl. Söling 2006).

Söling (2006) erklärt, dass durch die Kombination der operativen Brustkrebsentfernung mit weiteren postoperativen, so genannten adjuvanten Therapien, eine Metastasierung verhindert werden soll.

### 3.2.3 Chemotherapien

Es gibt verschiedene Arten von Chemotherapeutika, deren Einsatz auf verschiedenste Leitlinien von medizinischen Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften basieren. Mittlerweile zeigt sich, dass der Einsatz von Chemotherapien (eine Anwendung von mehreren Chemotherapien) zu einer deutlich verbesserten Prognose und einem damit verbundenen höheren Gesamtüberleben von Frauen mit Brustkrebs führt (vgl. Söling 2006).

Neben der pharmakologischen Zusammensetzung als Kriterium werden nach Zeimet, Frank, Wiesbauer, Schwarzl (2007) Chemotherapien unterschieden nach:

- **Kurative Therapie:** Diese Form der Behandlung verfolgt als Ziel die Heilung und hat starke Nebenwirkungen.
- **Palliative Therapie:** Die momentane Lebensqualität steht im Vordergrund. Mit einer Heilung ist nicht mehr zu rechnen.
- **Adjuvante Therapie:** Eine unterstützende Verabreichung der Therapie, die in der Regel nach der chirurgischen Behandlung erfolgt, mit der Intention eine Heilung zu erreichen.
- **Neoadjuvante Therapie:** Das Ziel ist es, den Tumor durch diese Form der Therapie zu verkleinern um, eine chirurgische Behandlung vornehmen zu können. Hier ist die „*Intention meist, aber nicht immer, kurativ*“ (Zeimet, Frank, Wiesbauer, Schwarzl 2007, 5).

Je nach Nodalstatus mit der Anzahl der befallenen axillären Lymphknoten, Tumorgroße, Hormonrezeptorenstatus, Grading, Menopausenstatus und Lebensalter, wird die Entscheidung über die Therapie getroffen (vgl. Söling 2006). Es gibt verschiedene sehr komplexe Arten von Chemotherapien. Während des Aufenthaltes im Krankenhaus werden die Therapien, soweit die Klientinnen dies wünschen, von Psychotherapeuten und Psychoonkologen begleitet (vgl. Isermann 2006).

Das Auftreten von belastenden Nebenwirkungen ist beim Einsatz der Chemotherapie am höchsten (vgl. Söling 2006; Boehmke & Dickerson 2006; Farrell, Heaven, Beaver, Magure 2005; Kunkel, Chen, Okunlola 2002; Cowan & Hoskins 2007).

Besonders belastend können Übelkeit, Haarausfall, Körperbildstörungen und Erbrechen für die betroffenen Frauen während der Chemotherapie sein (vgl. Söling 2006; Boehmke & Dickerson 2006; Farrell et al. 2005; Kunkel et al. 2002; Cowan & Hoskins 2007).

#### 3.2.4 Hormontherapie und Antikörpertherapie

Die endokrine Therapie ist mit einer Reihe von Nebenwirkungen assoziiert. Durch die Hormondeprivation können Hitzewallungen, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen und Schleimhauttrockenheit auftreten. Ebenso steigt das Risiko, an Osteoporose zu erkranken (vgl. Thomas-Mac Lean 2005). Söling (2006) spricht davon, dass die Nebenwirkungen bei Hormon- und Antikörpertherapie deutlich geringer sind als bei Chemotherapien, sodass diese eine bessere Lebensqualität aufrecht erhalten können (vgl. Söling 2006).

Ein großer Teil der an Brustkrebs erkrankten Frauen leidet unter Fatigue (chronischer Müdigkeit), die während der Therapien sowie nach den Behandlungen als ein unerwünschter Begleiter persistieren kann. Fatigue ist im Unterschied zur normalen Müdigkeit eine sehr belastende Form der Müdigkeit. So zeigen sich bei der Fatigue länger andauernde Abgeschlagenheit, anhaltende Erschöpfung trotz an sich ausreichender Schlafphasen und bereits bei geringen Anstrengungen Überforderung (vgl. Glaus 2006; Bennett, Goldstein, Lloyd, Davenport, Hickie 2004).

Durch die Therapien können Schäden am Normalgewebe erzeugt werden sowie Störungen der Fertilität und eine vorzeitige Menopause auftreten (vgl. Söling 2006).

### 3.3 Die Nachsorge

Die Reise durch die Krankheit scheint mit dem Abschluss der Therapien beendet zu sein, aber das Ende der Therapien ist nicht die letzte Station. Es geht weiter zu Nachsorgeterminen (vgl. Gutzmann 2006; Allen 2002; Renton, Twelves, Yullie 2002), bei denen durch standardisierte Untersuchungen, in standardisierten Abständen durch Mediziner untersucht wird, ob ein erneuter Tumor – ein Rezidiv – und/oder Metastasen entstanden sind (vgl. Gutzmann 2006). Die Routine Nachsorge findet nach medizinischen Leitlinien statt. Wie beispielsweise jedes 3. Monat in den ersten 2 Jahren nach der Therapie, halbjährlich für die nächsten 2 Jahre und danach eine jährliche Kontrolle (vgl. Allen 2002).



### 3.4 Heilung oder Fortschreiten der Krankheit bis zum Tod

Auf der 'Reise durch den Brustkrebs' gibt es wieder eine Weggabelung. Ein Weg führt zum 'Überleben', einer Heilung, die vorläufig ist. Das Leben nach dem Brustkrebs ist mit der Gefahr verbunden, irgendwann wieder an dieser Krankheit zu leiden (vgl. Gutzmann 2006; Allen 2002; Renton et al. 2002; Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005).

Die andere mögliche Richtung kann ein Leben mit einem Rezidiv und/oder Metastasen bis zum Tod sein (vgl. Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005). Rezidivierender Brustkrebs ist eine Wiederkehr des erstmaligen Tumors. Ein Rezidiv kann lokal auf die Brust begrenzt sein, aber auch metastasieren – das heißt, andere Teile des Körpers befallen (vgl. Kaiser 2008). Durch das Fortschreiten der Krankheit können Metastasen in den Knochen, Haut, Leber, Pleura, Lunge und oder im Gehirn auftreten. Eine Heilung der Krankheit mit bereits vorhandenen Metastasen ist nicht mehr möglich (vgl. Gutzmann 2006; Steffen-Bürgi 2006). Das Leben mit erneuten Tumoren kann zu weiteren, palliativen Therapien führen.

*„Der Begriff 'palliativ' bedeutet, die Beschwerden einer Krankheit lindern, aber nicht die Ursachen bekämpfend und stammt vom lateinischen Wort 'pallium' ab, welches im antiken Rom einen mantelartigen Umwurf bezeichnete“ (Steffen-Bürgi 2006, 30).*

Sowohl medikamentöse Therapien als auch Strahlentherapie werden als palliative Formen der Behandlung eingesetzt, um eine Verbesserung der Lebensqualität und einer Verlängerung der Lebenszeit zu erreichen (vgl. Söling 2006). 'Palliative Care' ist ein Begriff, der 1975 von Balfour Mount geprägt wurde. 'Palliative Care' ist ein international verwendeter Begriff, der als Synonym mit Begriffen wie Palliativmedizin, Palliativbetreuung oder Palliativversorgung verwendet wird (vgl. Steffen-Bürgi 2006).

Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten sind sehr vielfältig und komplex. Ein näheres Eingehen auf pharmakologische Details der Therapien wird an dieser Stelle nicht verfolgt, da eine der großen Fragen dieser Arbeit eine andere ist: Was kann es bedeuten an Brustkrebs erkrankt zu sein?

Um herauszufinden, was Brustkrebs individuell für die betroffene Frau bedeuten kann, um gezielt auf die Reaktion im Diagnoseprozess eingehen zu können, ist es unerlässlich, die subjektive Sichtweise dieser Frau zu erfassen. Die subjektive Sichtweise ist wiederum unerlässlich für einen erfolgreichen Verstehensprozess zwischen der Pflegeperson und der Klientin.

Es wäre sehr einfach, die 'Reise durch den Brustkrebs' wie einen Raster über die Erfahrungen der Betroffenen zu legen, ohne die Reaktionen der Frauen auf die Krankheit mit ihren Auswirkungen auf ihre Welt zu berücksichtigen.

Will die Pflegeperson aber verstehen, welche Bedeutungen die Erkrankten den Ereignissen im Zusammenhang mit Brustkrebs beimessen, muss sie neben den Aussagen und Reaktionen der Klientinnen auch deren Kontext berücksichtigen. Die Interpretationen der Informationen über die Reaktionen auf die Krankheit der an Brustkrebs erkrankten Frauen, die durch die Pflegepersonen im Pflegeprozess gesammelt werden „[...] *sind unbrauchbar und sinnlos, wenn die dahinter steckende Bedeutung nicht berücksichtigt wird*“ (Gordon & Bartholomeyczik 2001, 48).

Die Erfassung der Bedeutung kann in zweierlei Hinsicht erfolgen. Auf der Ebene der Forschung, wie im nächsten Abschnitt vorgestellt wird und im Rahmen des Pflegeprozesses, konkret der Pflegediagnostik, wie dies Thema des dritten Abschnittes ist.

Um konkrete Beispiele liefern zu können, was es bedeuten kann, an Brustkrebs erkrankt zu sein, untersuche ich die Forschungsliteratur. Die 'Reise durch den Brustkrebs' wird im folgenden Abschnitt mit qualitativen Erkenntnissen versehen, um so zu einem kleinen Einblick in die subjektive Welt der Frauen zu gelangen.

## 4 Was kann Brustkrebs für Frauen bedeuten?

Brustkrebs bringt eine Reihe an Veränderungen mit sich. Veränderungen, an die sich die Frauen anpassen müssen, um so gut wie möglich die Krankheit durchzustehen. Das gesamte soziale Netz der Erkrankten ist betroffen, die Folgen der Krankheit und ihrer Auswirkungen reichen sehr weit und tief. Es beginnt eine unerwünschte Reise durch eine unerwünschte Krankheit. Um eine Antwort darauf zu finden, was es für Frauen bedeuten kann an Brustkrebs erkrankt zu sein, gilt es vorab zu klären, was unter Bedeutung zu verstehen ist.

### 4.1 Was ist Bedeutung?

An dieser Stelle scheint es erforderlich, den bislang im Rahmen dieser Arbeit verwendeten Bedeutungsbegriff genauer zu konturieren und ihn zu erläutern.

Sprache	Begriff				
	Deutsch	Bedeutung	Sinn	Ziel	Zweck
Englisch	<i>meaning, significance, reference</i>	<i>sense, purpose</i>	<i>object(ive), goal aim, end, purpose</i>		
Französisch	<i>signification</i>	<i>sens</i>	<i>objectif, but, fin, dessein</i>		

Tabelle 1: (Quelle: Hauser 2004, 26)

Die Begriffe Bedeutung und Sinn werden in der Alltagssprache oftmals als Synonym verwendet, sind jedoch zu unterscheiden. Gottlob Frege unterscheidet demnach, dass etwas Sinn machen, aber nicht von Bedeutung sein kann. Oder umgekehrt Bedeutungen keinen Sinn machen können (vgl. Schrems 2008). Für ihn bedeuten die Wörter Abendstern und Morgenstern jeweils den Planeten Venus, ihr Sinn bezieht sich aber auf die Tatsache, dass sie als erster Stern am Abendhimmel und als letzter Stern am Morgenhimmel gesehen werden (vgl. Schrems 2008).

Nähert man sich dem Begriff der Bedeutung über Einträge in Lexika und Wörterbüchern, stellt man bald fest, dass der Begriff Bedeutung zwar seit Platon und Aristoteles in unterschiedlichen Disziplinen diskutiert wird, es aber dennoch an einer einheitlichen und eindeutigen Definition fehlt. Zwar gibt es ein breit gefächertes Interesse an *Bedeutung*, Kommunikationswissenschaft, Linguistik, aber auch Künstliche-Intelligenz-Forschung, um nur einige zu nennen, setzen sich mit diesem Begriff auseinander, denn Bedeutung (von Zeichen) ist maßgeblich für die „*Sicherung der sozialen Kommunikation durch die Gewährleistung der interpersonellen Kommunikation [...]*“ (Wotjak 1990,

331) verantwortlich. Wenn auch eine eindeutige Definition noch nicht geleistet wurde, besteht doch Übereinstimmung darin, Bedeutung als kognitive, mentale Größe, die direkter Beobachtung nicht zugänglich sei, zu begreifen (vgl. Wotjak 1990).

Betrachtet man die Begriffsbestimmungen und -beschreibungen, die im Laufe der Zeit in den unterschiedlichen Einzeldisziplinen – Linguistik, Sprachphilosophie, Kommunikationswissenschaft – geleistet wurden, merkt man sehr rasch, dass die Definitionen, die Bedeutung als Beziehung von Zeichen zu Bezeichnetem begreifen, nicht hilfreich sind, wenn es um die Bedeutung des Brustkrebses für die an ihm erkrankten Frauen geht. Wofür ist er ein Zeichen, worauf sollte er verweisen? Ein eher sprachphilosophischer Begriff von Bedeutung ist also nicht jener, um den es hier geht.

Ein Ansatz, der sich bei Wittgenstein findet, führt in die richtige Richtung. Wittgenstein stellt fest, dass sprachliche Ausdrücke keine feststehende Bedeutung haben, sondern innerhalb sogenannter Sprachspiele ihre Bedeutung erst erhalten, indem sie ihnen erst verliehen wird. Für Wittgenstein ist „[...] *die Bedeutung eines Wortes sein Gebrauch in der Sprache*“ (Wittgenstein PU §43). Ähnlich verleihen auch die an Brustkrebs erkrankten Frauen der Krankheit und den mit ihr verbundenen vielfachen Begleiterscheinungen Bedeutung. Ebenso wie ein Wort im Sprachspiel seine Bedeutung erst im Gebrauchszusammenhang erhält, ist die Bedeutung, die eine Frau ihrer Brustkrebserkrankung verleiht, kontextgebunden. Dieser Kontext besteht aus nichts weniger als dem vollständigen Lebenszusammenhang der Frau selbst. Dieser Begriff von Bedeutung, die gleichsam in die Welt hinein gelesen wird (vgl. Schrems 2003), ist dann auch jener, der hier in dieser Arbeit Verwendung findet.

Welche Bedeutung(en) geben an Brustkrebs erkrankte Frauen der Erkrankung und ihren Folgen? Um auf diese Frage Antworten geben zu können, kommen die Frauen selbst zu Wort. Sie selbst beschreiben ihr Erleben auf der 'Reise durch den Brustkrebs' und treffen Aussagen, was ihre Erkrankung und die damit verbundenen Folgen für sie bedeuten.

## 4.2 Vor der Diagnose

Die Brustkrebsreise hat meistens ihren Beginn schon vor der Diagnosestellung durch einen Arzt. Die Vorerfahrungen der Krankheit speisen sich aus Erfahrungen von Familienmitgliedern, Freunden oder Bekannten, die an Brustkrebs erkrankt waren. Lindop und Cannon (2001) führen als Beispiel an, dass wenn es Erfahrungen von Familienmitgliedern gibt, gleichzeitig das eigene Risiko an Brustkrebs zu erkranken in Betracht gezogen wird.

Ein Großteil der Betroffenen findet zufällig ein Geschwulst in ihrer Brust, *„I went to bed, put my hand under my arm and found it“* (O'Mahony 2001, 513), das in nur 20 von 100 Fällen bösartig ist, aber eine Reihe von Gefühlen auslösen kann (vgl. O'Mahony 2001). Das Finden eines Knotens in der Brust kann bewirken, dass sich manche Frauen unsicher fühlen – habe ich jetzt Krebs oder ist es harmlos? Einige Frauen finden die 'krebsfreie Familiengeschichte' unfair und hadern damit, weil gerade sie den Knoten in der Brust haben. *„Why me, because I don't have a family history of cancer, no one in our family had it“* (Lindop & Cannon 2001, 94). Im Kontrast dazu, wird aufgezeigt, dass Frauen ohne einer vorherigen Brustkrebsdiagnose in der Familiengeschichte sich oft negativ an die Diagnose und Behandlung annähern und dadurch als Konsequenz sehr großen Stress erfahren (vgl. Boehmke & Dickerson 2006). Die Entdeckung des Knotens in der Brust erzeugt Gefühle des Unglaubens und der Wut. So beschreiben Klientinnen den Gefühlskonflikt, in dem sie sich befanden, weil sie zwar ein Geschwür in der Brust hatten, sich aber dennoch als gesund wahrnahmen. Eine Frau berichtet von ihren widersprüchlichen Empfindungen in der Phase vor der Diagnose als *„paranoia, concern and thinking you're all right, you're healthy“* (O'Mahony 2001, 515). Viele reagieren zornig darauf, dass gerade sie ein Geschwulst in der Brust entwickeln (vgl. O'Mahony 2001).

Die Endlichkeit des Lebens kann durch die Bedrohung durch die Krankheit real werden.

*„So, I thought that this is it. I just thought I had five years, five years, I was down to, listening to what other people had told me, that I just have five years to live and I was planning what I was going to do with those five years and everything. I thought I was going to die“* (O'Mahony 2001, 514).

#### 4.2.1 Verzögerung

Einige Frauen berichteten, dass sie weg sahen und verleugneten und dadurch Hoffnung entstand, dass der Knoten vielleicht nichts Böses bedeutet und 'möglicherweise' wieder verschwindet, wie er aufgetaucht ist. *„From there, I went to denial, scared, I didn't know what to think, thought maybe it might go away“* (O'Mahony 2001, 514).

Oft sind es auch Meinungen, wie 'mein Knoten bereitet mir Schmerzen, also kann es kein Krebs sein – Krebs ist schmerzlos', die die Diagnosestellung um wertvolle Zeit hinauszögert (vgl. Facione & Facione 2006). Die Verzögerung der Diagnose kann bis zu mehreren Monaten dauern. Für andere Frauen ist die

Entdeckung eines Knotens ein Alarmsignal das eine Menge an Emotionen und die Aktion einen Arzt aufzusuchen generiert (vgl. Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005).

#### 4.2.2 Arztbesuch

„[...] *hoping that they would find nothing, hoping they would say 'just the same as the other side'*“ (O'Mahony 2001, 514). Andere drückten Entlastung aus, nachdem sie einen Arzt aufsuchten, denn die Belastung über das Auftreten der Geschwulst wurde dadurch mit Profis, die Expertenwissen haben, geteilt (vgl. O'Mahony 2001; Lindop & Cannon 2001).

Die Phase der Diagnosestellung wird auch beschrieben als 'Changing Health Overnight' (vgl. Boehmke & Dickerson 2006). Es wird ein irrales Gefühl von den Betroffenen beschrieben, welches die Welt rasanter und chaotisch werden lässt (vgl. Boehmke & Dickerson 2006; Lindop & Cannon 2001). Die Prioritäten verschieben sich, und plötzlich werden eben noch gesunde Frauen mit chirurgischen und adjuvanten Therapien konfrontiert. Es müssen Entscheidungen über weitere diagnostische Verfahren sowie anschließende Therapien getroffen werden (vgl. Boehmke & Dickerson 2006). Die Betroffenen geraten in einen Wirbelwind der Arztbesuche und Therapien. Die Zeit, bis zur Diagnose und die Diagnosestellung selber repräsentieren eine Periode der akuten Angst am Anfang der Krise. Ab dem Zeitpunkt der Entdeckung des Knotens können die Frauen mit großer Furcht konfrontiert sein. Einer Furcht, dass sie die Diagnose Krebs bekommen. Die Diagnosephase inkludiert die Biopsie, die eine große Belastung darstellen kann (vgl. Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005).

#### 4.2.3 Biopsie

Das Erlebnis der Brustbiopsie mit einer feinen Nadel wird als sehr traumatisierend beschrieben. Die Frauen beschreiben, wie sie während der Biopsie die Nadel wandern spürten und manche geben das subjektive Gefühl an, dass die Untersuchung nicht schlimmer sein könnte, wenn sie mit einem Messer durchgeführt worden wäre (vgl. O'Mahony 2001).

Viele der Klientinnen mit Brustkrebserfahrungen empfinden die diagnostischen Verfahren zur Feststellung des Stadiums am traumatischsten. „[...] *absolutely terrible, I don't think anyone can imagine how you feel (during the period waiting for test results)*“ (Lindop & Cannon 2001, 94). Warten und die fehlende Sicherheit des Ergebnisses werden erwähnt; das Warten auf den Arzttermin, die verschiedenen Untersuchungstermine und vor allem auf den Befund, der das Leben verändern kann. Für manche Frauen kann das Warten besonders

problematisch sein. Eine Betroffene beschreibt, dass sie am Donnerstag dem Facharzt den Knoten zeigte und erst am Montag die Biopsie hatte. *„It was a terrible experience, waiting to have it done. That was terrible, that weekend was terrible for the family, it really was“* (O'Mahony 2001, 515). Das Nicht-Wissen kann Angst machen und rationales Denken sowie zur Verarbeitung der vielfältigen Informationen notwendige kognitive Fähigkeiten beeinträchtigen. Informationen, die die an Brustkrebs erkrankten Frauen für Ihre Entscheidungsfindung abwägen und verstehen sollten. Die Angst steigt nach der Entdeckung des Knotens und vor dem Resultat der Biopsie (vgl. Boehmke & Dickerson 2006; Lindop & Cannon 2001; O'Mahony 2001).

Die Betroffenen versuchen die Situation zu bewältigen, indem sie sich beschäftigen und ablenken, mit anderen über ihre Sorgen sprechen, weiter voraus planen oder die Bedrohlichkeit einfach verleugnen. (vgl. O'Mahony 2001; Lindop & Cannon 2001). Es zeigt sich, dass Faktoren wie Informationen, Unterstützung und optimistische Einstellung den Frauen halfen, die Erfahrung der Biopsie zu bewältigen.

Die endgültige Diagnose des histologischen Befundes zeigt, ob es sich um Brustkrebs handelt, und wenn ja, wieweit die Krankheit fortgeschritten ist. Bei einem Großteil der Frauen ist das Ergebnis der Nadelbiopsie 'gutartig'. Auch diese Frauen erwähnen, dass die Unterstützung des 'Gesundheitsteams' in der Phase der Biopsie für sie sehr wichtig war. Hier erwähnen die Klientinnen ihren behandelnden Arzt und die Pflegeperson. Manche beschreiben die auf Brustkrebs spezialisierte Pflegeperson 'Breast Care Nurse' als extrem hilfreich. Sie ist ein/e fixe/r AnsprechpartnerIn und steht den Betroffenen in einer speziell auf die Krankheit, den Untersuchungen und Behandlungen ausgerichteten beratenden Funktion zur Seite (vgl. O'Mahony 2001). In Österreich gibt es derzeit noch keine derartige Ausbildung zur 'Breast Care Nurse'.

Die Betroffenen mit gutartigen Ergebnissen kehrten zur Normalität zurück. Mit Normalität wird hier nicht ein reibungsloses, einfaches Durchqueren der vorher gemachten Erfahrungen gemeint. Einige Klientinnen erfahren körperliche Schmerzen durch die Biopsie und sind einige Zeit in ihrer Bewegung eingeschränkt. Das Zurückkehren zur Normalität kreiert ein Gefühl des Abschlusses der Erfahrung mit der Biopsie. Das lässt Frauen weiter nach vorne schauen und ihre erlebten Erfahrungen durch die Biopsie im Kontext ihres gegenwärtigen täglichen Lebens betrachten (vgl. O'Mahony 2001).

Im Gegenteil dazu müssen jene Frauen, bei denen die Brustbiopsie ergab, dass es sich um einen bösartigen Knoten handelt, weitere Erfahrungen durch die 'Brustkrebsreise' machen.

### 4.3 Das Erleben der Diagnose

#### 4.3.1 Erschrecken und Chaos

Eine Welt bricht zusammen. Die Frauen können wie versteinert sein und kaum glauben, was sie hören. „[...] *it was shock, complete shock, and when the doctor told me, I didn't know what she was talking about*“ (Lindop & Cannon 2001, 95). 'Sie haben Brustkrebs'. Die Diagnose ist verbunden mit großem emotionalen Stress, Angst, Verwirrtheit und Depression sowie Angst vor Metastasen und Rezidiven (vgl. Boehmke & Dickerson 2006). Neu diagnostizierter Brustkrebs kann zu einem emotionalen Chaos führen. Die Klientinnen sind mit einer lebensbedrohenden Krankheit konfrontiert und gezwungen, um ihr Leben zu kämpfen. Manche Frauen können die Welt nicht mehr verstehen, sie haben doch immer gesund gelebt – und jetzt – Krebs. „ *I have always eaten well and exercised. I believe in wellness and disease prevention. Now, here I am [...]*“ (Boehmke & Dickerson 2006, 1123). Die emotionalen Reaktionen wechseln einander im Körper der Frauen ab. Wie sie die Bedeutung ihrer täglichen Aktivitäten und ihrer Erfahrungen interpretieren, steht in Beziehung mit ihrem sozialen Netz (vgl. Landmark, Wahl 2002; Kunkel et al. 2002; Boehmke & Dickerson 2006; Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005). „*Fear was often uppermost in people's minds at this point [...] I think the first thing in your mind is, I'm going to die*“ (Lindop & Cannon 2001, 95). An Brustkrebs erkrankt zu sein, kann eine existentielle Herausforderung darstellen. Das Leben stellt keine Selbstverständlichkeit mehr dar (vgl. Landmark & Wahl 2002). Auf die Erkrankten kommen große Veränderungen in ihrer 'Reise durch den Brustkrebs' zu. Die Ungewissheit über die Zukunft und den möglichen Tod lassen die Gedanken um die Krankheit kreisen (vgl. Landmark & Wahl 2003; Boehmke & Dickerson 2006; Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005; Lindop & Cannon 2001).

Nach Meyerowitz (1980) können folgende Veränderungen im Leben der Frauen eintreten:

- Psychologisches Unbehagen wie Angst, Depression und Ärger.
- Die Lebensmuster verändern sich konsequent in Richtung körperliches Unbehagen, nach unten veränderten Aktivitätslevels sowie Bedrohung bis zur Zerstörung von Partnerschaft und Sexualleben.
- Furcht und Betroffenheit durch und vor einer Operation, vom Verlust der Brust, einem Rezidiv und dem Tod.

Kunkel et al. (2002) beschreiben, dass es darauf ankommt, in welcher Lebenslage man erkrankt. Wenn die Situation schon ohne Krankheit schwierig ist und man zusätzlich Krebs bekommt, ist es schwerer, Stabilität zu schaffen.



In einer Phase des emotionalen Chaos kommen viele Informationen bezüglich weiterer Therapien, Untersuchungen und anderen Terminen auf die Frauen zu. Außerdem sind die Frauen gezwungen, therapiebezogene Entscheidungen zu treffen (vgl. Sabo, St-Jacques, Rayson 2007; Mc Phail & Wilson 2000; Halkett, Arbon, Scutter, Borg 2005). Zukunftsängste brechen über die Betroffenen herein, weil sie nicht wissen, was sie erwartet. Leben und Welt sind nicht länger eine Selbstverständlichkeit.

*„So, I thought that this is it. I just thought I had five years, five years, I was down to, listening to what other people had told me, that I just have five years to live and I was planning what I was going to do with those five years and everything. I thought I was going to die“ (O'Mahony 2001, 514).*

Durch die Diagnose Brustkrebs kann sich das Selbstverständnis verändern und die zukünftige Stellung sowie die Rolle der Frau in Frage gestellt werden. Das Leben wird durch die Diagnose Brustkrebs bedroht (vgl. Thibodeau & Mac Rae 1997; Halkett et al. 2005).

Es werden Reaktionen geäußert, die psychische Krisen beschreiben. Ihre Lebenssituation ist gekennzeichnet durch Ungewissheit und Kontrollverlust. Die Grundbedürfnisse und Werte der Klientinnen sind bedroht. Emotionale Reaktionen verändern im Laufe der Zeit sowohl ihren Charakter als auch ihre Intensität. Nach dem ersten Schock entwickelten die Frauen das Gefühl, ihre Brustkrebsdiagnose zur Kenntnis nehmen und damit leben zu müssen (vgl. Landmark & Wahl 2002). Doch nicht alle Frauen mit Brustkrebs haben psychische Probleme (vgl. Landmark und Wahl 2002). Trotz des Gefühls der Verwundbarkeit zeigen manche Erkrankte die Kraft, die Situation kontrollieren zu können. Dieses Gefühl, die Kontrolle nicht ganz verloren zu haben und noch Steuerungsmöglichkeiten zu erkennen, gibt Ihnen Stärke (vgl. Landmark & Wahl 2002).

#### 4.3.2 Entscheidungen sind zu treffen

Im Zuge dieser Reise sind von Beginn an Entscheidungen zu treffen. Die Diagnose Krebs signalisiert das Eintreten in einen komplexen und oft verwirrenden medizinisch-pflegerischen Pfad, der vielfältige Strapazen beinhaltet. Die Verwicklung der Frauen in die Entscheidungsfindung beginnt unvermeidlicher Weise zur Zeit der Diagnosestellung. Die Diagnose ist mit einer Reaktion von Furcht und Angst, Schock und Unglauben verbunden (vgl. Halkett et al. 2005).

*„I was completely surprised and unprepared for the level of terror and horror that I felt, or how dreadful it is to be affected by it“ (Halkett, Arbon, Scutter, Borg 2007, 325).*

Das wachsende Angebot an Behandlungsmöglichkeiten und deren Komplexität machen es schwierig, Informationen zu verarbeiten und die verschiedenen Möglichkeiten abzuwägen, um Entscheidungen zu treffen. Die Individuen können sich überwältigt, ängstlich, oder unter Druck gesetzt fühlen und Zweifel bekommen. Ungenügende oder einander widersprechende Informationen können das Wohlbefinden der erkrankten Frauen beeinflussen (vgl. Sabo et al. 2007).

*„The initial reaction was that I felt that I didn't have any control and that someone else was making decisions for me... you have got these strangers telling you that this is happening in your body and you have to do this“* (Halkett et al. 2005, 326).

Weiters kann dadurch Unzufriedenheit mit der gewählten Therapie und ein Bedauern der Entscheidung entstehen. Die Behandlungswahl ist nicht das alleinige Ergebnis einer rationalen Beurteilung und durch situative, interpersonelle und individuelle Faktoren beeinflusst (vgl. Sabo et al. 2007). Mit der wachsenden Anzahl der Frauen die Brustkrebs überleben, wächst die öffentliche Aufklärungsinitiative, der Zugang zu den Informationen sowie die Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus sind umfassender, ebenso wachsen die Frauengesundheitsbewegungen und -rechtsbewegungen. Somit entwickelt sich ein verstärktes Involviertsein in den medizinischen Entscheidungsfindungsprozess, und die Verantwortung für die eigene Gesundheit steigt.

*„I took me a week to realise that I didn't have any choice in what is happening with me, because there are no ifs. I have definitely got a tumor there. So then I started getting on the computer and on the Internet, looking at all of the information that they had given me“* (Halkett et al. 2007, 325).

Eine partizipative Entscheidungsfindung ist eine Entscheidungsfindung über die Behandlung, die im Gespräch mit Ärzten und Pflegepersonen durch ein Abwägen der Vor- und Nachteile statt findet. Es wurde beobachtet, dass diese Form der Entscheidungsfindung von den Patientinnen bevorzugt wurde (vgl. Keating, Guadagnoli, Landrum, Borbas, Weeks 2002; Sabo et al. 2007).

Frauen mit Brustkrebs in den Stadien I und II wählen eine aktive Rolle in der Entscheidungsfindung bezüglich der Behandlungswahl. Das heißt, dass die Erkrankten ihre Entscheidungen direkt aus der Kommunikation und der damit einhergehenden Abwägung der Vor- und Nachteile der Behandlung treffen. Sie drücken einen hohen Grad der Zufriedenheit mit ihrer Entscheidung aus. Es gibt aber auch Klientinnen, die nicht unbedingt über ihre Erfahrungen sprechen wollen. *„I didn't tell a lot of people because I didn't want them saying: 'Oh, you poor thing“* (Halkett. et al. 2007, 326). Auch die Rolle, die Frauen im Entscheidungsfindungsprozess erhielten, sowie die Qualität der empfangenen Informationen trugen zur Zufriedenheit bei. Sabo et al. (2007) fanden heraus,

dass Frauen, die drei oder mehr Informationsanbieter hatten, zufriedener waren, als jene, die weniger Informationen angeboten bekamen. Informationssuche oder das Einholen einer Zweitmeinung deuten auf eine aktive Beteiligung in der Entscheidungsfindung hin. Der Gebrauch von vielfältigen Informationen bietet eine Möglichkeit, ihre Optionen zu entdecken, und kann den Erkrankten eine 'Atempause' oder die Zeit geben, diese Informationen zu verinnerlichen. Weniger Frauen nahmen eine passive Rolle im Entscheidungsfindungsprozess ein. Ein Großteil der Betroffenen, die sich in diesem Prozess passiv zeigten, waren über 70 Jahre alt und entschlossen sich für eine paternalistische decision-making, in welcher ausschließlich der Arzt die Behandlungswahl trifft. Diese Frauen waren es gewohnt, dass der Arzt die Entscheidungen trifft und es passte zu Ihrer Haltung dem Medizinbetrieb gegenüber (vgl. Sabo et al. 2007). Ebenso stellte Sabo et al. (2007) fest, dass nicht alle Frauen sich eine aktive Rolle bei der Behandlungsentscheidung wünschen. Es wird empfohlen, den Klientinnen individuelle Informationen zu geben und die Möglichkeit einzuräumen, die Behandlungsoptionen zu diskutieren, sodass die Frauen im Entscheidungsfindungsprozess in dem von ihnen gewünschtem Maß teilnehmen können (vgl. Sabo et al. 2007).

#### 4.4 Therapeutische Behandlungen und ihre Folgen

Verschiedene Frauen erzählen im Zusammenhang ihrer Brustkrebserkrankung und der Therapie von verschiedenen Erlebnissen. Einige erzählen, dass die Behandlungen von Brustkrebs mit multiplen Verlusten verbunden sein können. Sie sprechen über den Verlust eines Körperteils, den gewohnten Empfindens des Körpers, der Körperbehaarung, des gewohnten Aussehens, und der sozialen Rolle (vgl. Thomas-Mac Lean 2004a).

*„I lost not only my hair, bit eyelashes, eyebrows, pubic hair, and nasal hair. My best description is I felt like someone took a big eraser and erased me. I look in the mirror and say, 'who are you? What happened to you?' I don't think the person in the mirror is me. I don't look the same. Everything has changed. My hair and my skin are different. Even my nails are weird. I'll never be the same person again. I will always be different“ (Boehmke & Dickerson 2006, 1123).*

Die Brust erhaltende Therapie wird durchgeführt, in der Hoffnung, geringere psychosoziale Auswirkung durch die Operation (Morbidity) zu erzeugen. Der Verlust von einer oder beiden Brüsten kann vielseitige Gefühle hervorrufen und das Körperbild verändern, das Selbstwertgefühl verkleinern, das Gefühl des Verlustes der Weiblichkeit hervorrufen, sexuelle Attraktivität und Funktionen verringern, Angst und Depression, Hoffnungslosigkeit, Schuld, Scham, und die

Furcht vor Rezidiven und Tod auslösen (vgl. Kraus 1999; Kunkel et al. 2002; Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005). Die Frauen können den Verlust der Brust wie folgend ausdrücken. „*I felt mutilated even if I still had my breast [...] I've got a hole*“ (Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005, 515). Die Kleidung alleine kann nicht alles verbergen. „*You look cut up, disfigured. Clothes didn't fit right*“ (Boehmke & Dickerson 2006, 1123).

Lindop und Cannon (2001) finden im Unterschied dazu heraus, dass Frauen, die eine große lokale Excision der Brust hinter sich hatten, mehr soziale Unterstützung benötigten, als jene, die sich einer Mastektomie unterzogen. Dies könnte daraus resultieren, dass Klientinnen nach einer Mastektomie eher das Gefühl entwickeln, geheilt zu werden. Frauen mit einer ausgedehnten lokalen Entfernung des Tumors hingegen haben eine größere Angst vor Rezidiven und benötigen deshalb mehr Unterstützung durch den Partner. Durch die Operationen können Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und nach einer Entfernung der Lymphknoten in der Axilla, Armlymphödeme ausgelöst werden (vgl. Radina & Armer 2001).

Frauen können sich als Kämpferinnen und als Überlebende sehen, sie können dafür viel in Kauf nehmen. „*Something to get through, and I know, in the end I will be fine*“ (Boehmke & Dickerson 2006, 1124). Obwohl der Verlust der Brust das Körperbewusstsein ändert, kann das Risiko an Brustkrebs zu sterben, höher bewertet werden (vgl. Landmark & Wahl 2002; Lindop & Cannon 2001). „*I felt a freak. I didn't feel a woman anymore*“ (Lindop & Cannon 2001, 95).

Zu einem besseren Wohlbefinden und zu einem größeren Gefühl der Weiblichkeit kann nach der Mastektomie ein Brustaufbau beitragen (vgl. Lindop & Cannon 2001). Die Wiederaufbauplastik kann von den Betroffenen als ein symbolischer Brustersatz angesehen werden, weil die Empfindsamkeit durch die Operationen verändert sein kann (vgl. Remmers 2001). Aber das 'normale' Aussehen kann sich positiv auf die Lebensqualität auswirken. „*I lost a lot of confidence but since I had my reconstruction I will do anything*“ (Lindop & Cannon 2001, 96). Manche Frauen berichten nach der Operation an der Brust über Phantomempfindungen. „*This sounds silly, but it feels a little weird, if I touch where the nipple was, it feels like a nipple*“ (Thomas-Mac Lean 2005, 203). Eine andere Betroffene beschreibt ihre Erfahrungen mit der Wahrnehmung von Berührungen. Sie sagt:

„*It's [numbness] a different feeling. There's feeling there, but yet, it's not, ah, it's... I can't describe it. The sensation is completely different... there are times that I swear my prosthesis is hurting out at the nipple. Body is not fully sensitised. One's body is present, but only partially so*“ (Thomas-Mac Lean 2005, 203).

Einige Erkrankte sprechen darüber, wie es für sie ist, mit Brustprothesen aus Silikon zu leben, weil sie aus irgendwelchen Gründen keinen Brustaufbau erhalten hatten. Silikonprothesen werden als gute Sache, und Möglichkeit 'normal' auszusehen beschrieben. Andere finden diese Prothesen als abstoßend, bezeichnen sie als 'Horror – wie einen Gelrucksack' und fühlen sich dadurch nicht als Frau (vgl. Lindop & Cannon 2001; Thomas-Mac Lean 2005). Es wird von dem Gefühl erzählt, wie belastend der Gedanke daran sein kann, falls die Prothese verrutscht.

*„You know what my fear was? That the prothesis would slip and there'd be one up here and one down there [...] I'd heard that they [prothesis] could fall out, that could happen and it did happen to one of the women in our support group, so for a while, I kind of wondered and I was very careful when I bent over“* (Thomas-Mac Lean 2005, 204).

Nach der Diagnose und der operativen Therapie, ist das nächste Stadium der Brustkrebsreise sehr oft eine weitere Behandlung mit Chemotherapie, Strahlentherapie, Hormontherapie, Antikörpertherapie oder eine Kombination von diesen Therapiemöglichkeiten (vgl. Lindop & Cannon 2001). Die Nebenwirkungen dieser Behandlungen werden manchmal als gnadenlos und unerbittlich beschrieben, andererseits wird erwähnt, dass es ein kleiner Preis ist, um weiter zu leben:

*„I suppose if it means your life it's a small price to pay“* (Lindop & Cannon 2001, 95) oder: *„I thought if its cancerous, you know, I want it all rid of. I didn't feel like putting myself through it again (chemotherapy) but they said it could give me an extra ten to twelve month and then possibly there might be something else to give me“* (Lindop & Cannon 2001, 95).

Die Auswirkungen der Therapien sind vielseitig und werden unterschiedlich wahrgenommen. Oft folgen nach der Operation weitere unterstützende Therapien. Die hier vorgestellten Erfahrungen von an Brustkrebs erkrankten Frauen sollten zeigen, welches breite Spektrum möglich ist, innerhalb dessen sie der Krankheit und deren Auswirkungen Bedeutung in ihrem Lebenszusammenhang verleihen.

Die Chemotherapien können das Gefühl der Lebensbedrohung und Angst auslösen *„When you think chemotherapy, you think, 'That's it'. You're on the way out“* (Cowley, Heyman, Stanton 2000, 317). Die Frauen können Übelkeit, Erbrechen, Haarverlust, Müdigkeit, Diarrhoe, Stomatitis, Gewichtszunahme, Gewichtsverlust, lebensbedrohliche Blutbildveränderungen, eine vorzeitige Menopause und andere Nebenwirkungen erfahren (vgl. Boehmke & Dickerson 2006; Farrell et al. 2005; Kunkel et al. 2002; Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005; Cowan & Hoskins 2007; Williams & Schreier 2005; Cowley et al. 2000). *„The side effects are really debilitating“* (Lindop & Cannon 2001, 91). Es gibt ver-

schiedenste Beschreibungen der Betroffenen über die Chemotherapien: *„putting poison in my blood“* – *„putting my life on the line“* (Boehmke & Dickerson 2006, 1123).

Die Strahlentherapie wird zwar als weniger belastend als die Chemotherapie beschrieben, kann aber dennoch einige belastende Nebenwirkungen mit sich bringen. So äußern die Frauen große Ängste vor der Zukunft und die Angst, ein Rezidiv zu bekommen (vgl. Allen 2002). Die am häufigsten erwähnten Symptome der Strahlentherapie sind die bereits erwähnte Müdigkeit, Übelkeit, Schmerzen, Symptome wie Schwellungen, Hautrötungen und hitzende Stellen auf der bestrahlten Brust oder Restbrust und ein Lymphödem (vgl. Mc Phail & Wilsons 2000). Aber es sind nicht nur die körperlichen Auswirkung der Strahlentherapie, die die Klientinnen belasten können. Radioaktive Strahlen können als Bedrohung wahrgenommen werden (vgl. Schmid-Büchli 2005). Reaktionen von Klientinnen können so ausfallen:

*„Die ersten paar Mal wäre ich am liebsten wieder vom Tisch gesprungen“* (Schmid-Büchli 2005, 348); oder *„Die erste Bestrahlung hatte ich schon als einen Horror erlebt. Das ist wieder etwas Neues, etwas Unbekanntes und das ist wieder so ein riesiges Ding von Gerät, das da auf dich zukommt. Und da hatte ich dann logischer Weise Angst, und dann sind mir die Tränen gekommen“* (Schmid-Büchli 2005, 349).

Die Hormontherapie führt eine vorzeitige Menopause herbei und kann sehr belastend sein. Bei älteren Frauen, die sich im Klimakterium befinden oder die 'den Wechsel hinter sich haben', kann die Antiöstrogentherapie noch einmal Beschwerden wie Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Gewichtsprobleme und Muskelschmerzen auslösen. *„I had already been through my change of life, but with the medication, that all came back [...]“* (Thomas-Mac Lean 2005, 205). Wie Jüngere die Hormontherapie und vorzeitige Menopause erleben können, wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

#### 4.4.1 Menopause

Durch Chemotherapien oder Hormontherapien können sich Symptome der Menopause einstellen. Symptome der vorzeitigen Menopause, etwa Schlafstörungen und Müdigkeit, können den Alltag beeinflussen (vgl. Boehmke & Dickerson 2006). *„I was not ready for this... I feel like my mother does... I'm not ready to feel like in my fifties“* (Boehmke & Dickerson 2006, 1123). Manchmal kann die Menopause ambivalent erlebt werden, die Einen können sich weniger attraktiv fühlen, Andere wiederum können 'aufgedrehter' sein und sich stärker mit ihrem Körper verbunden fühlen (vgl. Thomas-Mac Lean 2005).

Die möglichen Effekte der künstlich herbeigeführten Menopause können wiederkehrende Hitzewallungen und Schweißausbrüche bei Tag und bei Nacht sein und so Schlafprobleme verursachen.

*„My whole body is hot and sweaty and it's just right hot. That may last for an hour, then the hot flashes are gone and I'll get the chills...I'll just be sweating and then I get rid of the blankets, open the windows and then I'm freezing. As soon as I cover up again and the heat is combines, then Im hot again. This goes on all night, kind of depressing [...]“* (Thomas-Mac Lean 2005, 205).

Vor allem für jüngere Frauen kann eine künstlich herbeigerufene Menopause bedeuten, dass etwas für selbstverständlich Gehaltenes plötzlich verloren geht. (vgl. Thomas-Mac Lean 2005). Hier ist gemeint, dass erholsamer Schlaf nicht mehr alltäglich sein kann. Andere beschreiben Beinkrämpfe, die plötzlich während der Hormontherapie auftreten.

*„[...] I had leg pains. They were sharp, like kinks, really sharp in your feet and your legs [...] It really hurt and sometimes it would be hard to get out of bed [...]“* (Thomas-Mac Lean 2005, 205).

Gewichtszunahme durch die Chemotherapien und/oder Hormontherapien wurden als ein weiteres belastendes Problem beschrieben.

*„I hated it. I still hate it. I never want to gain weight and to have gained it because of medication, you know the chemotherapy, and then not be able to lose it?! It's bothered me, and it's still bothers me [...] If I had a choice, I would have certainly liked to stay how I was“* (Thomas-Mac Lean 2005, 206).

Der Gewichtsverlust kann nicht weniger belastend sein

*„I just figured the last thing you want is people saying, 'Have you seen her [...] she's lost so much weight. She looks awful. ' If someone said, 'You're losing weight', I'd say 'I'm just being careful about what I eat [...]“* (Thomas-Mac Lean 2005, 206).

Die Symptome der Menopause können bedeuten, dass sich jemand immer noch krank fühlt, obwohl die akute Krebsbehandlung schon beendet ist (vgl. Thomas-Mac Lean 2005).

#### 4.4.2 Haarverlust

Der Haarverlust wird von manchen Frauen als eine schlimme Nebenwirkung der Chemotherapie beschrieben. Es macht aus einem eine kranke Person (vgl. Lindop & Cannon 2001; Harcourt & Frith 2008), und kann von ihnen als Angriff auf die Persönlichkeit gesehen werden (vgl. Lindop & Cannon 2001). Krebs ist durch den sichtbaren Haarverlust nicht mehr privat, die Klientinnen verlieren mit ihren Haaren ihre Anonymität, sie werden mit den Blicken und Fragen anderer Menschen konfrontiert (vgl. Harcourt & Frith 2008).

*„It's going to be so obvious that it is going to be cancer, people are gonna say 'she's had her medication, she's not just decided to shave her head [...] everyone's immediately gonna know [...] this is gonna be sort of like two neon fingers pointing right at me“ (Harcourt & Frith 2008, 600).*

Um nach außen hin 'normal' auszusehen, verwenden viele Betroffene in dieser Phase Tücher, Mützen oder andere Kopfbedeckungen und Perücken.

*„Initially, before I started the treatment, you know wear a scarf. And it's like a combat badge you know, look at me I'm going through this and aren't I going brilliantly [...] but the reality is very different, I mean I just didn't want to feel that people were looking, the first time I went out in my scarf I felt so self-conscious“ (Harcourt & Frith 2008, 600).*

Der Haarausfall kann Angst auslösen, manche Frauen möchten gar nicht in Kontakt mit anderen Menschen kommen.

*„I just wanted to fade into background. I didn't want to draw any more attention to myself than I thought I already was, even though I probably wasn't, and I couldn't meet people's eyes. Like at the checkout usually you have a chat with the checkout girl, but no, head down just wanting to get through, get out“ (Harcourt & Frith 2008, 601).*

Haare spielen eine Rolle in der Weiblichkeit. Einige Klientinnen befürchten, dass ihre Partner negativ auf sie reagieren können (vgl. Kunkel et al. 2002).

*„I don't think I, I didn't anticipate how, um, how ugly it would make feel. I felt very, I felt very, I didn't feel like me, [...] I didn't feel sexy [...] didn't let R [husband] near me for weeks [...] `cos I felt so ugly, and he used to tell me all the time 'but you're beautiful. I love you, you've got no hair, so what?‘“ (Harcourt & Frith 2008, 602).*

Andere Frauen können die Erfahrungen mit der Behandlung durch die Chemotherapie als notwendiges Übel oder positiv betrachten. *„Treatment was nice I think. There were no problems with treatment“ (Lindop & Cannon 2001, 95).*

Nach der Chemotherapie mit ihren Nebenwirkungen, beschreiben manche, dass ihr voriges Selbst gelöscht wurde. *„[...] I felt like someone took a big eraser and erased me [...]“ (Boehmke & Dickerson 2006, 1124).* Eine Frau beschrieb die Chemotherapie folgend: *„[...] it is horrendous really from start to finish, it was just an horrendous six month for me“ (Lindop & Cannon 2001, 95).*

#### 4.4.3 Lymphödem

Das Lymphödem kann eine chronische Langzeitnebenwirkung sein, und kann den Alltag der Frauen beeinflussen. Durch schmerzhaftes Schwellungen und Bewegungseinschränkungen können ihre Rollen beeinträchtigt werden. Meistens sind es die Frauen, die für die Familie und den Haushalt sorgen. Tä-



tigkeiten wie Putzen, Großeinkäufe erledigen oder die kleinen Kinder herumtragen sind, wenn überhaupt, nur mehr verändert möglich (vgl. Radina & Armer 2001; Thomas-Mac Lean 2005).

*„Over the last 13 years I have been troubled very little by lymphedema. It is a good thing because I had a lot of physical demands in taking care of my family including a small child. If I had to avoid lifting 10 pounds, it would have been hard“ (Radina & Armer 2001, 290).*

Die Betroffenen suchen Strategien, um ihre 'Normalität' aufrecht zu erhalten, machen andere Bewegungen als vorher, und manche benötigen einfach mehr Zeit. *„You just have to adapt and figure out how to do things differently“ (Radina & Armer 2001, 291).* Es gibt Tätigkeiten, die nicht von den Klientinnen selber durchgeführt werden können. Sie brauchen Unterstützung, was für manche kein Problem darstellt.

*„I used to get on all fours and clean the kitchen floor by hand. Now I use a sponge mop because I can't do it the way I used to. My husband vacuums and cleans the bathroom because these are repetitive motions. I am usually able to do the rest of the cleaning myself“ (Radina & Armer 2001, 290).*

Andere Frauen erkennen in der Tatsache, dass sie Unterstützung benötigen, sehr wohl ein Problem und äußern ihre 'Abhängigkeit' so:

*„I don't like it. I want to do it myself. When you think of something you want to do, you want to do it now and not have to wait for someone else“ (Radina & Armer 2001, 292) oder „There are a lot of things you learn, what you can't do, then you have to have help with them. But I'm stubborn and I try to do as much as I can myself. I don't like to feel dependent on anyone“ (Thomas-Mac Lean 2005, 206).*

Ein Lymphödem und seine Auswirkungen können alleinstehende Klientinnen genauso wie jene in einer funktionierenden Partnerschaft hart treffen. Das Tragen von engen, steifen Bandagen wird als hinderlich gesehen, nicht nur, weil es zusätzlich die Bewegung des schon durch eine starke Schwellung und Schmerzen eingeschränkten Armes beeinträchtigt, sondern weil die Bandage nicht nass werden soll.

*„Giving my daughter, Anne, a bath was hard. It wasn't that I was not capable, it was just a huge production to remove eight layers of bandages, roll them up, and rewrap my arm. It's time consuming. Also, doing Anne's hair is difficult because of the glove [which she now wears with the compression garment]. It catches on her hair and makes it harder for me to grip her hair tightly“ (Radina & Armer 2001, 290).*

Manche Frauen können ihre Hobbies und lieb gewonnene Tätigkeiten nicht mehr verfolgen, einige sagen, dass sie Dinge, die sie früher ausmachten, nicht mehr tun können. *„These are things that I have enjoyed and needed to do“ (Radina & Armer 2001, 292).*

#### 4.4.4 Müdigkeit

Die Müdigkeit kann während und nach der Chemotherapie sowie der Strahlentherapie manchen Betroffenen Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung machen. Ein Mann erzählt über seine Frau, die ihren Job nicht mehr ausüben konnte: *„[...] came for her chemotherapy and went straight home to bed, where she stays most of the time in a darkened room“* (Boehmke & Dickerson 2006, 1124). *„So tired, you just want to crawl into bed and never get out again“* (Lindop & Cannon 2001, 95). Die körperliche Erfahrung des Energieverlustes beeinflusst das gesamte Leben.

*„[...] hit a brick wall. I'm immobilized. I think about having cancer every minute of every day. I just can't get beyond it. It's ruined my life“* (Boehmke & Dickerson 2006, 1124).

Aufgrund der Müdigkeit können Klientinnen an die Grenze ihrer Belastbarkeit stoßen.

*„Wenn ich zu einem Fußgängerstreifen kam und es grün war, habe ich gewartet, bis es rot und wieder grün wurde, damit ich die ganze Grünphase hatte, um die Straße zu überqueren, sonst hätte ich es nicht geschafft“* (Schmid-Büchli 2005, 348).

Durch die Müdigkeit können die Erkrankten ihr vorheriges 'gesundes' Gefühl über sich selbst verlieren *„Will I ever feel like myself again and not feel so sick?“* (Boehmke & Dickerson 2006, 1124).

#### 4.4.5 Weitere Veränderungen des Körpers

Der Körper der Frauen verändert sich durch die 'Reise durch den Brustkrebs'.

*„Well for sure you liked your body before because you were whole. Now, well I've accept it so I like my body, but I still would like it better the way it was before. But you accept it, it's part of live you know and you just get on with it“* (Thomas-Mac Lean 2005, 207).

Manche berichten, dass sich ihr Interesse an Sexualität im Vergleich mit der Zeit vor der Diagnose Brustkrebs nicht verändert hat. Andere erzählen, dass sie ihre Beziehungen zu den Partnern völlig abgebrochen haben (vgl. Mc Phail & Wilson 2000). Die Veränderungen durch die Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie und Hormontherapie kann Auswirkungen auf die Sexualität haben.

*„[...] sex doesn't play a great part in my life somehow now. And I feel a bit awful over that, it's nothing to do with him at all, it's in my mind I think“* (Lindop & Cannon 2001, 96).

Frauen berichten, ohne Rekonstruktionsplastik würden sie sich unattraktiv fühlen.

*„Obviously, I was poorly for a while (after reconstruction) but now its back to normal, fine. I mean I undress, everything again, because I feel a woman again“ (Lindop & Cannon 2001, 96).*

In Partnerschaft lebende Klientinnen sind an der anfänglichen Reaktionen ihrer Partner interessiert und darüber betroffen.

*„I just look at his face and I thought I want to see what your reaction is now that this has happened. And there was no change in his face at all“ (Lindop & Cannon 2001, 96).*

Für manche Frauen bedeutet 'Frau sein' auch Mutter sein. Junge Klientinnen, die noch einen unerfüllten Kinderwunsch haben, können durch die Krankheit und den Entscheidungen über Behandlungsnebenwirkungen, wie beispielsweise die vorzeitige Menopause, in eine schwierige Lage kommen.

*„I was looking for people who were dealing with the pregnancy issue [...] who were questioning whether or not to take Tamoxifen [hormontherapy] and everybody that I knew was taking Tamoxifen or deciding if they were going to take Tamoxifen but they weren't dealing with pregnancy [...] (I) need(ed) to have the right information in order to make that very difficult decision in wether to take hormone therapy or not [...] so it felt like life or death [...]“ (Gould et al. 2006, 163).*

#### 4.5 Soziale Aspekte

In der Zeit der Diagnosestellung und der Therapie sind die engsten Ansprechpersonen der Partner, Familie und oder Freunde. Diese Personen werden in die Erfahrungen der Frauen eingeweiht. Ehemänner erzählen, dass ihre Frauen zur Zeit der Behandlung wollen, dass sie ihnen zur Seite stehen, indem sie die Frauen annehmen und ihnen beim 'Management' des Informationsmaterial, also der Lektüre, dem Abwägen der Argumente helfen. *„He's pulled me up when I've been at my lowest, taken me out and so on“ (Lindop & Cannon 2001, 96).* Trotzdem können sich wichtige Menschen während der Diagnosestellung ausgeschlossen fühlen (vgl. O'Mahony 2001). Denn wenn große Angst und hohe Belastung im Spiel sind, suchen die Betroffenen vorerst professionelle Hilfe und Unterstützung bei Gesundheitsexperten. Die Unterstützung durch wichtige Menschen kann sehr hilfreich sein, indem sie die Frauen zu diversen Terminen begleiten (vgl. O'Mahony 2001). Sie wissen sehr genau, dass auch ihre Familien während dieser 'Reise durch den Brustkrebs' schwierige Erfahrungen machen und eine schwere Zeit durchleben (vgl. Lindop & Cannon 2001). Wichtige Menschen für die an Brustkrebs erkrankten Frauen werden in das Leiden involviert (vgl. Lindholm, Rehnsfeldt, Arman, Harmin 2002). Für die Frauen ist Unterstützung ein sehr wichtiger Faktor, der ihre Anpassung an die Krankheit beeinflussen

kann. Wenn die wichtigen Unterstützer leiden, kann die Unterstützung unter Umständen nicht so gegeben werden, wie sie von den Erkrankten benötigt wird (vgl. Lindholm et al. 2002). Eine andere Strategie von Angehörigen kann sein, dass diese versuchen, die Normalität aufrecht zu erhalten, so 'normal', dass sie sich selber zu Gefangenen der Situation machen (vgl. Lindholm et al. 2002). Es kann zu einem Teufelskreis der Missverständnisse kommen. So können soziale Beziehungen auch als Herd der Belastung gesehen werden und dazu führen, dass eine direkte Konfrontation mit dem Problem vermieden wird. *„I look at my husband and I think what a shame, you know, he looks worse than me, but he's fine really“* (Lindop & Cannon 2001, 97).

Frauen mit abhängigen Kindern sind dazu gezwungen, einen Balanceakt zwischen der Wirklichkeit, und dem Bewahren ihrer Kinder vor der Wirklichkeit zu machen (vgl. Billhult & Segesten 2003). Für diese Klientinnen ist es wichtig, gewohnte Dinge beizubehalten – eine Normalität oder zumindest den Anschein davon aufrecht zu erhalten. Mutterschaft wird als Stärke beschrieben. Die Frauen möchten für ihre Kinder verfügbar sein, haben aber den Gedanken im Kopf, an Brustkrebs sterben zu können (vgl. Billhult & Segesten 2001; Lindholm et al. 2002).

*„[...] yes but then I think if it would not turn out good. If I was not disappear. You just don't want to see that picture what it would be like... my children growing up without me or with a new mother [...] I don't want to see it. He (the husband) might get a new wife but the children cannot get another mother that is so emotionally involved [...]“* (Billhult & Segesten 2003, 125).

Der Gedanke nicht mehr für ihre Kinder da sein zu können, ist massiv belastend für sie. Aber trotzdem managen Mütter gut. Die täglichen Routinen können zerstörende Einflüsse minimieren. Die Klientinnen versuchen ihren Kindern die Wahrheit zu sagen. Fragen über den Tod tauchen auf. Es kann für die Frauen sehr schwierig sein, diese zu beantworten – sie versuchen ihre Kinder zu beschützen, und sprechen mit ihnen darüber, dass es in der Zukunft Therapien geben wird, die ihnen wieder weiter helfen werden (vgl. Billhult & Segesten 2003; Lindholm et al. 2002). Die Kinder sehen aber Beweise dafür, dass Veränderungen stattfinden. Ein Beweis für diese Veränderungen kann die Narbe der Operation sein. Die Betroffenen versuchen die Situation in eine positive Richtung zu lenken. Das heißt, dass die Familie oft negative Situationen oder Perspektiven als 'normal' betrachten kann, um sie so zum Positiven zu wenden (vgl. Billhult & Segesten 2003).

Es zeigt sich, dass gesunde Frauen den Einfluss von psychischen Belastungen von Brustkrebs und dessen Begleiterscheinungen nicht immer richtig einordnen können. Gesunde Frauen sehen an Brustkrebs erkrankte Frauen oft als 'selber

schuld' an ihrer Krankheit und als mehr belastet, als sie wirklich sind (vgl. Buick & Petrie 2002). Gesunde sind oft der Meinung, dass die innere Einstellung, deren Umwelt und genetische Faktoren daran schuld sind, dass jemand Brustkrebs bekommt. Es wird von einer doppelten Stigmatisierung gesprochen: 1. weil die Frauen Krebs haben, und 2. weil sie die Krankheit verursacht haben (vgl. Lerner 1971). Missverständnisse können entstehen, indem gesunde Frauen emotionale Unterstützung in Situationen anbieten, in denen es nicht erforderlich ist, aber nicht ansprechbar sind, wenn Unterstützung gebraucht wird (vgl. Buick & Petrie 2002).

Einige Frauen können eine Bürde der Schuld mit sich herumtragen, weil sie glauben, dass ihr Lebensstil oder ihre Anpassungsstrategien auf Brustkrebs etwas mit dem Ausbruch der Krankheit zu tun haben könnten (vgl. Buddeberg, Sieber, Wolf, Landolt-Ritter, Richter, Steiner 1994; Richer & Ezer 2000; Buick & Petrie 2002).

#### 4.5.1 Unterstützung

Soziale Unterstützung können die Betroffenen durch ihr persönliches soziales Netz erhalten. Partner, Familie, Freunde und Kollegen werden von vielen Frauen als positiv erachtet. Unterstützung wiederum wirkt sich positiv auf die Anpassung aus (vgl. O'Mahony 2001; Drageset & Lindström 2003; Nordin, Berglund, Glimelius, Sjöden 2000). Viele Aspekte sozialer Unterstützung werden unter dem Blickwinkel emotionaler Qualitäten gesehen. Sie erhalten daraus eine gleichsam puffernde und schützende Wirkung gegen die psychosozialen Begleiterscheinungen von Brustkrebs. (vgl. Drageset & Lindström 2003).

Es gibt verschiedene Typen von sozialer Unterstützung:

- Die emotionale Unterstützung, welche verbale und nonverbale Kommunikation beinhaltet.
- Unterstützung durch Informationen und instrumentelle- oder praktische Unterstützung, die das Anbieten von materiellen Gütern beinhaltet (vgl. Nordin et al. 2000; Landmark & Wahl 2002).

Unterstützende Helfer können nicht nur Familien und Freunde sein, sondern auch der Arzt, die Pflegeperson, oder auch eine Selbsthilfegruppe (vgl. Halkett et al. 2005). Die Unterstützungen können eine große Auswirkung auf die Art und Weise der Entscheidungsfindung haben. Die Anpassung an die Krankheit, sowie der Zufriedenheit mit der Entscheidung wird davon beeinflusst (vgl. Halkett et al. 2005).

Die Klientinnen bewerten das 'glaubwürdige Bündnis', das von einer Beziehung abgeleitet wird, in welcher die Personen auf Unterstützung unter allen Umständen zählen können, am höchsten (vgl. Drageset & Lindström 2003). Gefolgt von Begleitung und Anleitung durch Informationen und Wissen von Gesundheitsexperten, genauso wie einfachen Wissen, das sie von anderen angeboten bekommen. In einer Zeit, wo Rat gebraucht wird, kann auch schon einfaches Wissen die Hilflosigkeit verringern (vgl. Drageset & Lindström 2003). Eine sehr wichtige Unterstützung ist eine möglichst rasche Information durch das Klinikpersonal. Dabei sollten vorrangig Mythen zur Krankheit, die die Angst vergrößern könnten, im Gespräch ausgeräumt werden (vgl. Sabo et al. 2007). Auf das Ergebnis der Biopsie zu warten wird als eine der belastendsten Situationen beschrieben (vgl. O'Mahony 2001). Frauen die sich einer Brustbiopsie unterziehen, treffen bei ihren Besuchen im Krankenhaus meistens die selben Mitglieder des Teams. Erkrankte sind durch die Screeningleistung gut informiert und erhalten Beratung, welche emotionalen Auswirkungen haben. Sie können sich besser anpassen und sind optimistischer, denn die Kontakte mit dem Personal geben ihnen Sicherheit (vgl. O'Mahony 2001; Drageset & Lindström 2003).

#### 4.5.2 Die Rolle des Alters

Das Alter der erkrankten Frauen spielt eine sehr große Rolle im Umgang von informativen Dienstleistungen als Unterstützung.

Junge Frauen, die vor oder in ihrem 45. Lebensjahr an Brustkrebs erkranken, benötigen eine andere Form der Unterstützung, als jene die älter sind (vgl. Gould, Grassau, Manthorne, Gray, Fitch 2006). Die jüngeren Klientinnen befinden sich in anderen Lebensabschnitten. Sie können mit anderen Problemen konfrontiert sein als ältere. Eine kinderlose Klientin äußerte:

*„One thing that occurs to me that I think is (a) significant difference between an older person getting cancer and a younger person is [...] when you're young and you get cancer diagnosis I believe it changes the entire trajectory of your life [...]“* (Gould et al. 2006, 163).

Vor allem jüngere, an Brustkrebs erkrankte Frauen äußern Probleme wie:

- verfrühte Menopause,
- Fertilität,
- finanzielle Hindernisse,
- verstärkte emotionaler Belastung,
- die Auswirkung der Diagnose auf ihre abhängigen Kindern, ihren Partnern,

- die Bewältigung der Elternschaft und den Mangel an maßgeblicher praktischer Unterstützung (Gould et al. 2006).

*„I was bombarded with pamphlets and booklets and I read everything possible I could get my hands on, but I found that none of it really suited me on my specific situation [...] I found that 'nothing fit me'“ (Gould et al. 2006, 163).*

Die jüngeren Frauen wünschen sich zielgerichtete Informationen und Unterstützungsprogramme, die sie von ihren Ansprechpersonen im Krankenhaus erhalten.

*„I have a mother-in-law dying of cancer, I have my son. I have work, I said I'm not just trying to be a cancer patient. I'm trying to be a human being [...] I am my own support system because I've got all these other things to do“ (Gould et al. 2006, 165).*

Ältere Frauen berichten über andere belastende Auswirkungen der Krankheit, sie sorgen sich mehr um die Funktionen ihres Körpers. Sie haben eine geringere Furcht vor Rezidiven als junge Frauen (vgl. Gould et al. 2006; Knobf 2007).

#### 4.5.3 Brustkrebsbehandlungen und die Erfahrungen mit dem Behandlungsteam

Während der Zeit von der Diagnose bis zum Ende der Therapie erwähnen viele Frauen das medizinische- und pflegerische Personal als sehr hilfreich, Trost spendend und wichtig. Das Behandlungsteam gibt den Frauen Informationen und hört ihnen zu (vgl. O'Mahony 2001; Drageset & Lindström 2003; Boehmke & Dickerson 2006). Es gibt aber auch Untersuchungsergebnisse, in denen Klientinnen von negativen Erfahrungen mit dem Personal berichten (vgl. Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Harmin, Eriksson 2004).

*„I felt I was not good shape, I would have liked to ask her and talk to her (the doctor), ask her whether one can feel mentally unwell afterwards and so, but I got stuck as it were, for she was in such a hurry and didn't have time to listen. I think she should almost be able to see when somebody feels as rotten as I did“ (Arman et al. 2004, 251).*

Frauen, die von negativen Erfahrungen berichten, beschreiben oftmals, dass das Behandlungsteam keine Zeit hat – das passiert vor allem auf Akutstationen. Die Frauen können diesen Stress seitens des Pflegepersonals und das 'Flüchtige durch die Zimmer huschen' um zu sehen, ob alles in Ordnung sei, so auffassen (vgl. Arman et al. 2004).

*„For it is a question of daring to sit down, of daring to meet this, not to say we must pass on, for it is of course easier to do that, as it were [...]“ (Arman et al. 2004, 252).*

Die Betroffenen können darunter leiden, wenn sie durch das Behandlungsteam nicht als Ganzes menschliches Wesen gesehen werden, sondern nur als beispielsweise 'die Mastektomie'.

*„What then, if you are not seen as anything but a physical thing, not seen in your suffering, that really makes the suffering more intense, for there you are. I thought sometimes I could cut a piece of myself off and send that, I don't have to go along myself, for they are not interested in me, are they?“*  
(Arman et al. 2004, 252).

Ihr Leiden entsteht nicht alleine durch die Krankheit, sondern die Betrachtung und Behandlung der an Brustkrebs erkrankten Frau als Objekt können das Leiden erst auslösen bzw. zusätzlich vergrößern. Sowie das Leiden durch die Pflegepersonen und anderen Mitglieder des Behandlungsteams verstärkt werden kann, so gibt es auch die Möglichkeit dieses Leiden zu verringern, indem die Klientin als ganzes menschliches Wesen betrachtet wird (vgl. Arman et al. 2004).

#### 4.6 Das Ende der Behandlungen

Mit dem Ende der Therapien können komplexe Emotionen verbunden sein. Familien und Freunde, die als Unterstützer die Frauen während der Therapien begleiteten, sehen, dass die Therapien zu Ende gehen und die Frauen zurück in ihr 'altes Leben' kommen können. Aber die Erkrankten sind durch ihre Erfahrungen geprägt von psychischer Belastung, Sorge und Belastung in Bezug auf sexuelle Veränderungen, Furcht vor einem Rezidiv, ihrem Selbstkonzept und familiäre, mütterliche Beziehungen (vgl. Knobf 2007). Für sie kann das Ende der Therapien mit einer enormen Ambivalenz verbunden sein. Einerseits sind sie froh, dass die Therapie abgeschlossen ist, andererseits können sich die Frauen verlassen vorkommen (vgl. Boehmke & Dickerson 2006; Knobf 2007; Lindop & Cannon 2001).

*„[...] that last chemotherapy, it's like 'bye, bye', you are on your own for three month [to follow-up] and they are very long“* (Lindop & Cannon 2001, 97).

Klientinnen, die am Ende ihrer Therapie stehen, können die Klarheit 'des alleine seins' im Zusammenhang mit Brustkrebs erlangen.

*„[...] I have to relearn how to live without treatment [...] I feel like I want to keep coming here just to check in“* (Boehmke & Dickerson 2006, 1124).

Die Nebenwirkungen der Therapien sind noch vorhanden, die Müdigkeit, wie sie sich selbst und ihren Körper sehen und Symptome der Menopause. Die Haare beginnen zu wachsen, aber eine Angst vor der Trennung des schon bekannten Behandlungsteams und einem Rezidiv bleibt bestehen (vgl. Knobf 2007).



#### 4.6.1 Nachsorge und geheilte Überlebende

„*I woke up, still alive. Does that mean 'cured'?*“ (Hacker 1994; zit. n. Kaiser 2008, 79). Die Heilung ist in der ersten Zeit eine vorzeitige, und die Kontrollen sind mit der Angst vor einem Rezidiv verbunden. Frauen können das Rezidiv als ein Zeichen für den nahen Tod sehen (vgl. Allen 2002). Betroffene gaben jedoch an, dass sie versuchen 'normal' zu leben und nicht immer daran zu denken. „*Basically, I'm back to normal*“ (Allen 2002, 158). Die Frauen deuten an, dass ihre Ängste und Bedenken direkt vor der Nachuntersuchung einsetzen.

„*[...] nervous, even five years on [...] it usually starts around three weeks before [...] I've no reason to think anything's wrong [...]*“ (Allen 2002, 158) oder „*the day before I get uptight wondering how things are going*“ (Allen 2002, 158).

Durch die Nachsorgeuntersuchung kann Beruhigung gesucht und gefunden werden. „*I like to go [...] I want to know everything is fine*“ oder „*You want some reassurance*“ (Allen 2002, 158). Die Wichtigkeit des medizinischen und pflegerischen Teams wird erwähnt. „*I ask if there's been any changes [...] I think, well, whatever happens, [...] people are working on your behalf*“ (Allen 2002, 158). Aber es werden auch Enttäuschungen über das Personal angesprochen.

„*You're rushed in, stripped to the waist, a quick inspection [...] it's over and you think, oh, I should have mentioned something*“; „*You don't feel you have the time*“ (Allen 2002, 159).

Der von manchen Frauen angesprochene Zeitdruck kann als Belastung erlebt werden (vgl. Allen 2002).

#### 4.6.2 Brustkrebs als Todesursache

Eine fatale Nachricht ist, wenn Frauen erfahren, dass sie einen neuen Tumor oder Metastasen haben. Der Gedanke an den Tod kommt näher (vgl. Thomas-Mac Lean 2005; Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005; Taylor 2000).

„*[...] I used to just drag myself to come [...] used to cry before I came [...] I would be in a state [...] he [doctor] said [...] you are terminally ill, Danny [...] you have to accept it [...] I said you are not God, you can't decide when I'm gonna die [...]*“ (Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005, 516).

Es kann ein Pendeln zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit entstehen, ihre Erfahrungen können einen inneren Mechanismus des Oszillierens zwischen Hoffnung und Verzweiflung aufdecken.

„*I'm an optimist [...] I had [...] bad things happening in my life but it could be worse [...] it's worse not to know you have cancer and it's eating you away and suddenly you have no hope [...] I've got hope because I'm still alive*“ (Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005, 516).

Manche Frauen erzählen, dass sie durch mangelhafte Unterstützung ihrer Familie weniger Hoffnung erfahren und mit mehr Nebenwirkungen der fortschreitenden Krankheit konfrontiert sind (vgl. Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005). Manche Klientinnen beschreiben eine Veränderung durch die Krankheit, die nicht zwingend erst auftaucht, wenn die Krankheit fortschreitet, die Frauen können durch die Erfahrungen, die sie durch die Krankheit machten und noch immer machen, Dingen andere Bedeutungen zuschreiben – die Prioritäten können sich stark verschieben. Eine der Auswirkungen kann sein, dass Frauen nur mehr mit für sie wertvollen Dingen im Leben umgehen wollen.

*„Life has become for me a privileged experience of being in love. To love people surrounding me [...] to enjoy every moment [...] It's to choose, not to endure, but to choose“* (Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005, 517).

Die Frauen sprechen aufgrund ihren Erfahrungen über Vertrauen. *„[...] it's only faith that allows me to live day by day and to be happy [...]“* (Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005, 517). Mit Vertrauen meinen sie ein Vertrauen auf eine höhere Macht.

*„[...] people talk about spirituality, I'm starting to feel [...] that I have a guide [...] I don't know how to call that [...] guide, inner voice, God, guardian angel [...]“* (Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005, 516).

Es gibt Frauen, die eine Erfahrung des 'Lernens' machen. Hier sind veränderte Sichtweisen gemeint. Die Frauen sagen, dass sie gelernt haben, was für sie wirklich wichtig ist.

*„Since about 1 year, I'm slowly living a kind of serenity, a capacity to live day by day. It's not always easy [...] to work and not worry [...] just making the most of my daughter's smile [...]“* (Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005, 517).

Andere Frauen sprechen über das Fortschreiten der Krankheit folgendermaßen:

*„I'm not ready to die [...] I'm afraid [...] When you die, you must say goodbye to your children [...] your spouse, friends and family, you must say goodbye to your roles and dreams [...]“* (Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005, 517).

Eine der Grundfragen, denen in dieser Arbeit nachgegangen werden soll, ist jene nach der Bedeutung des Brustkrebs für die daran erkrankten Frauen. Zwar legt das Kapitel 'Reise durch den Brustkrebs' eine gleichsam für alle Frauen geltende Bedeutung nahe, ähneln sich doch die Stationen, die sie auf dieser

Reise erleben. Diese Ähnlichkeit suggeriert dann auch Ähnlichkeiten in den Bedeutungen, die der Brustkrebs für die erkrankten Frauen aufweist. Dieser Schluss greift aber zu kurz, wie an folgenden Beispielen gezeigt werden soll.

Denkt man hier etwa an die Beurteilungen von Frauen in Bezug auf Gelprothesen der Brust, die sehr unterschiedlich ausfallen. Die eine halten sie für eine 'gute Sache', die ihnen 'Normalität' gestattet, andere finden sie unmöglich und befürchten, sie könnten verrutschen (vgl. Thomas-Mac Lean 2005). Die eine Frau erzählt, dass sie ihren Partner als hilfreiche Unterstützung erlebt, wobei die Nächste ihren Mann als Belastung empfindet, da sie ihn aufbauen und trösten muss (vgl. Lindop & Cannon 2001). Ein anderes Beispiel liefert die Frau, die sich die Welt nicht mehr erklären kann als sie hört, dass sie Brustkrebs hat. Sie hat jetzt Brustkrebs, trotzdem sie immer gesund gegessen hat und an Wellness glaubte (vgl. Boehmke & Dickerson 2006), wobei eine andere Frau bei der Diagnose Brustkrebs sofort an ihr Lebensende denkt (vgl. Lindop & Cannon 2001).

Das Kapitel 'Reise durch den Brustkrebs' liefert zwar eine Fülle der Bedeutungen, zeigt aber zugleich, dass ähnlich oder gleich gelagerte Phänomene für die betroffenen Frauen völlig verschiedene Bedeutungen haben können. Da ein Gesamtkatalog aller möglichen Bedeutungen, der für die Pflegediagnostik eine Schablone darstellen könnte, anhand derer sie die Bedeutung erkennen kann, weder zu haben noch handhabbar ist, braucht es andere Wege, die unterschiedlichen Bedeutungen, die die Frauen der Krankheit und ihren Begleiterscheinungen zuschreiben, für die Pflegediagnostik fruchtbar zu machen.

Im folgenden Abschnitt werden verschiedene Theorien und Konzepte vorgestellt, die aus unterschiedlichen Perspektiven den Versuch unternehmen, die vielfältigen Bedeutungen wissenschaftlich zu ordnen und zu systematisieren. Gefragt wird nach der Genese der Bedeutungen ebenso wie nach Schemata, Bedeutungsveränderungen im Zusammenhang mit dramatischen Lebensereignissen zu kategorisieren.

## 5 Quellen von Bedeutungen – Ordnungen von Bedeutungen

### 5.1 Was muss eine Pflegeperson wissen, um an Brustkrebs erkrankte Frauen zu verstehen?

So lautet eine der Kernfragen der vorliegenden Arbeit. Einen Teil der Antwort auf diese Frage gibt der folgende Abschnitt. Die unterschiedlichen Perspektiven dieser hier vorgestellten Theorien und Konzepte leisten einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Schaffung, Erweiterung oder Ergänzung des pflegerischen Wissens um die Bedeutung(en), die Brustkrebs für die an ihm erkrankten Frauen haben kann. Die Kenntnis dieser Theorien bietet den Pflegepersonen einen großen Fundus an Möglichkeiten, Bedeutungen zu verstehen, da sie Ihnen Instrumente zur Verfügung stellt, die Bedeutungen zu ordnen und die Bedingungen ihrer Entstehung zu erkennen und zu verstehen.

### 5.2 Der Begriff der subjektiven Theorie

Subjektive Theorie bezeichnet zunächst den Versuch, subjektive Vorstellungen in ein wissenschaftliches Konzept zu fassen. Die Grundidee liegt darin, dass jeder Mensch Annahmen über sich und die Welt hat. Diese Annahmen hängen in sich zusammen und sind miteinander thematisch verknüpft. Wegen dieser umfassenden Darstellung 'der Welt im Kopf' und der Ähnlichkeit zu wissenschaftlichen Theoriegebäuden wird dafür der Begriff 'Theorie' verwendet (vgl. Flick 1991).

Verschiedene Wissenschaftler näherten sich mit methodisch theoretischen Konzepten aus der Soziologie sowie der Psychologie den Themen subjektive Vorstellungen, Alltags- und Weltwissen (vgl. Flick 1991).

Zunächst rückten subjektive Vorstellungen in das Blickfeld der Psychologie. Als Leitmotiv dient an dieser Stelle Kellys programmatische Formel vom Menschen als Wissenschaftler, der mit personalen Konstrukten Hierarchien des Wissens ausbildet und sein Handeln strukturiert (vgl. Flick 1991).

Von Bedeutung für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit subjektiven Vorstellungen ist in der Folge Laucken, der den Begriff der naiven Individualtheorie einführt. Die wesentliche Funktion der Individualtheorie(n) sieht Laucken darin, dass sie Orientierung in spezifischen Kontexten des Alltagslebens bietet (vgl. Flick 1991).

Bei soziologischen Forschungsansätzen leistet Alfred Schütz Pionierarbeit in der Auseinandersetzung mit dem Thema Subjektive Vorstellungen (vgl. Flick 1991). Seine grundsätzliche Prämisse geht davon aus, dass unser Wissen von

der Welt, unabhängig ob im wissenschaftlichen- oder im Alltagsdenken, Konstruktionen enthält, also Abstraktionen, Generalisierungen, Formalisierungen und Idealisierungen, die uns das Begreifen der Welt und ihrer Phänomene erleichtern sollen (vgl. Flick 1991). Theoretisches Wissen und wissenschaftliche Arbeit hat ihren Ausgangspunkt im Alltag durch die subjektive Konstruktion von Wirklichkeit. Schütz entwickelt ein Konzept für das Verständnis des Alltags eines Individuums, das er die 'Welt in unserer Reichweite' nennt.

*„Der Begriff die 'Welt in unserer Reichweite' ist von unserem Körper abhängig, der als Nullpunkt des Koordinatensystems aufgefasst wird, und um den sich uns die Welt anordnet“ (Schütz 1971 b, 285; zit. n. Flick 1991, 12).*

Hier wird ein Grundstein für eine Analyse der Weltsicht gelegt, die von Krankheit und Gesundheit als Erfahrungsmodi des eigenen Körpers (vgl. Flick 1991) ausgeht und auf der Erfahrung des eigenen Körpers die Erfahrung der Welt aufbaut. Die Arbeiten von Schütz wurden zur Basis der Mikrosoziologien und des Symbolischen Interaktionismus. Diese Ansätze der Wissenschaft handeln von Funktionsanalysen, Strukturen und Inhalten von Alltagswissen in der Interaktion und in der Herstellung gesellschaftlicher Wirklichkeit (vgl. Flick 1991).

Subjektive Theorien dienen unter anderem der Situationsdefinition und vermitteln Orientierungsgewissheit. Sie ermöglichen eine nachträgliche Erklärung von eingetretenen Ereignissen – teilweise mit Rechtfertigungscharakter. Bis zu einem bestimmten Grad kann ihnen eine handlungsleitende Funktion zugeschrieben werden, darüber hinaus dienen sie der Stabilisierung und Optimierung des Selbstwerts (vgl. Flick 1991). Das Subjekt wird durch seine subjektiven Theorien zum Experten seiner selbst (vgl. Flick 1991).

### 5.2.1 Subjektive Krankheitstheorien

So wie jede Person subjektive Theorien über die Welt in ihrem Kopf trägt, so hat jede Person ein subjektives Verständnis von Krankheit.

Subjektive Krankheitstheorien beinhalten Wissen und Vorstellungen, wie es zu einer bestimmten Krankheit kommen kann, wie sie verlaufen und was gegen die Krankheit helfen kann (vgl. Flick 1991).

Untersuchungen von Rolf Verres (1986, zit. n. Flick 1991) zum Thema 'Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und psychosoziale Folgen von Krebserkrankungen' machten deutlich sichtbar, welche Bedeutung subjektive Krankheitstheorien für Personen im Hinblick auf Bewältigung und die mit ihr verbundenen Ängste haben, wenn sie mit einer schweren Krankheit wie Krebs konfrontiert sind (vgl. Verres 1986, zit. n. Flick 1991).

Da viele Krankheitsvorstellungen mit emotionalen Anteilen verbunden sind, greift ein rein auf Kognition beschränktes Modell der subjektiven Theorie gerade bei Fragen nach Krankheitsvorstellungen ins Leere, da es die emotionalen Anteile vernachlässigt.

Subjektive Krankheitstheorien können zur Abwehr von Emotionen dienen, sind prozesshaft (vgl. Verres 1986, zit. n. Flick 1991) und können auch zur Bewältigung von Emotionen beitragen (vgl. Flick 1991).

Becker entwickelt 1984 ein Modell subjektiver Krankheitstheorien, das zeigt, aus welchen Formen, Inhalten und Strukturen eine subjektive Krankheitstheorie bestehen kann:

- *„Art und Dauer der Erkrankung*
- *Lebensgeschichte und Persönlichkeit*
- *herrschende Wissenschaftstheorie*
- *magisches Denken*
- *reaktives Kausalbedürfnis“* (Becker 1984, 318)

Becker (1984) untersuchte Frauen mit Brustkrebs und fand heraus, dass beinahe ein Drittel der Teilnehmerinnen ihre Krankheitstheorie mit Schuld, Strafe und Schicksal verbanden, was er als Beleg für die Bedeutung des magisches Denkens in subjektiven Krankheitstheorien wertete (vgl. Becker 1984, 315).

Subjektive Krankheitstheorien sind gedankliche Konstruktionen über das Wesen, die Verursachung und die Behandlung einer Krankheit. Sie dienen dem Verstehen und der Bewältigung einer Krankheit, und sie dienen den Patientinnen, sich selbst in der Bewältigung dieser Krankheit zu verstehen (vgl. Katsares, Sehouli, Könsgen, Mustea, Lichtenegger 2005).

Zwischen den subjektiven Krankheitstheorien der Erkrankten und den Expertentheorien der Mediziner kann eine Diskrepanz bestehen, die als Hauptursache für das Nichteinhalten von empfohlenen Maßnahmen gesehen wird. Mögliche Ursachen für diese Diskrepanz wurden in den subjektiven Krankheitstheorien bei Patientinnen mit Brustkrebs oder Unterleibskrebs von Katsares et al. (2005) gefunden. Katsares et al. (2005) nennen subjektive Faktoren, die nach Meinung der Klientinnen die Krankheit beeinflussen können, wie beruflicher Stress und der Wunsch, den familiären Ansprüchen gerecht zu werden, Chemikalien ausgesetzt zu sein und Stress, der das Immunsystem schwächt. Schuldzuweisungen an andere Personen (weil der Partner kein zweites Kind wollte, ist ein Tumor gewachsen) oder an die Gesellschaft (Schuld der Gynäkologen, die weiterhin Hormone verschreiben dürfen), die Umwelt

(beispielsweise Abgase), die körperliche Beschaffenheit (genetische Ursachen), und höhere Macht (wie etwa Krebs als Strafe) sind für Frauen Gründe, warum sie an Brustkrebs erkrankt sind (vgl. Katsares et al. 2005).

Katsares et al. (2005) zeigen, dass subjektive Krankheitstheorien keine unbeeinflussbaren Konstanten sind, auch wenn sie über mehrere Jahre hindurch unverändert bleiben. Verständliche, sachliche und mehrfach erhaltene Informationen und Aufklärung können dazu führen, dass sich die subjektiven Krankheitstheorien verändern können. Dies wiederum könnte eine mögliche Voraussetzung für eine positive Einstellung zur Krankheit und der Behandlung sein. Vor allem, wenn sich der erkrankte Mensch durch seine Hypothesen selbst Schuld an der Krankheit gibt, ist zusätzliche professionelle Hilfe dringend erforderlich. Die persönliche Haltung gegenüber einer Krankheit und die dazugehörigen Bewältigungsstrategien gehen über biomedizinische Einflussfaktoren und den Krankheitsverlauf hinaus (vgl. Katsares et al. 2005). Darüber hinaus wird der Begriff Krankheitskonzept gebraucht und verstanden als Interpretationen, Erklärungen und Vorhersagen im Hinblick auf den eigenen Gesundheitsstatus (vgl. Katsares et al. 2005).

Der Verlauf einer chronischen Krankheit und der Weg wie jemand damit umgeht, ist nicht nur von biomedizinischen oder genetischen Faktoren bestimmt. Jede Person hat ein persönliches und subjektives Verständnis von ihrem Selbst und also auch von seiner Krankheit (vgl. Katsares et al. 2005; Schussler 1992).

Lipowski (1970, 1983) bringt Krankheitsbedeutungen mit dem Stil wie eine Person ihre Krankheit bewältigt, in Verbindung. Er entdeckt acht Krankheitsbedeutungen die sehr oft von Klientinnen verwendet werden. „[...] *the subjective significance for the patient of all illness-related information that impinges on him or her*“ (Lipowski 1983, 1070).

Die am häufigst gebrauchten Krankheitsbedeutungen hat Lipowski (1970) identifiziert.

- Krankheit als Herausforderung
- Krankheit als Feind
- Krankheit als Bestrafung
- Krankheit als Schwäche
- Krankheit als Entlastung
- Krankheit als Strategie
- Krankheit als irreparabler Verlust
- Krankheit als Wert – das Leben intensiver und tiefer zu erfahren

Diese Krankheitsbedeutungen wurden aus klinischen Erfahrungen gewonnen und durch empirische Forschung verstärkt (vgl. Schussler 1992; Lipowski 1970).

Lipowski (1970, 1983) fordert Ärzte auf, die Klientinnen dabei zu unterstützen, positive Krankheitsbedeutungen zu entwickeln. Wie beispielsweise die Krankheit als 'Herausforderung' zu sehen. Eine derartige Sichtweise auf die Krankheit wird mit erfolgreichen Coping und mit einer Adherence bezüglich Empfehlungen von Mediziner\*innen oder Pflegepersonen verbunden (vgl. Lipowski 1970, 1983; Schussler 1992; Collie & Long 2005). Diese Krankheitskonzepte von Lipowski sind nach wie vor sehr maßgebend für die Forschung. Aufbauend auf Lipowski werden andere Krankheitskonzepte gefunden. Forscher sehen die Perspektiven von Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind, als ein komplexeres Bild. Sie meinen im Gegensatz zu Lipowski, dass negative Krankheitsbedeutungen essentiell für 'meaning making' – also zur Erzeugung von Bedeutung – sind (vgl. Collie & Long 2005; Taylor 2000; Luker, Beaver, Leinster, Owens 1996).

Als Beispiel wurden Bedeutungen wie 'die Krankheit als Warnung' (vgl. Luker et al. 1996) oder 'als Transformation' (vgl. Taylor 2000) herausgefunden.

Taylor (2000) beschreibt in ihrer Studie vier Stadien der 'Transformation' als Prozess um positive Krankheitsbedeutungen zu erhalten folgend:

- Der Dunkelheit begegnend „*I'm stuck between anger and 'Why me' [...] sometimes I think I must have done something [...] I have absolutely no answer [...]*“ (Taylor 2000, 785).
- Die Dunkelheit verwandeln „*[...] I couldn't just rationalize it away, but I had to understand it, deal with it on an emotional level*“ (Taylor 2000, 785).
- Dem Licht begegnen „*I see things in a much more positive light. I mean you get up in the morning and I'm glad there's a new day [...] I'm thankful for my family more [...]*“ (Taylor 2000, 786).
- Das Licht reflektieren „*It's made me a much better person. It's made me aware of people, being sensitive to their needs [...]*“ (Taylor 2000, 786).

Einen weiteren theoretischen Zugang zu subjektiven Krankheitstheorien bieten jene Thesen, die unter sozialer Repräsentation zusammengefasst werden können.



## 5.2.2 Soziale Repräsentationen

Die Wurzeln des Konzeptes der sozialen Repräsentationen gehen auf den französischen Soziologen Durkheim zurück. Er unterschied zwischen kollektiven und individuellen Repräsentationen. Die Hauptthese der sozialen Repräsentationen ist:

*„Phänomene wie Gesundheit und Krankheit werden in unterschiedlichen sozialen Gruppen und kulturellen Kontexten unterschiedlich erlebt, definiert und dargestellt“ (vgl. Flick 1991).*

Serge Moscovici (1961; zit. n. Jacob 2004) nahm unter anderem diesen Ansatz auf und entwickelte die Theorie der sozialer Repräsentationen in der Sozialpsychologie weiter.

*„Das Konzept der sozialen Repräsentation bezeichnet eine spezifische Bewusstseinsform – das Wissen des Alltagsverstandes – dessen Inhalte die Wirkung von sozialen Entstehungs- und Funktionsprozessen verdeutlichen. Im weitesten Sinne bezeichnet es eine Form sozialen Denkens. Soziale Repräsentationen sind Modalitäten des praktischen Denkens, die auf Kommunikation, Verstehen und die Beherrschung der sozialen, materiellen und ideellen Umwelt gerichtet sind. [...] Die soziale Kennzeichnung der Inhalte oder Prozesse der Repräsentationen ist bezogen auf die Bedingungen und Kontexte, in denen die Repräsentationen zum Vorschein kommen, auf Kommunikation, durch die sie sich verbreiten und auf die Funktionen, die sie in der Interaktion mit der Welt und allen anderen erfüllen“ (Jodelet 1984a, 361f; zit. n. Flick 1991, 20).*

Das Konzept der sozialen Repräsentationen macht noch deutlicher sichtbar, dass Begriffe und subjektive Bedeutungen einerseits Kontext abhängig sind und andererseits von diesem Kontext geprägt werden (vgl. Flick 1991).

*„Wenn wir soziale Repräsentationen untersuchen, untersuchen wir den Menschen, soweit er Fragen stellt und Antworten sucht oder denkt und nicht, soweit er Informationen verarbeitet oder sich verhält. Präziser ausgedrückt, soweit sein Ziel nicht ist sich zu verhalten, sondern zu verstehen“ (Moscovici 1984, 15; zit. n. Jacob 2004, 78).*

Die sozialen Repräsentationen setzen nicht am individuellen Wissen an, das heißt, dass sie weniger Individuum-spezifisch, als gruppen-spezifisch sind. Das Interesse gilt den sozial geteilten Vorstellungen.

Moscovici hat die Vorstellung einer 'thinking society' – er sieht Denken als sozialen Prozess. Es geht um Vorstellungen und Darstellungen und nicht nur um reine Abbildungen. Um eine Brücke zwischen Individuum und Sozialem schlagen zu können, werden soziale Repräsentationen als zugleich individuell und gesellschaftlich relevant. Soziale Repräsentationen werden als Bezugspunkt sozialen Verhaltens verstanden (vgl. Jacob 2004).

*„Soziale Repräsentationen sind die Vorbedingungen der Wahrnehmung und des Denkens. Sie konstruieren die Wirklichkeit in den Grenzen der sozialen Welt. Als solche sind sie formgebend und vorschreibend“* (Jacob 2004, 78).

Darauf aufbauend fahren Herzlich und Pierret fort, dass Krankheitszuschreibung im historischen und sozialen Kontext eingebettet sind. Sie analysierten Krankheitszuschreibungen sowie medizinische Heilungsverfahren verschiedenster Epochen und kamen zum Ergebnis, dass diese Krankheitskonzepte formen. *„Science became able to interpret the physical condition that embodies illness“* (Herzlich & Pierret 1985, 150). Durch klinische Medizin wurde im Lauf der Geschichte die christliche Konzeption des 'bösen Geistes' widerlegt. Die Symptome, an denen Krankheiten erkannt werden können, wurden in einem systematischen Schema des Wissens dargestellt und nicht mehr als Metaphysik des Bösen begriffen. Dieses Verständnis von Gesundheit und Krankheit führte zu veränderten Verhaltensweisen. Ärzte lösten Priester und Nonnen als Betreuer der Kranken ab – krank sein bedeutete, nach ärztlicher Hilfe zu fragen (vgl. Herzlich & Pierret 1985).

Die Auswirkungen dieses Paradigmenwechsels im gesellschaftlichen Verständnis von Krankheit und Gesundheit sind sehr weitreichend. Herzlich und Pierret erwähnen in diesem Zusammenhang die Entstehung von Krankenversicherungssystemen und neue Rollenzuschreibungen für den Patienten, der während seiner Erkrankung akzeptierter Weise von seinen Verpflichtungen in der Produktion befreit wird (vgl. Herzlich & Pierret 1985).

Eine immer noch als maßgeblich angeführte Arbeit von Claudine Herzlich liefert drei Typen von sozialen Repräsentationen von Krankheit.

- **Krankheit als Destruktion**, bei dem Rollenverlust und Isolation im Zentrum des Erlebens stehen.
- **Krankheit als Befreiung** wird als Chance für den Ausstieg aus Belastungen gesehen. Krankheit wird dabei zum Mittel der Verteidigung gegen Anforderungen der Gesellschaft und bietet die Möglichkeit persönlicher Reifung.
- **Krankheit als Aufgabe**, gekennzeichnet durch den aktiven Kampf gegen die Krankheit. Dabei wird Krankheit unter Anderem als Lernsituation begriffen. Die sozialen Werte der Gesundheit werden in der Krankheit aufrecht erhalten (vgl. Herzlich 1973, 104 ff; zit. n. Flick 1991, 22).

### 5.3 Soziale Konstruktion von Brustkrebs aus feministischer Perspektive

Einer der erst auf den zweiten Blick als wirksam erkannten möglichen Einflüsse' auf das, was Brustkrebs für die daran erkrankten Frauen bedeuten kann, liegt möglicherweise in den vorherrschenden, sich der bewussten Wahrnehmung entziehenden Ideologien der jeweiligen Epoche. Zu diesem Ergebnis gelangen historische Arbeiten, die das Bild und die Bedeutung von Brustkrebs im Verlauf der letzten Jahrhunderten in den Blick nahmen (vgl. Thorne & Murray 2000; Pluchinotta 1994; Collie & Long 2005). Thorne & Murray (2000) formulieren aus feministischer Perspektive Thesen zur sozialen Konstruktion von Brustkrebs. Im Unterschied zu anderen lebensbedrohlichen Krankheiten betrifft Brustkrebs die Identität der daran erkrankten Frau, weil ihr Selbstwert, ihre Sicht und die Wahrnehmung ihres Körpers durch die Krankheit und damit verbundenen Therapien verändert und in Frage gestellt werden (vgl. Thorne & Murray 2000; Thomas-Mac Lean 2004a). Zusammen mit unserer westlichen, biomedizinischen Tradition wird die Bedeutungszuschreibung von Brustkrebs durch soziale Interpretationen stark beeinflusst (vgl. Thorne & Murray 2000). Die Kenntnis der geschichtlichen und kulturellen Zusammenhänge, in denen Bilder von Brustkrebs konstruiert wurden, hilft bei der Erklärung des verwirrenden Feldes der Ideologien mit denen Frauen, die heute an Brustkrebs erkrankt sind, konfrontiert werden.

Thorne & Murray (2000) demonstrieren an zwei historischen Vorstellungen von Brustkrebs, wie diese aktuelle Bilder und Bedeutungszuschreibungen von Brustkrebs beeinflussen können.

Im Viktorianischen Zeitalter basierte die Zuschreibung der Bedeutung von Brustkrebs auf der Dichotomie, der das Bild der Frau unterworfen war, der Dichotomie von 'gut und böse', 'Engel und Teufel', 'Heilige und Hure'. Weibliche Sexualität wurde als schädlicher Einfluss für den Hauptzweck der Frauen gesehen, nämlich als ein „*passive vehicle of reproduction*“ (Thorne & Murray 2000, 144) zu fungieren. Daher wurden Frauen dazu angehalten, ihre Reproduktionsfähigkeit aufrecht zu erhalten, indem sie sich selber nicht zu viel Intellektualität zumessen. Dr. R. R. Coleman, ein englischer Arzt aus dieser Zeit, schrieb, dass Frauen verloren sind, die ihre Gefühle mit Bildung und Kultur stimulieren (vgl. Thorne & Murray 2000). Während Männer selbstständig sind, sind Frauen hilflos der Tyrannei ihres eigenen Körpers ausgesetzt, wie der Menstruation. 'Frauenkrankheiten' wurden als Spezialisierung im männlichen medizinischen Berufsfeld integriert.

Frauen wurden gleichzeitig als erlösende, reinigende Kraft Männern gegenüber, aber auch als ein Gefäß für körperliche Verschmutzung gesehen (vgl. Collie & Long 2005; Thorne & Murray 2000).

1880 wurde von William Halsted die 'super-radikale Mastektomie' als eine Behandlungsmethode von Brustkrebs eingeführt. Er entfernte nicht nur die Brust, wie Brustkrebs schon vor Halsted behandelt wurde, sondern entfernte die Muskulatur der Brustwand, die Lymphknoten und das umliegende Gewebe. Diese Art der Mastektomie kann als eine Repräsentation einer kompletten Entfernung der inneren Verunreinigung gesehen werden (vgl. Collie & Long 2005; Thorne & Murray 2000). Von Frauen mit Brustkrebs wird erwartet, dass sie sich 'ruhig' und 'engelshaft' verhalten, um ihre Umgebung vor Belastung zu bewahren.

Später, in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, wurde die vom Mann abhängige Frau zwar immer noch als Gipfel westlicher Errungenschaften gesehen, aber immerhin wurde weibliche Sexualität anerkannt. Zwar galt es als Pflicht des Mannes, die Ehefrau zufrieden zu stellen, im Gegenzug wurde von Frauen erwartet, zum Wohle ihrer Ehemänner sexuell attraktiv zu sein. Zum Wohle ihrer Familie sollte sie sich und ihre Bedürfnisse zurückstellen. Diese weibliche Selbstverleugnung wird von der Forschung in Zusammenhang mit Freuds Ideen vom weiblichen Masochismus gesehen. Während im viktorianischen Zeitalter Frauen 'Engel im Haus' blieben, weil dies in der Idealvorstellung jener Epoche die eigentliche Ambition der Frau war, so bleiben sie in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg 'Engel im Haus', weil sie, aus der Sicht der Zeit, paradoxerweise der ihnen unterstellte Masochismus in diese Rolle zwang. Ablehnung dieser Rolle durch Artikulation von Unbehagen und Frustration galt als geistig ungesund (vgl. Thorne & Murray 2000).

Die Sprache der Krebsbehandlung war voller militärischer Metaphern und Brustkrebspatientinnen mussten schreckliche entstellende Behandlungsmethoden stoisch über sich ergehen lassen, um die sexuelle Kraft ihrer Brüste zum Vorteil ihrer Männer zu bewahren (vgl. Collie & Long 2005; Thorne & Murray 2000). Diese feministische Sichtweise weist unabhängig davon ob sie für ihre Thesen auch Belege findet, auf ein Problem hin. Der Blickwinkel unter dem Brustkrebs betrachtet wird, die Bedeutung, die Frauen der Krankheit und ihren Auswirkungen zuschreiben wird auch von gesellschaftlichen Bewertungen dieser Krankheit beeinflusst (vgl. Kaiser 2008).

Karen Kaiser (2008) spricht von einem Wechsel der Repräsentationen von Brustkrebs in den letzten Jahrzehnten. Sie spricht von einer neuen 'Überlebenden Identität', die durch Erfahrungen von Frauen mit Brustkrebs gemacht wurden. Diesem Hintergrund zur Folge repräsentiert die 'Überlebende' die Kraft der

Medizin gegen Brustkrebs. Pink Ribbons symbolisieren Brustkrebs und es werden Veranstaltungen zur Forschung, Vereinigung, Aufklärung und für Spendenaufrufe gehalten (vgl. Kaiser 2008). 1991 wurden 155 Millionen- und 1993, 400 Millionen Dollar in die Brustkrebsforschung investiert – mehr als in die Erforschung eines anderen Krebses (vgl. Kaiser 2008). Kaiser (2008) stellt dar, dass sich das Dasein der Frauen mit Brustkrebs in das von 'Überlebenden' wandelte und die Frauen nicht mehr das Nischendasein wie in der Zeit vorher erleben (vgl. Kaiser 2008). Im Kontrast dazu zeigt Kaiser (2008) aber auch auf, dass das heroische Bild der Überlebenden die Gefühle von Angst, Furcht und Trauer negiert und jene Frauen die ein Rezidiv bekommen oder mit Metastasen leben, als Verlierer darstellt.

#### 5.4 Körper und Bedeutung

Der Begriff 'Embodiment' wird von Sampson (1998) eingeführt. Er versteht darunter „*körperliches Eingebundensein in soziale Beziehungen, historische Prozesse, ja Diskurse im allgemeinen*“ (Jacob 2004, 163). Das Konzept von Embodiment lässt die dualistische Konzeptualisierung – die Trennung zwischen Körper und Geist – hinter sich und legt nahe, dass der Körper nicht einfach Objekt der Kontrolle ist (vgl. Thomas-Mac Lean 2004a). Wir haben nicht einfach nur Körper, sondern wir sind unsere Körper (vgl. Thomas-Mac Lean 2004a; Barral 1969). Der Körper weist zwei Dimensionen auf: das physische Dasein und den soziologischen Körper, der dialektisch zwischen Subjekt und Gesellschaft steht (vgl. Barral 1969). Im Bezug auf Brustkrebs ist es wichtig, die Implikationen der Weiblichkeit und der Sexualität für an Brustkrebs erkrankte Frauen zu berücksichtigen. Damit wird der Art und Weise, in der verschiedene gesellschaftliche Kräfte die Erfahrungen der Frauen formen, Rechnung getragen (vgl. Thomas-Mac Lean 2004a; Young 1990). Thomas-Mac Lean (2005) argumentiert, dass der Körper auf einem vorreflexiven Niveau der unmittelbaren Erfahrung gelebt wird, und dass Behinderung 'die Unfähigkeit' sich in der Welt in habitueller Weise zu verhalten, repräsentiert. Daraus folgt, dass Krankheiten wie Brustkrebs als Behinderung gesehen werden könnten, wenn der Verlust der Brust oder eines Teiles der Brust isoliert betrachtet wird (vgl. Thomas-Mac Lean 2005; Landmark & Wahl 2002). Ein Wechsel im Selbstbild findet statt. Cohen, Kahn und Steeves (1998) führen an, dass ein Wechsel des Selbstbildes auftritt, wenn die Person das Gefühl hat, dass ihr Körper nicht länger ihren Selbstrespekt unterstützt und die sozialen Kontakte mit Anderen eingeschränkt werden. Der Wunsch, die verlorene Brust zu verbergen, kann von höchster Wichtigkeit für die erkrankten Frauen sein.

In der Forschungsliteratur wird weiters ein Unterschied zwischen Körperbild und Körperschema gemacht. Das Körperschema enthält neurophysiologische Anteile der Körpererfahrung wie Gleichgewichtssinn, Oberflächen und Tiefensensibilität, visuelle Wahrnehmung. Das Körperbild hingegen beschreibt emotionale und affektive Besetzung des eigenen Körpers. Es wird durch persönliche Erfahrungen im Laufe des Lebens geprägt und unterliegt kulturellen und gesellschaftlichen Einflüssen wie Schönheitsidealen (vgl. Schoppmann & Schnepf 2001).

Die Wahrnehmung des Körpers wird nach Price (1990) in drei Elemente eingeteilt:

- **Körperrealität**, bezieht sich auf körperliche Gegebenheiten. Das was Hier und Jetzt ist.
- **Körperideal** entspricht unseren soziokulturell geprägten Wünschen und Vorstellungen den eigenen Körper betreffend.
- **Körperrepräsentation** steht für das eigene Auftreten und die Art und Weise, wie Menschen sich in ihrer Körperlichkeit zeigen.

Patienten kompensieren den Verlust ihres Körperideals, aber auch den ihrer Körperrealität mit der Betonung ihres Äußeren. Weiters betonen Landmark & Wahl (2002), dass sich Frauen auf ihr äußerliches Erscheinungsbild konzentrieren, um die Kontrolle über die Situation zu erhalten und die Bedrohung ihres Selbstbildes zu distanzieren (vgl. Landmark & Wahl 2002; Kraus 1999).

### *5.5 Konzepte von Bedeutung*

In diesem Kapitel stelle ich weitere Konzepte von Bedeutung vor. Alle Konzepte, bis auf das nach Viktor E. Frankl, zum Thema Sinn und Bedeutung sind in englischer Sprache geschrieben. In den englischen Texten wird mit dem Begriff 'meaning' operiert, der im Kontext dieser Arbeit als Bedeutung übersetzt wird (vgl. Langenscheidt 2008).

#### 5.5.1 Konzepte von Bedeutung als Ergebnis

##### *Der Sinn und seine Bedeutung nach Frankl*

Für die Konzeptualisierung von Sinn und Bedeutung ist die Rolle Viktor E. Frankls nicht zuletzt deshalb wichtig, weil auch die im Rahmen dieser Arbeit vorgestellten Theorien sich auf seine Konzepte beziehen. Frankl war in den frühen dreißiger Jahren der Begründer der Logotherapie und der

Existenzanalyse, ein Zweig der Psychotherapie. 'Logos' meint im Sinne von Frankl, dass methodisch und zielorientiert bei der Sinnfindung im Leben geholfen werden kann. Das Sein des Menschen ist mit dem historischen Kontext verwoben (vgl. Frankl 2005). Die Frage nach dem Sinn des Lebens wird nicht erst im Alter gestellt, diese Frage ist eng mit Schicksalsschlägen und erschütternden Ereignissen verbunden (vgl. Frankl 2005). Auch wenn die Person das subjektive Gefühl hat, keine Handlungsmöglichkeiten mehr zu haben, sagt Frankl, dass

*„[...] weder das psychologische noch das soziale Schicksal eines Menschen ihn seiner Freiheit berauben könne [...]“ (Wiesmayer et al. 2006, 19). „[...] – bis zum letzten Atemzug kann ihm niemand die Freiheit nehmen, sich zu seinem Schicksal so oder so einzustellen“ (vgl. Frankl 2005, 150).*

Frankl beansprucht, dass in Zeiten größten Leidens und Deprivation es noch immer möglich ist, seine Einstellung gegenüber äußeren Umständen zu wählen und dadurch spirituelle Freiheit zu erlangen (vgl. Collie & Long 2005).

Frankl sieht die Sinnfindung als einen bewusst verlaufenden Prozess und geht davon aus, dass Sinn und Bedeutungen nicht erfunden, sondern eher durch moralische Verantwortlichkeit entdeckt werden (vgl. Collie & Long 2005).

Aus Franks Sicht ist es für Leute die an Vorsehung glauben, einfacher schicksalshaften Ereignissen Bedeutung zu geben. Er benutzt dazu den Begriff des Über-Sinn, dem er wertvolle psychotherapeutische und psychohygienische Wirkung zuschreibt, wenn er auch anmerkt:

*„[...] er stellt eine Denknötwendigkeit und trotzdem gleichzeitig eine Denkmöglichkeit dar – eine Antinomie, um die nur ein Glauben herumkommt“ (Frankl 2005, 72).*

Frankl geht davon aus, dass Zweck, Bedeutung und Sinn im Leben von Selbsttranszendenz herrühren. Frankl verstand Leiden als primäre Lebensaufgabe voller Potential, um Sinn zu erfahren (vgl. Collie & Long 2005). Dies gelingt auch jener Frau, die davon berichtet, aufgrund ihrer Brustkrebserkrankung gelernt zu haben, neue Prioritäten zu setzen und den Augenblick genießen zu können (vgl. Perreault & Fothergill Bourbonnais 2005).

### *Konzepte von 'meaning'*

Neben der Perspektive von Frankl befinden sich zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten zum Thema Bedeutung einer Krankheit, mit beinahe so zahlreichen Erklärungen von Bedeutung im Kontext einer Krankheit. Zunächst sollen hier ihre Gemeinsamkeiten und Ähnlichkeiten dargestellt werden, ehe auf die jeweils unterschiedliche Akzentsetzung eingegangen wird.

So konstatieren viele dieser Theorien, die sich mit der Bedeutung von schicksalhaften Ereignissen im Leben eines Menschen auseinandersetzen zunächst, und hier ist meine Darstellung bewusst vereinfachend, zwei Kategorien von Bedeutung. Zum einen operieren diese Theorien mit Begriffen wie 'global-' oder 'existential meaning', der die Kategorien 'situational-' bzw. 'contextual meaning' gegenübergestellt werden. So unterscheiden etwa Park und Folkman (1997) 'global meaning' (die Bedeutung des Lebens im Allgemeinen oder wie bedeutungsvoll das Leben ist) von 'situational meaning' (Bedeutungen die bestimmten Ereignissen zugeschrieben werden (vgl. Park & Folkman 1997)).

### *'Global meaning'*

'Global meaning' kann als relativ stabile, kulturell determinierte Ansammlung von Überzeugungen gesehen werden. Diese fungiert als organisierendes Prinzip der Erfahrungen, stellt eine Basis der Motivation zur Verfügung und ist schwer zu ändern (vgl. Collie & Long 2005). 'Global meaning' wird in der Kindheit entwickelt und im Lauf des Lebens verstärkt. Park und Folkman definieren global meaning eines Menschen als seine grundlegenden Ziele und fundamentale Annahmen, Überzeugungen (beliefs) und Erwartungen der Welt gegenüber. Darin eingeschlossen sind Annahmen über das Selbst in Beziehung zur Außenwelt, die dem Leben Ordnung und Zweck verleihen (vgl. Park & Folkman 1997; Collie & Long 2005). Eine Suche nach Bedeutung im Leben ist dann erfolgreich, wenn diese Ordnung und ein Ziel mit sich bringt.

Thompson und Janigian (1988) schlagen ein Konzept vor, um die Suche nach Bedeutung zu verstehen. Dieses Konzept basiert auf kognitiven Repräsentationen, die Lebensschema genannt werden und dem Leben ein Gefühl der Ordnung geben.

Das Lebensschema basiert zunächst auf der Sicht, wie Personen sich selber sehen. Dazu gehören ihre Sammlung an philosophischen sowie theologischen Haltungen und Annahmen darüber, wie die Welt funktioniert. Um nach einem bedrohenden, zerstörerischen Erlebnis Bedeutung wieder finden zu können, ist ein Veränderungsprozess im Lebensschema notwendig, sodass wieder Gefühle der Ordnung und des Sinns wiederhergestellt werden können. Bedeutung zu finden – 'found meaning' wird als ein Resultat der Suche nach Bedeutung aus den gemachten Erfahrungen gesehen, ähnlich wie nach Franks Konzeptualisierung von Sinn und Bedeutung (vgl. Thompson & Janigian 1988; Richer & Ezer 2000). Beispielsweise erzählt eine Frau die an Brustkrebs



erkrankt ist, dass sie immer gesund gegessen hat und an Gesundheitsvorsorge glaubte, und jetzt hat sie Brustkrebs (vgl. Boehmke & Dickerson 2006). Sie versteht die Welt nicht mehr – ihre global meaning ist in Frage gestellt.

### *'Situational meaning'*

'Situational meaning' wird betrachtet als Ergebnis von bedeutungsstiftenden Prozessen, die meistens bewusst ablaufen (vgl. Collie & Long 2005). Das wachsende Interesse, wie Krankheitskonzepte und das Resultat der Gesundheit in Beziehung stehen, ließ den Begriff 'situational meaning' entstehen. Hier geht es um persönliche Konzeptualisierungen von Erlebnissen. Park & Folkman (1997) beschreiben 'situational meaning' als die Bedeutungen, die in der Interaktion zwischen dem 'global meaning' einer Person und den Umständen durch einer besonderen 'Personen-Umwelt Transaktion' entstehen. Lipowski (1983) definiert 'situational meaning' im Bezug auf Krankheit als die subjektive Signifikanz für den Patienten von allen krankheitsbezogenen Informationen auf die er oder sie stößt (vgl. Lipowski 1983) – Informationen wie körperliche Wahrnehmungen, vorheriges Wissen und Haltungen über Krankheiten, genauso wie Meldungen von der sozialen Umwelt, im speziellen von Ärzten (vgl. Collie & Long 2005). Die 'situational meaning' beinhalten also auch Kausalattributionen wie Haltungen über den Grund der Erkrankung (vgl. Collie & Long 2005). Die im Kapitel der subjektiven Krankheitstheorien erwähnten acht Krankheitskonzepte nach Lipowski stellen z. B. 'situational meanings' dar.

Park & Folkman (1997) entwickelten ein dynamisches Modell, das die Beziehung zwischen 'situational meaning' und 'global meaning' veranschaulichen soll. In diesem Modell ist die erste Stufe von 'situational meaning' eine anfängliche, meistens automatische Bewertung der Relevanz einer neuen Situation im Bezug auf die Ziele und Verpflichtungen einer Person, die auf ihren 'global meaning' basieren. Es folgt eine zweite Bewertung darüber, was in dieser Situation getan werden kann und welche Ressourcen vorhanden sind, um damit umgehen zu können. Wenn diese Bewertung das 'global meaning' einer Person bedroht, kann das Resultat eine schwerwiegende Belastung sein. Daraus kann eine Motivation entstehen, etwas zu unternehmen, um die Störung zwischen 'situational meaning' und 'global meaning' zu reduzieren. Dies kann durch einen Wechsel der Bewertung der Bedeutung der Situation erfolgen, um diese in das vorher existierende 'global meaning' zu integrieren. Es können auch die Kernhaltungen oder Ziele gewechselt werden, um mit dem Ereignis umgehen zu können (vgl. Park & Folkman 1997).

Es ist wahrscheinlicher, dass Leute die Bewertung der aktuellen Situation als ihre Kernüberzeugungen ändern. Forscher haben eine Vielzahl von Methoden identifiziert, die Menschen anwenden, um ihre 'situational meaning' nach dramatischen Ereignissen anzupassen. Diese beinhalten: Kausalreattributions, einen Nutzen zu finden, Erinnerung an den Nutzen, nach unten gerichteter sozialer Vergleich mit jemanden der noch schlechter dran ist, den Fokus der Kontrolle verlagern, eine langfristige Perspektive einnehmen, Humor, das Kind beim Namen nennen, sich auf Ereignisse konzentrieren, die die bestehenden Überzeugungen verstärken, Wirklichkeitsverdrehung (vgl. Park & Folkman 1997; Collie & Long 2005).

Manchen Forscher kritisieren die rein psychologische Sichtweise von Park und Folkman und bemängeln, dass die psychologische Sicht weder die Rolle der sozialen Interaktion, noch die Rolle kultureller Faktoren berücksichtigt (vgl. Collie & Long 2005; Richer & Ezer 2000), die genau soviel Einfluss haben wie schiere psychologische Notwendigkeit. Aus der Perspektive der Sozialkonstruktivisten wird 'meaning als ein Ergebnis interpersonaler Interaktion gesehen und 'situational'- 'global meaning' sind fließender und weniger separierbar als in psychologischen Modell beschrieben (vgl. Collie & Long 2005; Richer & Ezer 2000; Park & Folkman 1997). Beispielsweise erzählt eine Frau, dass sie vor der Erkrankung auf allen Vieren die Wohnung geputzt hat, jetzt nimmt sie einen Mob (vgl. Radina & Armer 2001, 290) – diese Frau hat ihr situational meaning im Zuge der Krankheit verändert und erkennt kein Problem ihre Arbeit jetzt anders zu erledigen als vor der Krankheit.

Das Konzept nach Richer & Ezer (2000) macht den Einfluss von kulturellen Faktoren, Überzeugungen von etwas, sowie vorhergehendes Wissen durch Erfahrungen auf Bedeutungszuschreibungen sichtbar.

Die folgende Abbildung soll den gegenseitigen Einfluss von der Kultur, Erfahrungen, Überzeugungen, 'situational meaning' und 'existential meaning' verdeutlichen (vgl. Richer & Ezer 2000).

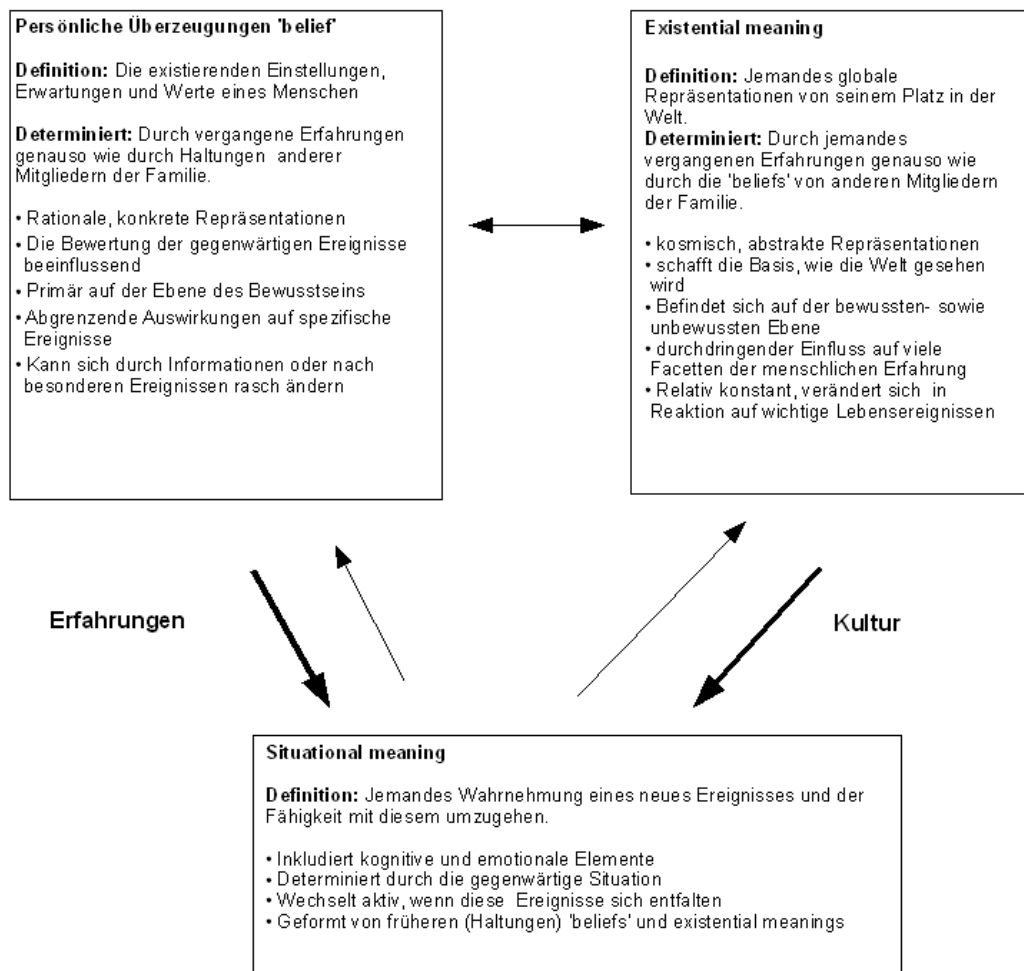


Abbildung 1: „the context and attributes of beliefs and meanings“ (Richer & Ezer 2000, 1111; übersetzt Bettina Winkler).

Nach dem Konzept von Richer & Ezer (2000) sind 'existential meaning' globale Repräsentationen, die einen Einfluss auf die Auffassung von Personen und deren Platz innerhalb der Welt haben.

Bestimmt von vergangenen Erfahrungen haben sie auch Einfluss auf persönliche Überzeugungen und auf die Überzeugungen von anderen Familienmitgliedern. Einbettet in beide – bewusste und unbewusste – Ebenen ist 'existential meaning' allumfassend und wird als abstrakte Repräsentation beschrieben, die eine weitreichende Wirkung auf viele Facetten der menschlichen Erfahrung hat. Fortbestehend entwickelt sie sich langsam und ändert sich sehr wahrscheinlich als Reaktion auf große, dramatische Lebensereignisse (vgl. Richer & Ezer 2000).

Um ein besseres Verständnis für die sich gegenseitig beeinflussenden Faktoren zu gewinnen, verwende ich ein von Richer & Ezer (2000) gebrachtes Beispiel. Diese Veranschaulichung handelt von einer 45 Jahre alten Frau aus Griechenland, die mit ihrem Ehemann zusammen lebt. Sie haben drei gemeinsame Kinder, die Tochter ist 20 und die zwei Söhne sind 15 und 13 Jahre alt. Zu Beginn ihrer Ehe arbeitete die Frau als Model für Modezeitschriften, später als Lehrerin. Nachdem in ihrer rechten Brust ein bösartiger Tumor gefunden wurde, unterzog sie sich einer Mastektomie und einer Chemotherapie, bei der sie ihre Haare verlor (vgl. Richer & Ezer 2000).

### *Ein Beispiel für 'existential meaning'*

In der Phase der Operation sprachen weder die Klientin, noch ihr Mann darüber, was für jeden von ihnen die Erkrankung der Frau, ihre Behandlung oder die Prognose bedeutet.

Die Pflegeperson und die Frau sprachen über die Beziehung der Frau zu ihrem Mann, etwa dass sie nicht über emotionale Erfahrungen wie Krankheit und Tod miteinander sprechen. Die Frau erzählte, dass es für sie unmöglich sei, mit ihrem Mann über die Angst vor Schmerzen oder dem Tod zu sprechen, den sie mit einem Rezidiv verbindet. Über die Jahre in der Ehe hat sie akzeptiert, dass sie mit ihm Gefühle der Angst oder Traurigkeit nicht teilen kann, sagte die Klientin. Die Pflegeperson weist darauf hin, dass die Klientin trotz dieser Erfahrung versuchen sollte, mit ihrem Mann über ihre Gefühle zu sprechen.

Es kam zu Gesprächen zwischen der Klientin und ihrem Mann, bei denen sich herausstellte, dass beide darüber erleichtert waren. Der Mann äußerte, wie froh er darüber sei, dass seine Frau so gut mit der Krankheit zurechtkommt und er sei auch der Meinung, dass alles wieder gut wird, wenn die Behandlung vorbei sei (vgl. Richer & Ezer 2000).

'Situational meaning' beinhaltet eine Menge von Erwartungen, die durch die Wahrnehmung neuer Ereignisse durch die Individuen und durch deren Fähigkeit, diese zu bewältigen, erzeugt werden. Bestimmt von bereits bestehenden Überzeugungen, also 'belief' und von 'existential meaning' hat 'situational meaning' beides, kognitive und emotionale Anteile. Geformt durch die laufenden Situationen verändert sich 'situational meaning', je nachdem wie sich die Ereignisse entwickeln. Letztlich, beeinflussen sich Überzeugungen, 'existential meaning' und 'situational meaning' gegenseitig. Richer & Ezer

(2000) gehen davon aus, dass sich während Krisensituationen alle drei Faktoren beeinflussen und somit das Verhalten sowie die emotionale Reaktion jedes einzelnen bestimmen.

*Ein Beispiel für 'situational meaning'*

In der Zeit der Chemotherapie kam es häufig zu Gesprächen zwischen Pflegeperson und Klientin. Sie sprachen über verschiedenste Themen wie Fatigue, oder wie die Klientin mit der Hausarbeit und der Familie zurecht kommt. Die Frau vermied es, jemanden um Hilfe zu bitten. Weder ihren Mann, noch ihre Schwestern wollte sie um Unterstützung bitten. Die Klientin erzählte, dass sie ihre Schwestern nicht um Unterstützung fragen möchte, weil diese mit ihren kleinen Kindern selbst genug zu tun haben.

Das Gespräch mit der Pflegeperson half der Klientin, die Folgen ihrer Chemotherapie wie beispielsweise Schwierigkeiten bei der Hausarbeit, als nur temporär zu begreifen. Diese Änderung der Sichtweise ermutigte die Klientin dazu, ihre Schwestern öfters anzurufen und um Hilfe zu bitten. Die Bitte um Hilfe erlaubte es den Schwestern, sich gebraucht zu fühlen. (vgl. Richer & Ezer 2000).

Richer & Ezer (2000) erklären 'belief' als existenzielle Überzeugungen, Annahmen, Werte und Erwartungen einer Person.

Diese Überzeugungen sind festgelegt. Sie resultieren aus eigenen Erfahrungen und aus Erfahrungen von anderen Menschen wie beispielsweise Familienmitgliedern. Die Überzeugungen können einfach ausgelöst und beschrieben werden und sind ein Teil der kognitiven Struktur einer Person. Eingebettet in der Bewusstseinssebene sind Überzeugungen rationale und konkrete Repräsentationen, die sich durch Informationen oder nach bestimmten Ereignissen schnell ändern können. Die Haltung und der Glaube von oder an etwas macht mit abhängig, wie Personen positive und negative Vorkommnisse sehen und diese anschließend bewältigen.

*Ein Beispiel für 'belief'*

Eine Klientin verzichtet auf die vor dem Auftreten ihrer Erkrankung gewohnten, regelmäßigen Maniküretermine, weil sie glaubt, es sei falsch angesichts einer solch ernsthaften Erkrankung wie Brustkrebs auf das Äußere zu achten. Es sei Familientradition, so hatte es ihre Mutter erzählt, im Falle einer schweren, lebensbedrohlichen Krankheit, schwarz zu tragen. Die Klientin ist davon überzeugt, dass sie Brustkrebs hat, weil sie früher immer auf ihr Aussehen

geachtet hat. Sie hörte auf damit, Dinge zu tun, die ihr selbst gut taten. Die Klientin äußerte Schuldgefühle, da sie glaubte, ihre Eitelkeit hätte ihr und ihrer Familie Unglück gebracht (vgl. Richer & Ezer 2000).

Überzeugungen, 'existential-' und 'situational meaning' sind eng miteinander verbunden und können oftmals kreisförmige Phänomene darstellen. Für die Pflegepraxis ist das Verständnis dieser Phänomene wichtig, da eines der Ziele der Pflege darin besteht, solche Überzeugungen herauszufinden.

Die Überzeugungen können darauf schließen lassen, wie Klientinnen und ihre Familien Krankheit wahrnehmen und damit umgehen (vgl. Richer & Ezer 2000). Das Beispiel anhand der an Brustkrebs erkrankten Frau lässt erkennen, wie sehr sich die Faktoren Kultur, Erfahrungen, Überzeugungen, 'situational meaning' und 'existential meaning' gegenseitig beeinflussen. Es lässt erkennen, dass diese Faktoren nicht starr sind, und die Pflegeperson sich der Wichtigkeit dieser Faktoren bewusst sein sollte. Der Einfluss der Krankheit auf die individuelle Identität wird vor allem im Alltag auf Akutstationen gerne übersehen. Hingegen erlauben vertrauensschaffende Umgebung und Akzeptanz den Klientinnen über ihre existentiellen Angelegenheiten zu sprechen (vgl. Richer & Ezer 2000).

#### *Konzept von Bedeutung nach Fife*

Im Unterschied und als Ergänzung zu den vorgestellten Konzepten, stellt Fife (1994) einen erweiterten Begriff von Bedeutung vor. Diese Darstellung von Bedeutung hebt sich von vorhergehenden Konzepten insofern ab, als sie darstellt, dass und wie der Kontext eines Menschen mit seiner Identität verbunden ist. Ihre Darstellung von Bedeutungen erfolgt in Anlehnung an den symbolischen Interaktionismus, welcher Bedeutungen klar im Kontext des Verhaltens positioniert. „*The concept of meaning commonly refers to the relationship between individuals and their world, as well as to individuals' unique perceptions of their place within the world*“ (Fife 1994, 309).

Die Darstellung von Fife (1994) inkludiert die individuelle Wahrnehmung des Zustandes eines Ereignisses zwischen der Welt und dem Individuum (vgl. Fife 1994; Schrems 2003). Bedeutung kann irgendwo auf einem Kontinuum zwischen positiv und negativ gefunden werden (vgl. Fife 1994).

Es ist wichtig, an dieser Stelle anzuführen, dass Bedeutung, wie sie von Fife definiert wird, nicht mit dem Begriff Bewertung von Lazarus und Folkman gleichgesetzt werden kann. Bewertung wie Lazarus und Folkman sie sehen, beinhaltet einen Prozess durch den Individuen beides beurteilen: die Wichtigkeit eines Ereignisses aber auch die Ressourcen, es zu bewältigen (vgl. Fife 1994).

Fifes Konstruktion von Bedeutung basiert auf zwei untrennbar miteinander verbundene Dimensionen von Bedeutung, die nicht immer klar differenziert werden können (vgl. Fife 1994, 2005).

'**Self meaning**' betrifft die wahrgenommene Auswirkung des Ereignisses auf verschiedene Aspekte der eigenen Identität, während '**contextual meaning**' auf die wahrgenommenen Eigenschaften des Ereignisses selbst und dessen Begleitumstände abzielt (vgl. Fife 1994).

Der Begriff verweist darauf, wie jemand den Einfluss der Krise interpretiert. Lebensbedrohliche Ereignisse haben das Potential, Rollen zu verändern. Träume können bedroht werden und auch die Sichtweise wie sich Individuen jetzt wahrnehmen und zukünftig wahrnehmen werden. Das Körperbild kann sich verändern und das wiederum kann zu einer Verringerung der Autonomie und persönlichen Kontrolle führen. Fife (1994) beschreibt im Zuge einer ihrer Studien über Menschen, die an Krebs erkrankt sind, drei spezifische Änderungen in deren 'self meaning':

- Verlust der persönlichen Kontrolle
- Bedrohung der Selbstachtung
- Veränderung des Körperbildes (vgl. Fife 1994)

Die Wahrnehmung des Einzelnen und 'contextual meaning' beinhalten ebenso die Wahrnehmung der Reaktionen anderer auf durch die Umstände des Ereignisses veränderten Rollen (vgl. Fife 2005). Eine lebensbedrohliche Krankheit bedroht auch, wie jemand sich selbst und seinen Platz in der Welt sieht.

#### *Die Kernaussagen von Fife*

- 'Selfmeaning' und 'contextual meaning' sind unauflöslich miteinander verbunden.
- Die Konstruktion der Bedeutung beeinflusst zukünftiges Verhalten.
- Bedeutung ist ein dynamisches Phänomen, dass sich über die Zeit hinweg und durch den Kontext der Ereignisse verändert. Krebs löst Veränderungen und Zerstörung aus, die nicht einfach so assimiliert werden können. Deshalb reorganisieren Personen zentrale Aspekte ihrer Welt, die Bedeutungen werden im Zusammenhang von Kontext und Identität erzeugt (vgl. Fife 1994).

Bedeutung ist erfahrungs- und kontextgebunden und stellt wichtige und nicht herauszulösende Bestandteile der Wahrnehmung dar (vgl. Fife 1994; Schrems 2003). Bedeutung, Kontext und Identität beeinflussen sich permanent gegenseitig im Zusammenhang mit der Erkrankung. Zukünftige Perspektiven werden

durch Bedeutungszuschreibungen geprägt. Durch eine lebensbedrohende Erkrankung kann es zu Veränderungen der Wahrnehmung kommen. Aufgrund der veränderten Wahrnehmung, kann man sich, seinem Leben und der Welt eine andere Bedeutung zuschreiben. Eine Rekonstruktion von Bedeutungen kann erforderlich sein. Die Rekonstruktion von Bedeutungen liegt nicht alleine auf Aspekten der Krankheit, sondern auch auf der Person, ihrem sozialen Umfeld und den Zukunftsperspektiven (vgl. Fife 1994; Schrems 2003).

Deshalb spielt Bedeutung, wie Fife (1994) sie konzeptualisiert, eine besondere, signifikante Aufgabe im Bewältigungsprozess (Coping) einer Krankheit. Zukünftige Ziele werden weiter verfolgt, oder das Geschehen kann redefiniert werden. Die Bedeutungen werden so zugeschrieben, dass diese mit dem Kontext und dem eigenen, durch die Krankheit veränderten Leben übereinstimmen (vgl. Fife 1994).

### 5.5.2 Bedeutung als Prozess – Bedeutungsherstellung durch Erzählen

Im Vergleich zu den vorherigen Konzepten von Bedeutung die sich mit der Überschrift Bedeutung als Ergebnis zusammenfassen ließen, komme ich jetzt zu dem Kapitel Bedeutung als Prozess. Hier ist der bedeutungstiftende Prozess gemeint. 'Meaning making' ist ein wichtiger Punkt für die Pflege (vgl. Collie & Long 2005). Als bedeutungstiftenden Prozess werden auch oft die Krankheitsbedeutungen nach Lipowski (1970, 1983) verwendet. Diese Krankheitsbedeutungen sind eng mit der Krankheitsbewältigung verbunden. Wie Forschungsergebnisse von Lipowski (1970, 1983) zeigen, ist es leichter, eine Krankheit zu bewältigen, wenn man sie als Herausforderung sieht. Im Vergleich dazu werden Ergebnisse anderer Studien angeführt, wo Krankheit mit negativen Bedeutungen wichtig ist, um den bedeutungstiftenden Prozess anzukurbeln. Coward (1990) spricht von Selbst-Transzendenz um ein größeres Selbstwertgefühl, das Gefühl von Bedeutung und ein gesteigertes Gefühl von Verbundenheit zu erlangen.

Die Patientinnen erzählen ihre Geschichten über ihre Krankheit. Diese Erzählungen sind maßgeblich für die Krankengeschichte, die Anamnese und den gesamten Pflegeprozess. Im Rahmen dieses Prozesses erzählt die Klientin über ihr 'Problem', das die Pflegeperson identifiziert (vgl. Schrems 2008; Collie & Long 2005).

'Meaning making' wird verstanden als fortgesetzter Prozess des Lebensgeschichten Herstellens (storytelling). Das ist ein Weg, sein Leben durch mit anderen teilbaren Bedeutungen zu komponieren und neu



zusammensetzen. Dieser Ansicht folgend, sind Bedeutungen und Identität eng miteinander verbunden. Bedeutungen entstehen durch eine zirkuläre Wechselseitigkeit der Vorkommnisse im Leben und dem Streben danach, diese Vorkommnisse in Geschichten zu organisieren. Diese Geschichte liefert Kohärenz und bewahrt die fundamentale Beständigkeit und Einzigartigkeit des Selbst. Wenn zerstörerische Ereignisse die narrative Stabilität herausfordern, wird das 'storying' intensiviert, vorangetrieben durch ein gründliches Rühren von grundsätzlichen, emotionalen Themen. Vormals unausgesprochene Gefühlszustände werden in ein überarbeitetes und erweitertes Selbstnarrativ integriert. Wenn die Integration erreicht ist, werden die unangenehmen Gefühle, die diesen Prozess angetrieben haben, sich legen. Die größer werdenden Bedeutungen werden durch die Wahrnehmung von anderen gefestigt und mit den Meinungen anderer Menschen koordiniert. Bedeutungen, die durch andere Menschen zur Verfügung gestellt werden, sind eine notwendige Zutat im Prozess der Bedeutungserzeugung. Das Geschichtenerzählen einer Person geschieht in Beziehung zu jenen, die diese Geschichten hören und empfangen. Folglich sind Zuhörer notwendig (vgl. Collie & Long 2005; Thomas-Mac Lean 2004b). Kleinman (1988) verwendete den Ausdruck empathischer Zeuge, um auf die notwendige Funktion einer Person zu verweisen, die durch Ihre Unterstützung und ihre Anwesenheit der Krankheitserfahrung Wert und Bedeutung zu geben hilft. Wenn das Konzept der Lebenserzählungen an die Stelle von 'situational' und 'global meaning' tritt, liegt der Fokus weniger darauf, was einzelne Bedeutungen sind, sondern mehr auf der Frage, wie und was sie zu diesem narrativen Prozess beitragen. Bedeutungen, die negativ erscheinen, können das Erzählte einer Person in positiver Weise beeinflussen (vgl. Collie & Long 2005; Kleinman 1988; Thomas-Mac Lean 2004b). Diese Perspektive betont den sozialen Kontext innerhalb dessen Bedeutung existiert und hebt die Wichtigkeit von beiden, Emotion und persönlichem Ausdruck hervor. Geschichten erzählen ist ein interaktiver Prozess und kann sowohl für jene, die diese Erzählungen hören, als auch für andere, die den bedeutungsherstellenden Prozess initiieren, von Nutzen sein (vgl. Kleinman 1988; Collie & Long 2005; Thomas-Mac Lean 2004b).

Erzählungen können Wege anbieten, aus dem Leben und der daraus gewonnenen Erfahrung Bedeutung zu konstruieren. In anderen Worten: Erzählungen machen das Leben bedeutungsvoll. Krankheitserzählungen repräsentieren ein Mittel zum Verstehen, was körperliche Erfahrungen durch eine Krankheit bedeuten. Man kann Leiden nicht erklären, aber vielleicht lernen, es zu verstehen (vgl. Thomas-Mac Lean 2004b). Rosenwald und Ochberg (1992) wiesen darauf hin, dass „[...] *all narratives are told within the paradigms*

*deemed intelligible by their specific culture [...]“* (Rosenwald & Ochberg 1992, 7) und sehen das als Argument, dass Kultur und Erzählungen in einer symbolischen Beziehung stehen. Es ist dringend geboten, dass Studien über Krankheitserzählungen ihre Aufmerksamkeit auf beides, den Inhalt und die Struktur der Erzählungen legen, um Kontext und Erfahrung zu fokussieren (vgl. Thomas-Mac Lean 2004b).

Frank beschreibt drei erzählende Typen, um ein besseres Verständnis über die kulturelle Konstruktion von Geschichten zu erlangen (vgl. Frank 2001; Thomas-Mac Lean 2004b).

Die drei narrativen Typen nach Frank (1995) sind:

- Restitution narrative (Wiederherstellende, wiedergutmachende Erzählung)
- Chaos narrative (Chaos-Erzählungen)
- Quest (die Suche / das Streben)

Mehr noch als eine analytische Beschreibung zu schaffen, schlägt Frank Arten vor, wie eine Erzählung über Krankheitserfahrungen reflektiert und besser verstanden werden kann. Der Grund, warum Krankheitsgeschichten auf diesem Weg klassifiziert werden, liegt nicht darin, die Komplexität der Erzählungen zu vereinfachen oder eine neue statische Sichtweise zu erhalten, sondern das Verständnis zu verbessern (vgl. Collie & Long 2005; Frank 1995, 2001; Thomas-Mac Lean 2004b).

Die 'Ausgrabung' ist eine Aufgabe im Prozess des Zuhörens und Verstehens (vgl. Frank 1995).

Frank erklärt, dass Krankheitserzählungen auf beides reflektieren: Art und Gestalt. Mit Art wird eine Schlüsselrolle angenommen, diese kreiert ein Mittel des 'Denkens mit der Geschichte'. Geschichten sind ständig im Fluss und entfalten sich fortwährend. Die narrativen Typen nach Frank (1995) bieten ein Werkzeug für ein besseres Verständnis von Einflüssen der Kultur, Bedeutungen und Erfahrungen (vgl. Frank 1995; Thomas-Mac Lean 2004b).

### **Wiederherstellende-Erzählung**

Dieser erzählende Typ bewegt sich durch drei Themen:

- beginnend mit der Gesundheit,
- folgend der Krankheit und
- sich auf die Rückkehr der Gesundheit verlassend.

Die Wiederherstellende-Erzählung handelt von der Bewegung weg von und zurück zur Gesundheit, die Erfahrungen mit Diagnoseverfahren, Behandlungsarten und Ergebnisse einschließt. Die Wiederherstellende-Erzählung kann sowohl hilfreich, als auch hemmend für Menschen sein. Mit hilfreich ist gemeint, dass man von Personen hört, die zu ihrer Gesundheit zurückgekehrt sind. Im Unterschied dazu, kann der Typ der Wiederherstellenden-Erzählungen auch als medikalisiert angesehen werden. Aus diesem Blickwinkel können Wiederherstellende-Erzählungen als eine Form sozialer Kontrolle gesehen werden. Sie reflektieren die westliche Medizin und deren Betonung von Diagnose, Behandlung und Heilung. Als solches kann die wiederherstellende-Erzählung als eine gesellschaftliche Notwendigkeit fungieren, um zur Gesundheit wieder zurückzukehren (vgl. Frank 1995). Im Vergleich dazu stellt Frank (1995) die Chaos-Erzählungen.

Ein Beispiel für die Wiederherstellende-Erzählung: *„Well, at first I thought it was gross... Now I almost tend to forget. Really, it's nothing on my mind all the time anymore“* (Thomas-Mac Lean 2004b, 1650).

### **Chaos-Erzählungen**

Durch die Chaos-Erzählungen zieht sich ein roter Faden: 'Es wird niemals besser'. Diese Geschichten enthüllen Verletzlichkeit, Vergeblichkeit und Ohnmacht, und können als 'anti-narrative' gesehen werden. Es fehlt ihnen an einer speziellen Abfolge von der Wahl des richtigen Zeitplans und Erfahrung, zudem sind sie schwer zu erkennen. Die Ordnung kann hier gegen das Chaos nicht aufrecht erhalten bleiben. Es ist notwendig, diesen Geschichten des Scheiterns zuzuhören, denn wenn Chaos-Erzählungen ignoriert werden oder man versucht, die Geschichte in Richtung der Wiederherstellenden-Erzählung zu drängen, bedeutet das Zurückweisung. Für Personen, die man zurückweist, kann man keine Sorge tragen (vgl. Frank 1995). Zusammengefasst beschreiben Chaos-Erzählungen, Leute als gefangen im Strudel der Krankheit, während wiederherstellende Erzählungen Krankheit als Übergang darstellen.

Ein Beispiel für die Chaos-Erzählung: *„It's [breast cancer] always on your mind, the back of your mind, any little thing that goes wrong. And um, now this is my, I had a biopsy yesterday and that's my third biopsy [...]“* (Thomas-Mac Lean 2004b, 1653).

### **Das Streben / die Suche-nach-Erzählungen**

Dieser Typ zeigt, wie Krankheit auch als nutzbringend betrachtet werden kann. Unsere Kultur ist mit der Suche-nach-Erzählungen ebenso vertraut, wie mit wiederherstellenden-Erzählungen, da die meisten Erzählungen und Berichte über Krankheiten dem Schema 'Krankheit als Herausforderung' folgen und Krankheit als Antrieb zur Veränderung dokumentiert wird (vgl. Frank 1995).

Erzählungen, die auf der Suche nach etwas basieren, können sowohl therapeutisch als auch einschränkend betrachtet werden. In diesen Erzählungen kann es passieren, dass die Bewegung durch die Krankheit als zu glatt, zu sauber und die Transformation als zu vollständig dargestellt wird. Das kann indirekt zu einer Abwertung der Menschen führen, die es nicht schaffen, 'aus ihrer eigenen Asche wieder aufzustehen' (vgl. Frank 1995; Thomas-Mac Lean 2004b). Der Wunsch einer an Brustkrebs erkrankten Frau könnte darin bestehen, die Geschichte einzupacken, die Bösartigkeit der Krankheit einzukapseln und sie dadurch daran zu hindern, das gesamte Leben zu unterwandern. Solche aufgeräumte oder verpackte Erzählungen können die Grundlage für kulturelle Notwendigkeit oder gesellschaftliche Vorschriften bilden, wie mit der Krankheit zu leben ist (vgl. Thomas-Mac Lean 2004b).

Diese Erzählungen schaffen die Annahme, dass sobald die Behandlungen einer Krankheit beendet sind, auch die Erzählungen darüber abgeschlossen werden und die Krankheit nicht mehr diskussionswürdig ist. Trotzdem zeigen Frauen, die Brustkrebs überlebt haben, dass die Bedeutung der Krankheit lange über das Ende der Behandlungen hinaus andauert. Frank stellt Chaos-Erzählungen als Warnung, in der Akzeptanz von die Suche-nach-Erzählungen unkritisch zu sein, dar. Chaos-Erzählungen gemeinsam mit Wiederherstellenden- und die Suche-nach-Erzählungen stellen ein Mittel zur Verfügung, die Schnittpunkte zwischen Kultur, Individuen und Krankheitserfahrungen besser zu verstehen. (vgl. Thomas-Mc Lean 2004b).

Ein Beispiel für die Suche-nach-Erzählung: „[...] *Some things I'm not prepared to change at this point. I'm not prepared to give up everything... It [breast cancer] gives you the opportunity to reassess a little bit about life*“ (Thomas-Mac Lean 2004b, 1654).

Pflegepersonen können im Pflegeprozess auf verschiedenste Arten von Erzählungen stoßen, und so die Belange der an Brustkrebs erkrankten Frauen erkennen, um sie bei der Bewältigung unterstützen zu können.

Frank (1995) und Thomas-Mac Lean (2004b) folgend, zeigt auch Kleinman (1988), dass das Verstehen von Krankheitsbedeutungen kulturbezogen ist. Krankheitsbedeutungen gründen auf die Körperfunktionen betreffenden kulturellen Normen und auf erlerntem Krankheitsverhalten. „*Illness idioms*

*crystallize out of a dynamic dialectic between bodily processes and cultural categories, between experience and meaning“* (Kleinman 1988, 14). Folglich erwachsen situationsbedingte Krankheitsbedeutungen aus kulturellen Zusammenhängen, genauso wie aus psychologischen Bedürfnissen und sind zum Großteil bestimmt durch kulturell verfügbare Bedeutungen.

Qualitative Forschung zum Thema 'meaning making' und Brustkrebs bietet zusätzliche Einblicke in den Prozess der Bedeutungsherstellung bei Frauen mit Brustkrebs.

Eine Untersuchung von Taylor (2000) darüber, wie Frauen mit Brustkrebs zu positiven Krankheitsbedeutungen gekommen sind, zeigt folgende erleichternde Faktoren:

- Zeit für tiefe Introspektion, Reflexion; an die Zukunft denken
- Gespräche über ihre Brustkrebserfahrungen mit anderen; Treffen mit Selbsthilfegruppen; Zeit mit der Familie verbringen
- Besuch von Gottesdiensten und Gebeten; sich an tröstende spirituelle Überzeugungen erinnern
- Lesen passender Lektüre
- Krebs als Herausforderung begreifen
- Respektieren, der Heilung der Zeit (vgl. Taylor 2000)

In Untersuchungen, die das 'nicht Aufgeben' bei Brustkrebs erforschten, sagten Frauen, dass die Bestätigung ihrer eigenen Erfahrungen durch Andere ein wichtiger Schlüsselfaktor für Bedeutungsherstellung gewesen sei, genauso wie der Erhalt von wichtigen Menschen – 'liebender Unterstützer' (vgl. Taylor 2000; Collie & Long 2005).

Die Ausführungen über Bedeutungszuschreibungen vermitteln den Eindruck, Handlungen der Bedeutungsherstellung würden sich nahezu naturgegeben ereignen, falls ein Ereignis wie eine schwere Krankheit jemandes Überzeugungen und Ziele zerschmettert. Sie vermitteln den Eindruck, der Prozess der Bedeutungsherstellung münde in fast notwendiger Weise in einer neuen Empfindung der 'meaningfulness' (vgl. Taylor 2000; Collie & Long 2005). Wenn Bedeutungsherstellung aber von den erwähnten Faktoren und Bedingungen abhängt, ist es aber auch möglich, dass Menschen zu negativen Bedeutungen gelangen und mit fragmentierter Identität zurückbleiben.

Blockaden für den bedeutungstiftenden Prozess in Richtung positiver Bedeutungen könnten beispielsweise durch Sprache und Verhalten erzeugt werden (vgl. Collie & Long 2005), indem über Menschen nicht wie über menschliche Wesen gesprochen wird, die Identität der Person auf eine Diagnose reduziert wird, und Sprache genutzt wird, um Autorität auszuüben. Arman et al. (2004) berichten in ihrer Studie über Erfahrungen von an Brustkrebs erkrankten Frauen. Die Frauen beschreiben großes emotionales Leid, das nicht nur aus ihrer Krankheit herrührt, sondern durch das Pflegepersonal verstärkt oder abgeschwächt werden kann. Leiden bezogen auf die Pflege entsteht durch 'uncaring' (vgl. Arman et al. 2004). 'Uncaring' wird von Halldórsdóttir & Harmin (1997) als Inkompetenz und Desinteresse seitens der Pflegeperson beschrieben. Es kann genauso gut sein, dass die Pflegeperson auf der Akutstation unter Zeitdruck steht – wie schon in der Reise durch den Brustkrebs beschrieben. Es kann bei den Klientinnen Misstrauen, Desinteresse und das Gefühl zerbrochen zu sein, auslösen (vgl. Halldórsdóttir & Harmin 1997; Arman et al. 2004). Im Gegensatz dazu kann 'caring' das Gefühl von Verbundenheit, und Heilung hervorrufen. Fürsorge, Vertrauen, eine respektvolle Distanz, in der trotzdem Mitgefühl gezeigt wird, kann das Leiden der Klientinnen mildern (vgl. Halldórsdóttir & Harmin 1997; Arman et al. 2004) und den bedeutungstiftenden Prozess positiv beeinflussen und so in der Krankheitsbewältigung unterstützend wirken.

Die bereits vorgestellten Konzepte verbinden die Bedeutung, die einer Krankheit und den Begleitumständen verliehen wird, eng mit der Bewältigung einer Krankheit. Um den Zusammenhang von Bedeutungen der Krankheit und ihrer Bewältigung zu verdeutlichen, stelle ich nachfolgend Konzepte von 'Coping' vor.

## 5.6 Coping

Brustkrebs ist wie jede schwere Erkrankung eine große Belastung. Die daran erkrankten Frauen versuchen den Stress durch die Krankheit und ihre Auswirkungen zu bewältigen. Die Bewältigung der Krankheit ist eng damit verbunden, welche Bedeutung ihr von den Frauen zugeschrieben wird. (vgl. Collie & Long 2005; Richer & Ezer 2000).

Im Glossar von Psychologie 16. aktualisierte Auflage von Zimbardo und Gerrig (2004) findet sich zum englischen Begriff Coping folgendes:

*„Der Prozess, mit inneren und äußeren Anforderungen umzugehen, die als bedrohlich oder die eigenen Kräfte übersteigend wahrgenommen werden“  
(Zimbardo & Gerrig 2004, 842).*

In der Fachliteratur zu Gesundheit und Krankheit und Bewältigung, findet man mehrere theoretische Perspektiven. Lyon (2005) referiert in einem Überblick drei theoretische Ansätze von Stress, Bewältigung und Gesundheit.

Das Wort Stress im Bezug auf menschliches Erleben, wurde erstmals in den 1930er Jahren in der medizinischen Fachliteratur erwähnt. Der Begriff Stress wird genutzt um große Belastung auszudrücken. Die Pflege erkannte auch die Bedeutung von Stress für die Gesundheit und das Wohlbefinden. Gesundheitswissenschaften begannen sich mit einer Theorieentwicklung und empirischen Untersuchungen von Stress und seiner Beziehung zur Gesundheit und dem Wohlbefinden zu beschäftigen (vgl. Lyon 2005). Psychologie, Pflege und Medizin erkannten Stress und Bewältigung als wichtige Einflussgrößen auf Gesundheit. Stress wurde mit dem Ausbruch von zahlreichen Krankheiten in Zusammenhang gebracht, wie beispielsweise Herzerkrankungen, Magengeschwüre und Unruhe und vieles mehr (vgl. Lyon 2005). Bezogen auf Frauen mit Brustkrebs, kann Stress durch die Krankheit ausgelöst werden, und als Reaktion oder Äußerungen der Frauen zum Vorschein kommen.

Im Zusammenhang mit dieser Arbeit ist vor allem das Konzept von Lazarus von Interesse, weil er darauf aufmerksam macht, welche wichtige Rolle der 'Bewertung' zukommt, wenn eine Person reagiert, fühlt oder sich verhält (vgl. Lyon 2005). Diese Bewertung wieder ist eng verknüpft mit Bedeutung und Bedeutungsherstellung angesichts der Bedrohung durch eine schwere Erkrankung.

#### 5.6.1 Stress als Transaktion nach Lazarus

Wesentlich für den Stressbegriff bei Lazarus ist dessen Überzeugung, Stress sei nicht allein bestimmten Ereignissen inhärent, sondern vielmehr das Ergebnis einer Transaktion von Person und Umwelt (vgl. Lyon 2005). Lazarus konzeptualisiert Stress als Sammelrubrik für ein komplexes Bündel subjektiver Phänomene, wie kognitive Bewertungen (Bedrohung, Schädigung und Herausforderung), Stresseemotionen, Bewältigungsaktionen und Neubewertungen. Stress wird erlebt, wenn die Anforderungen einer Situation die Ressourcen der Person belasten oder übersteigen und irgendeine Art von Schädigung oder Verlust antizipiert wird (vgl. Lyon 2005).

Eine ganz wesentliche Rolle im komplexen Bedingungsgefüge Stress spielt die Bewertung.

In der **Primärbewertung** wird zunächst eingeschätzt, welche Auswirkungen durch die Belastung auf das Wohlbefinden zu erwarten seien. Übersteigen in der Einschätzung der Person die Anforderungen die Ressourcen, entwickelt sie Bedrohungs- oder Schädigungserwartungen (vgl. Lyon 2005).

Dies löst die **Sekundärbewertung** aus. Die Person bestimmt, welche Bewältigungsoptionen ihr zur Verfügung stehen. Eine saubere Trennung von primärer und sekundärer Bewertung ist aber nicht immer möglich, da oftmals die Bewertungen gleichzeitig ablaufen und sich gegenseitig beeinflussen.

In der **Neubewertung** werden Primär- und Sekundärbewertung kontinuierlich überprüft, verändert und umgedeutet. Lazarus definiert Stressbewältigung eindeutig als Prozess, nicht nur als Fähigkeit einer Person oder als Ergebnis. Er warnt aber vor Bewältigungsmodellen, die auf Phasen beruhen, weil darin die Gefahr liegt, den individuell geprägten Umgang einer Person mit Belastungen normativ zu bewerten (vgl. Lyon 2005).

In der Analyse von Bewältigungsprozessen beschreibt Lazarus zwei Wege der Bewältigung.

**Problemfokussierte Bewältigung** Der Betroffene verschafft sich Informationen, auf deren Basis gehandelt werden kann.

Problemfokussierte Bewältigungsstrategien können sowohl nach außen als auch auf die Person selbst gerichtet sein, je nachdem, ob ein Aspekt der Umwelt oder ein Aspekt des Selbst verändert werden soll. Als Beispiel dafür verweise ich auf die Frau, die nach einer Woche Niedergeschlagenheit sich der Informationsbeschaffung widmete, um die Diagnose bewältigen zu können und eine Entscheidung zu treffen (vgl. Halkett et al. 2007).

**Emotionsfokussierte Bewältigung** zielt darauf ab, die emotionale Belastungen zu mildern, etwa durch Distanzierung, Vermeidung, selektive Wahrnehmung, Verniedlichung, aber auch körperlicher Betätigung und Meditation. Auf emotionsfokussierte Strategien wird zurückgegriffen, wenn die Situation selbst unveränderlich ist (vgl. Lyon 2005). Ein Beispiel hierfür, ist die in der 'Reise durch den Brustkrebs' erwähnte Frau, die darauf hofft, dass der Knoten von alleine verschwinden wird (vgl. O'Mahony 2001).

Wenn eine Bedrohung neu bewertet wird, verändern Menschen auch ihre Emotionen, indem sie eine neue Bedeutung der belastenden Konfrontation konstruieren. Durch die Neubewertung einer belastenden Situation kann eine Situation bewältigt werden. Allerdings ist es oft schwer, sie von einem Abwehrmechanismus wie Verleugnung abzugrenzen. Wenn die persönliche Bedeutung des Ge-



schehens mit der Realität übereinstimmt, handelt es sich nicht um einen Abwehrmechanismus, sondern um eine Möglichkeit, zerstörerische Emotionen zu kontrollieren (vgl. Lazarus 2005).

In belastenden Situationen treten immer beide Funktionen auf, problem- und emotionsfokussierte. Sie sind unverzichtbare Bestandteile der Bewältigungsbe-mühung und fördern sich gegenseitig. Es ist das Zusammenwirken von Denken, Wollen, Gefühlen, Handeln, und den Realitäten der Umwelt, die darüber ent-scheidet, ob die Bewältigung zum Erfolg führt oder nicht (vgl. Lazarus 2005).

Der Grundgedanke des Ansatzes nach Lazarus besteht darin, dass *„Stress und Gefühlswelt nicht länger als zwei separate Bereiche der Forschung und Theoriebildung verstanden werden dürfen“* (vgl. Lazarus 1993; zit. n. Lazarus 2005, 231).

Im Transaktionsmodell von Lazarus ist Emotion ein wichtiges Konstrukt. Als so-genannte Stresseemotionen werden: Angst, Wut, Schuldgefühl und Traurigkeit angeführt. Lazarus behandelt die Depression nicht als eigenständige Emotion, sondern als eine Mischung aus mehreren Stresseemotionen wie Wut, Angst, Selye Traurigkeit und Schuldgefühl (vgl. Lazarus 2005; Lyon 2005). Obwohl Gedanken den Emotionen vorausgehen, werden Emotionen durch Denkprozesse geformt und können Emotionen wiederum Gedanken beeinflussen (vgl. Lazarus 2005).

*„Eine Bedrohungsbewertung, verbunden mit der spezifischen Bedeutung der Situation für den Betroffenen, löst bestimmte Stresseemotion aus, die sich mit dieser Bedeutung decken“* (vgl. Lyon 2005, 36).

Welche Möglichkeiten gibt es in der Theorie von Lazarus, mit diesen Stresseemotionen umzugehen?

Lazarus und Folkman (1984) benennen drei Formen der erfolgreichen Anpassung:

- Funktionstüchtigkeit im beruflichen Bereich und sozialen Lebensaktivitäten
- Zuversicht oder Lebenszufriedenheit
- körperliche Gesundheit

Lazarus und Folkman (1984) fassen den Gesundheitsbegriff weit, indem physische (Krankheit und körperliche Funktionstüchtigkeit), psychische (kognitive Funktionstüchtigkeit und Stimmungslage – auch, wie Menschen sich selber und ihr Leben sehen) und soziale Gesichtspunkte (die soziale

Funktionstüchtigkeit) berücksichtigt werden (vgl. Lazarus & Folkman 1984). Auf der Grundlage dieses weit gefassten Gesundheitsbegriffs konzeptualisieren sie die Anpassungsergebnisse als gesundheitliche Auswirkungen.

Anpassungsergebnisse werden nach 'kurzfristig' und 'langfristig' kategorisiert. Kurzfristige Erlebnisse beziehen sich auf die soziale Funktionstüchtigkeit angesichts des belastenden Ereignisses, die Aufrechterhaltung der Moral während des Ereignisses und danach sowie auf das Auftreten von körperlichen Symptomen, die durch das Ereignis hervorgerufen werden können (vgl. Lyon 2005).

Langfristige Ergebnisse beziehen sich auf soziale Funktionstüchtigkeit, Aufrechterhaltung der Moral und körperliche Gesundheit in der Zukunft. Sowohl kurzfristige als auch langfristige Anpassungsergebnisse besitzen handlungsbezogene, affektive und physiologische Komponenten (vgl. Lyon 2005).

Im Zuge der Bewertung nach Lazarus müssen sich die Menschen mit zwei Bezugssystemen auseinandersetzen:

- Die Personen möchten das Ereignis so real wie nur möglich einschätzen, um es bewältigen zu können.
- Die Personen wollen das Ereignis im bestmöglichen Licht sehen, um die Zuversicht und Hoffnung nicht zu verlieren.

*„Bewältigung ist de facto ein Kompromiss zwischen dem Leben, wie es ist, und dem Leben, wie man es gerne hätte, und erfolgreiche Bewältigung hängt von beiden Aspekten ab“ (vgl. Lazarus 2005, 235).*

Der Akt der Bewertung nach Lazarus ist eng damit verbunden, was etwas für jemanden bedeutet. Beispielsweise wird das Befinden einer Person ein anderes sein, wenn sie die Krankheit Brustkrebs, so wie Lipowski (1979, 1983) vorschlägt, als Herausforderung bewertet, als wenn eine Frau die Krankheit als Strafe sieht. Ein Neu- bzw. Umbewerten der Situation kann helfen, dass die Person Bedeutung erkennen kann, und so bewältigen kann.

Ein anderes Konzept, das Bedeutung und Bewältigung einer Krankheit in einen engen Zusammenhang stellt, ist die Salutogenese Aaron Antonovskys.

### 5.6.1 Bewältigung nach Antonovsky

Aaron Antonovsky publizierte seine ersten Gedanken zur Stressbewältigung, die unter den Eindruck von den Arbeiten von Selye (1957) über das 'Allgemeine Adaptionssyndrom' und der von Dubos (1968) über psychosoziale und kulturelle Einflüsse auf menschliche Adaption (vgl. Horsburgh 2005).

Beim Salutogenesemodell nach Antonovsky handelt es sich um ein kognitives Modell, gestützt auf die Arbeit von Lazarus & Folkman (1984) über kognitive Bewertung angesichts bedrohlicher Ereignisse (vgl. Horsburgh 2005).

Antonovsky ist der Auffassung, dass die pathogenetische Ausrichtung Menschen auf künstliche Art und Weise in 'Patienten' und 'Nichtpatienten' trennt. Die Frage: 'Weshalb erkranken Menschen an diesem oder jenen Leiden?' verstärkt die Dichotomie dieser Kategorisierungen. Antonovsky fragt: 'Warum bleiben Menschen gesund?'. Diese Frage verdeutlicht den Ansatz der Salutogenese. Im Salutogenesemodell wird die subjektive Sicht des Individuums auf Gesundheitsfragen mit einbezogen (vgl. Horsburgh 2005).

Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky besteht laut Horsburgh (2005) aus folgenden Hauptkonzepten:

- **Stressoren:** sind im Individuum selbst angesiedelt oder kommen von außen. Sie können auferlegt sein, oder man setzt sich ihnen freiwillig aus. Das Leben ist durch Anhäufungen von Stressoren gekennzeichnet. Erkennt das Individuum die Stressoren, so kommt es zu einem Zustand der Spannung.
- **Spannung, Spannungssteuerung und Stress:** Diese drei Begriffe werden im Salutogenesemodell voneinander abgegrenzt. Der Spannungszustand ist eine Reaktion auf einen Stressor und stellt ein emotionales und körperliches Phänomen dar:

*„Die Erkenntnis, dass ein Bedürfnis, das man hat, nicht befriedigt ist, dass man einer Anforderung, die sich einem stellt, nachkommen muss, dass man etwas tun muss, wenn man ein Ziel verwirklichen will“ (Antonovsky 1979, 125).*

Ein Spannungszustand kann neutral, förderlich oder nachteilig auf die Gesundheit auswirken. Je nachdem wie die Spannung von der Person gesteuert wird. Wird die Spannung abgebaut, so entsteht kein Stress und es entstehen neutrale oder förderliche Konsequenzen für die Gesundheit.

Die Fähigkeit zur Spannungssteuerung werden generalisierte Widerstandsressourcen genannt.

- **generalisierte Widerstandsressourcen** (GWR) werden bezeichnet als:

*„[...] jede Eigenschaft einer Person, einer Gruppe oder eines Umfelds, die zum erfolgreichen Umgang mit Spannung beitragen kann“ (Antonovsky 1979, 99).*

Antonovsky geht davon aus, dass GWR den Individuen zahlreiche Lebenserfahrungen verschaffen, die sich in Überforderung und Unterforderung auswirken können.

Beispiele für GWR sind: materielle und soziale Ressourcen, Wissen und Intelligenz, ein flexibles Gefühl der inneren Integrität (Ich-Identität), Bewältigungsstrategien die rational, vorausschauend und flexibel sind, kulturelle Stabilität, Religion, Gesundheitsprävention, der Gesundheitszustand der Person (vgl. Horsburgh 2005).

Ein wesentlicher Begriff in der Theorie Antonovskys ist der Begriff des Kohärenzgefühls.

- **Kohärenzgefühl** (sense of coherence, SOC), bestehend aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, wird von Antonovsky definiert als:

*„eine globale Orientierung, in der sich ausdrückt, wie ausgeprägt, nachhaltig und doch dynamisch das Vertrauen einer Person darauf ist:*

*-) die Reize, die im Lauf des Lebens vom inneren Milieu der Person oder ihrer Umgebung ausgehen, Struktur besitzen, vorhersehbar sind und erklärt werden können.*

*-) genug Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen gerecht werden zu können, die sich aus diesen Reizen ergeben*

*-) diese Anforderungen Herausforderungen darstellen, die Einsatz und Engagement lohnen“ (Antonovsky 1997, 36).*

Auch in der Theorie von Antonovsky wird die Wichtigkeit von Bedeutung betont. Für ihn ist Sinnhaftigkeit, das heißt die Welt verstehen zu können und in ihren Anforderungen einen Sinn zu erkennen, die wichtigste Komponente des Kohärenzgefühls. Die Bedeutsamkeit erlaubt es Menschen, die über sie verfügen, negative Erlebnisse würdevoll zu überwinden, indem sie ihnen eine Bedeutung zuschreiben (vgl. Schrems 2008).

Beide Konzepte, jenes von Lazarus ebenso wie das von Antonovsky, betonen den Stellenwert, den die individuell verliehene Bedeutung einer Situation, in unserem Falle eine Brustkrebserkrankung, für ihre Bewältigung einnimmt. Damit bietet die Kenntnis dieser Konzepte eine Möglichkeit, die Reflexionsmöglichkeiten der Pflegeperson zu vergrößern und das Wissen, das Voraussetzung für Verstehen ist, auf eine breitere Basis zu stellen.

Auch die Kenntnis dieser Theorien ist eine Antwort auf die Frage danach, was Pflegepersonen wissen müssen. Die Kenntnis von Theorien zu Coping und Bewältigung einer Krankheit ermöglicht es Pflegepersonen Bewältigungsstrategien ihrer Klientinnen leichter zu erkennen, um die Klientinnen gezielt unterstützen zu können.

Wie diese Unterstützung im Rahmen der Pflegediagnostik erreicht bzw. umgesetzt werden kann, ist Gegenstand des nächsten Abschnitts.

## 6 Pflegediagnostik und die Erfassung von Bedeutung

Die Pflegediagnostik ist zunächst ein Instrument der Pflegebedarfserstellung. Die Pflegeperson trifft auf eine Klientin, wobei es gilt, deren mögliches Problem herauszufinden um den Pflegebedarf darauf abzustimmen. Wird der Pflegebedarf erkannt, so können entsprechende Ziele gesetzt und Maßnahmen geplant werden.

Eine allgemeine Definition lautet:

*„Pflegediagnosen stellen eine klinische Beurteilung der Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Interventionen, um Ziele zu erreichen, für welche die Pflegekraft verantwortlich ist“ (Carroll-Johnson 1993, zit. n. Gordon & Bartholomeyczik 2001, 13).*

Ein Pflegediagnose stellt keine einzelne Beobachtung dar, sondern vielmehr eine Interpretation und Analyse von Beobachtungen von Reaktionen von Klientinnen auf ein Ereignis. Reaktionen sind Verhaltensweisen oder Aussagen der Klientinnen auf ein Ereignis, welches Bedeutungen für die Betroffenen beinhaltet. Ein derartiges Ereignis kann körperlich, psychisch, sozial und spiritueller Natur sein, oder eine Kombination der Faktoren (vgl. Gordon & Bartholomeyczik 2001).

Diese Darstellung der Pflegediagnostik ist zugegebenermaßen nur eine Abstraktion des 'wirklichen Lebens'. In dieser Darstellung benötigt die Pflegeperson weder eine Methode noch ein Klassifikationssystem, um zu einem Ergebnis zu gelangen.

In der Praxis aber gibt es sehr unterschiedliche Methoden und Zugänge der Pflegediagnostik.

Im Kern geht es bei allen Konzepten und Modellen der Pflegediagnosen „um Systematisierung pflegerischen Wissens“ (Schrems 2003, 14), wobei das eigentliche Ziel die Entwicklung einer Vereinheitlichung der Fachsprache im Pflegeprozess ist (vgl. Schrems 2003).

Da NANDA-Pflegediagnosen international am häufigsten eingesetzt werden (vgl. Schrems 2003; Müller-Straub, Lavin, Needham, van Achterberg 2007), wird an ihrem Beispiel untersucht, ob und wie durch ihre Anwendung die Bedeutung erfasst werden kann, die Klientinnen Krankheitsereignissen verleihen. Dies ist eine Frage, der innerhalb der Pflegewissenschaft und Pflegepraxis große Relevanz zukommt, da in der Wissenschaft weitgehend Einigkeit besteht, dass diagnostizieren ohne Bedeutung zu verstehen sinnlos sei (vgl. Schrems 2003, 2008; Gordon & Bartholomeyczik 2001; Bräutigam 2003).

## 6.1 NANDA-Pflegediagnosen

In der Folge des 1997 beschlossenen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes in Österreich entwickelte sich ein Professionalisierungsprozess. Der in diesem Gesetz definierte 'eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich' (§ 14) gilt als Begründung der Einführung der Pflegediagnostik (vgl. Schrems 2003).

In Österreich wie in anderen Ländern hat sich im Zuge der Etablierung des Diagnoseprozesses in der Pflege das Klassifizierungssystem nach NANDA durchgesetzt.

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) wurde 1982 gegründet (vgl. Gordon & Bartholomeyczik 2001, XIV) und durch sie werden laufend Pflegediagnosen wissenschaftlich überprüft und erweitert (vgl. Schrems 2003; Gordon & Bartholomeyczik 2001).

NANDA-International-Pflegediagnosen 2007-2008 (NANDA-I-Pflegediagnosen) enthalten derzeit 188 vollständig neu überarbeitete NANDA Pflegediagnosen und wurden in die deutsche Sprache übersetzt. (vgl. Berger et al. 2008). Die Domäne psychosozial der NANDA-I-Pflegediagnosen *„Beinhaltet Diagnosen, Outcomes und Interventionen, um die optimale geistige und emotionale Gesundheit und die sozialen Funktionen zu fördern“* (Berger et al. 2008, 326).

Zum Kritikpunkt geriet der oft normative Charakter, der den Diagnosen innewohnt (vgl. Kesselring 1999, vgl. Schrems 2003, Schrems 2008).

Darüber hinaus wurde an psychosozialen NANDA-Pflegediagnosen problematisiert, dass der Pflegeprozess und damit der ihm eingebettete Diagnoseprozess nicht wertfrei und objektiv verlaufen können (vgl. Kesselring 1999; Schrems 2003). *„Menschliche Wertvorstellungen wirken sich sowohl auf die Erkennung als auch auf die Lösung von Problemen aus“* (Gordon & Bartholomeyczik 2001, 18).

Dies hat zur Folge, dass bei der Erstellung psychosozialer Pflegediagnosen das subjektive Werturteil, die subjektive Sicht der diagnostizierenden Pflegeperson eine wichtige Rolle spielen (vgl. Gordon & Bartholomeyczik 2001). Psychosozialen Pflegediagnosen fehlt daher jene Objektivität, die der Aussage zukommt, eine Klientin habe 37,6°C Körpertemperatur.

Durch die Weiterentwicklung des Pflegeprozesses und der fortschreitenden Professionalisierung durch *„wissenschaftliche Fundierung, Systematisierung des Wissens und nachvollziehbarer Anwendung“* (Schrems 2003, 14) kommt es zunehmend zu Standardisierungen von Anamnesegesprächen und anderen Assessmentinstrumenten sowie Pflegestandards, in denen schon eine Planung und Durchführung von Maßnahmen für ein Problem vorgegeben sind (vgl.

Schrems 2003). Derartige Standardisierungen können im psychosozialen Bereich problematisch werden, da sie eine nicht zu erfüllende Objektivität behaupten.

In diesem Teil der Arbeit werden NANDA-I-Pflegediagnosen dahingehend geprüft, ob mit ihnen Bedeutung erfasst werden kann.

Um zu prüfen, ob mittels NANDA Diagnosen die Bedeutung erfasst werden kann, die an Brustkrebs erkrankte Frauen der Krankheit und ihren psychosozialen Auswirkungen zuschreiben, stelle ich die Aspekte der Reise durch den Brustkrebs dar und versee diese exemplarisch mit dazu passenden NANDA-I-Pflegediagnosen aus der Domäne psychosozial. Hier folge ich einer Idee von Annemarie Kesselring (1999).



Stationen der Reise durch den Brustkrebs	NANDA-I-Pflegediagnosen	Definition
Diagnosestellung	Ineffektive Verleugnung	„Bewusster oder unbewusster Versuch, das Wissen oder die Bedeutung eines Ereignisses abzustreiten, um Angst/Furcht zu reduzieren, was aber zur Beeinträchtigung der Gesundheit führt“ (Berger et al. 2008, 264).
	Posttraumatisches Syndrom	„Anhaltende, fehlangepasste Reaktion auf ein traumatisches, überwältigendes Ereignis“ (ebd., 172).
	Stressüberlastung	„Übermäßige Anzahl und Arten der Beanspruchung, die Handlungen erfordern“ (ebd., 236).
	Angst	„Unbestimmtes Gefühl des Unbehagens oder der Furcht, das von einer autonomen Reaktion begleitet wird (häufig unbestimmte oder dem Individuum unbekannt Quelle); eine Besorgnis, die durch die Antizipation der Gefahr hervorgerufen wird. Es ist ein Warnsignal für drohende Gefahr und ermöglicht dem Individuum, Maßnahmen zum Umgang mit der Gefahr einzuleiten“ (ebd., 31).
	Todesangst	„Unbestimmtes Gefühl des Unbehagens oder der Furcht, hervorgerufen durch die Wahrnehmung einer realen oder imaginären Bedrohung der eigenen Existenz“ (ebd., 244).
	Furcht	„Reaktion auf eine wahrgenommene Bedrohung, die bewusst als Gefahr erkannt wird“ (ebd., 94).
	Hoffnungslosigkeit	„Subjektiver Zustand, in dem ein Individuum begrenzte

Stationen der Reise durch den Brustkrebs	NANDA-I-Pflegediagnosen	Definition
		oder keine Alternativen oder persönliche Wahlmöglichkeiten sieht und unfähig ist, Energie für sich zu mobilisieren“ (ebd., 116).
	Machtlosigkeit	„Wahrnehmung, dass das eigene Handeln ein Ergebnis nicht entscheidend beeinflussen wird; wahrgenommener Mangel an Kontrolle über eine aktuelle Situation oder ein unmittelbares Geschehen“ (vgl. ebd., 144).
<b>Entscheidungen</b>	Entscheidungskonflikt	„Unsicherheit über anstehende Handlungen, wenn zwischen Handlungen gewählt werden soll, die Risiko, Verlust und Infragestellung von Werten und Glauben beinhalten“ (ebd., 68).
	Posttraumatisches Syndrom Stressüberlastung Angst Todesangst Furcht Hoffnungslosigkeit Machtlosigkeit	
Pflegediagnosen im Zusammenhang mit den Therapien		
<b>Menopause</b>	Chronischer Kummer	„Zyklisches, wiederkehrendes und potentiell fortschreitendes Muster einer allgegenwärtigen erlebten Traurigkeit (eines Elternteils, eines Pflegenden oder eines chronisch kranken oder behinderten Individuums) als Reaktion auf einen beständigen Verlusts während des Verlaufs einer Krankheit oder einer Behinderung“ (ebd., 137).
	Ineffektives Rollenverhalten	„Verhaltensmuster und Selbstaussdruck passen nicht zu dem Umfeld, zu Normen und Erwartungen“ (ebd., 186).

<b>Stationen der Reise durch den Brustkrebs</b>	<b>NANDA-I-Pflegediagnosen</b>	<b>Definition</b>
	Beeinträchtigte soziale Interaktion	„Unzureichender, übermäßiger oder ineffektiver sozialer Austausch“ (ebd., 228).
	Soziale Isolation	"Von einem Individuum erlebte Einsamkeit, die als von anderen hervorgerufen sowie als negativer oder bedrohlicher Zustand empfunden wird“ (ebd., 229).
	Gestörtes Körperbild	„Verwirrung über das mentale Bild des eigenen physischen Selbst“ (ebd., 134).
	Risiko einer Vereinsamung	„Risiko, Beschwerden zu erleiden, verbunden mit dem Wunsch oder Bedürfnis nach mehr Kontakt mit anderen“ (ebd., 257).
	Machtlosigkeit	
<b>Haarverlust</b>	Trauern	„Ein normaler komplexer Prozess mit emotionalen, physischen, geistigen, sozialen und intellektuellen Reaktionen und Verhaltensweisen, in dem Individuen, Familien und Gemeinschaften ihren aktuellen, vorgezogenen oder wahrgenommenen Verlust im Alltag zum Ausdruck bringen“ (ebd., 249).
	Posttraumatisches Syndrom Stressüberlastung Angst Todesangst Furcht Hoffnungslosigkeit Chronischer Kummer Ineffektives Rollenverhalten Beeinträchtigte soziale Interaktion Soziale Isolation Gestörtes Körperbild Risiko einer Vereinsamung Machtlosigkeit	
<b>Lymphödem</b>	Trauern Stressüberlastung Angst Furcht Hoffnungslosigkeit	

<b>Stationen der Reise durch den Brustkrebs</b>	<b>NANDA-I-Pflegediagnosen</b>	<b>Definition</b>
	Chronischer Kummer Ineffektives Rollenverhalten Beeinträchtigte soziale Interaktion Soziale Isolation Gestörtes Körperbild Risiko einer Vereinsamung Machtlosigkeit	
<b>Müdigkeit</b>	Trauern Stressüberlastung Angst Furcht Hoffnungslosigkeit Chronischer Kummer Ineffektives Rollenverhalten Beeinträchtigte soziale Interaktion Soziale Isolation Gestörtes Körperbild Risiko einer Vereinsamung Machtlosigkeit	
<b>Weitere Veränderungen des Körpers</b>	Trauern Stressüberlastung Angst Furcht Hoffnungslosigkeit Chronischer Kummer Ineffektives Rollenverhalten Beeinträchtigte soziale Interaktion Soziale Isolation Gestörtes Körperbild Risiko einer Vereinsamung Machtlosigkeit	
<b>Soziale Aspekte</b>	Trauern Posttraumatisches Syndrom Stressüberlastung Angst Todesangst Furcht Hoffnungslosigkeit Chronischer Kummer Ineffektives Rollenverhalten Beeinträchtigte soziale Interaktion Soziale Isolation Gestörtes Körperbild Risiko einer Vereinsamung Machtlosigkeit	

Stationen der Reise durch den Brustkrebs	NANDA-I-Pflegediagnosen	Definition
<b>Behandlungsende</b>	Trauern Posttraumatisches Syndrom Stressüberlastung Angst Todesangst Furcht Hoffnungslosigkeit Chronischer Kummer Ineffektives Rollenverhalten Beeinträchtigte soziale Interaktion Soziale Isolation Gestörtes Körperbild Risiko einer Vereinsamung Machtlosigkeit	

*Tabelle 2: Stationen der 'Reise durch den Brustkrebs' und NANDA-I-Pflegediagnosen (vgl. Berger et al. 2008) erstellt von Bettina Winkler*

Durch die Darstellung der Hauptstationen der 'Reise durch den Brustkrebs' mit hier nur exemplarisch versehenen Pflegediagnosen wird sichtbar, dass wenn nicht die Bedeutung eines Phänomens verstanden wird, die die Frauen der Krankheit zuschreiben, ein Wust an Pflegediagnosen entstehen kann. *„Die Informationssammlung ist sinnlos, wird nicht die dahinter steckende Bedeutung erschlossen“* (Gordon & Bartholomeyczik 2001, 48). Diese Anhäufung von Pflegediagnosen wird der Klientin in ihrer speziell bedeutenden Situation nicht weiterhelfen und es kann soweit kommen, dass die Pflege die Realität der an Brustkrebs erkrankten Frauen nicht erkennt, wenn das *„[...] bloße Befolgen von normierten Vorgaben [...] als professionelle Eigenständigkeit und Verantwortlichkeit aufgefasst wird“* (Gordon 1988; zit. n. Kesselring 1999, 227).

Da die Anwendung der NANDA-I-Pflegediagnosen alleine und für sich genommen offensichtlich kein Instrument ist, um Bedeutungen von psychosozialen Phänomenen zu erfassen und zu verstehen, die die Frauen der Krankheit geben, ist es in der professionellen Pflege unerlässlich einen Weg wie das Situationsverstehen im Pflegeprozess einzuschlagen und mit den erzählten Lebensgeschichten der Frauen die Bedeutung eines Ereignisses zu verstehen.

Die Klientinnen erzählen ihre Geschichten, dieses Geschichten-Erzählen kann in der Pflege auch als Instrument angesehen werden, zu erfassen, welches Problem für diese Klientin im Vordergrund steht. Schrems (2008, 70) nennt diese Geschichten *„Krankengeschichten der anderen Art“*. Für das

Diagnostizieren in der Pflege ist es unerlässlich, die im Vordergrund stehende Problematik und ihre Bedeutung für die Klientin zu erfassen (vgl. Gordon & Bartholomeyczik 2001). Erzählungen bieten einen Zugang zu Bedeutungen, denn in den Erzählungen werden Zusammenhänge von Gefühlen, Ereignissen und Erlebnissen hergestellt. Diesen Erzählungen zuzuhören lässt Bedeutungszuschreibungen besser erkennbar und verstehbar werden als dies durch standardisierte Fragebögen erreicht werden kann (vgl. Schrems 2008).

Zwar ist standardisiertes theoretisches Wissen elementar für eine professionelle Pflege, aber dennoch nicht auf jede individuelle Klientin in ihrem Kontext gleich anwendbar.

*„Klientinnen haben in einer Pflege, die deren Wohl in den Mittelpunkt ihres Handelns stellt, den Status von gleichberechtigten ExpertInnen und sind aktiver Teil des Pflege- und Gesundheitsprozesses“ (Schrems 2006, 102).*

Daraus folgt, dass die Pflege mit den Klientinnen in einen Interaktionsprozess treten muss um die individuelle Situation erfassen zu können (vgl. Bräutigam 2003).

Das eigentliche Ziel dieses Interaktionsprozesses liegt darin, zu verstehen welche Bedeutung Klientinnen ihren jeweiligen Problemen zuschreiben. Nur auf Basis des Verstehens, können klientinnenrelevante Interventionen gesetzt werden (vgl. Käppeli 1993, zit. n. Bräutigam 2003; Schrems 2003, 2008; Gordon & Bartholomeyczik 2001). Dies führt zur nächsten Frage.

## 6.2 Was heißt verstehen?

Es bestehen Unterschiede in der Art und Weise des Verstehens, je nachdem, was verstanden werden soll. Ein anderer Mensch, ein literarisches Werk, die Kunst der Fuge: was verstanden wird und wie verstanden wird, hängt wechselseitig voneinander ab (vgl. Jung 2002). Die Phrase, etwas sei selbstverständlich, deutet an, dass die *„intersubjektive Aktivität des Verstehens in vielen Fällen unproblematisch“* (Jung 2002, 7) bleibt. Ein möglicher Ansatz, die Bedeutung des Brustkrebses für die daran erkrankten Frauen zu verstehen, besteht im Versuch, pflegerisches Verstehen als gleichsam hermeneutisch zu charakterisieren (vgl. Bräutigam 2003).

Die Hermeneutik, deren Wurzeln bereits in der Antike zu finden sind, erhält einen wichtigen Impuls im Zeitalter der Reformation, als die Suche nach dem rechten Verständnis der biblischen Texte (vgl. Jung 2002) zum Thema und die Hermeneutik zu ihrer Methode wird.

In späterer Folge erfährt sie ihre wesentlichen Ausprägungsmerkmale zunächst durch den Philosophen Schleiermacher, der sie für ein allgemeines Verstehen öffnet und sie von der reinen Auseinandersetzung mit Texten löst und um die Wende zum 20. Jahrhundert durch Wilhelm Dilthey, der die hermeneutische Perspektive um die historische und soziale Dimension erweiterte. (Künstlerischer) Ausdruck verdankt sich in den Augen Diltheys eher dem 'Zeitgeist' einer Epoche als der individuellen Schöpfung eines Autors (vgl. Jung 2002). Bezogen auf die Fragestellung der Arbeit: die Bedeutungen, die die Frauen ihrer Erkrankung verleihen, ist auch dem Wertesystem, in dem sie eingebettet leben, Ideologien und familiären Einflüssen etc. geschuldet.

Grundsätzlich bedeutet hermeneutisches Verstehen nicht eine Interpretation des Äußeren, sondern es bezieht sich auf das Erschließen des subjektiv gemeinten Sinns (vgl. Bräutigam 2003).

Grundelemente und Annahmen der Hermeneutik sind unter anderem in den Begriffen der hermeneutischen Differenz und des hermeneutischen Zirkel gefasst. 'Hermeneutische Differenz' macht auf ein Problem aufmerksam: das, was verstanden werden soll, ist nicht notwendiger Weise das, was auch verstanden wird. Dieser Abstand zwischen Verstehendem und dem zu Verstehendem wird als hermeneutische Differenz bezeichnet. Sie selbst liegt, mit den Worten Diltheys zwischen zwei Extremen: *„Die Auslegung wäre unmöglich, wenn die Lebensäußerungen gänzlich fremd wären. Sie wäre unnötig, wenn in ihnen nichts fremd wäre“* (Dilthey 1958, 225; zit. n. Jung 2002, 20). *„In diesem Zwischen ist der wahre Ort der Hermeneutik“* (Gadamer 1972, 279). Um diese Differenz zu überwinden, bedient sich die Hermeneutik zweier hermeneutischer Zirkel. Einer bezieht sich auf das Verhältnis vom Ganzen zu seinen Teilen: so sei das Ganze von seinen Teilen und die Teile von ihrem Ganzen zu verstehen. Je mehr Teile bekannt und verstanden sind, umso einfacher ist das Verständnis des Ganzen gegeben.

Die Metapher des zweiten hermeneutischen Zirkels verweist auf die Interpretation von etwas als schrittweise Näherung an den Sinn. Der Begriff bezieht sich auf das Verhältnis von Vorverständnis und Verständnis und der Dynamik zwischen diesen beiden. Das Vorverständnis wird mit dem Versuch, etwas zu verstehen, korrigiert und erweitert und so zu einem neuen Vorverständnis. Durch die Wiederholung dieses Schritts wird die hermeneutische Differenz verkleinert. Ihre gänzliche Aufhebung ist aber unmöglich – dies liegt nach Gadamer in der Vorurteilsstruktur des Verstehens selbst begründet (vgl. Jung 2002). Ein weiterer, wichtiger Aspekt für hermeneutisches Denken besteht in der Anerkennung der *„geschichtlichen Situation“* (Gadamer 1972, 280) des Interpreten, also in der Anerkennung des

eigenen Gewordenseins und der eigenen Bedingtheiten. Diese Anerkennung erlaubt nun erst Reflexion sowohl eigener Vor-Urteile als auch die Reflexion eigener Wahrnehmungsprozesse und der individuell möglichen Blickwinkel, (vgl. Jung 2002).

Im Folgenden stelle ich eine Möglichkeit vor, die dargestellten hermeneutischen Prinzipien in der und für die Pflegepraxis anzuwenden.

### 6.3 Situationsverstehen

Bräutigam (2003) skizziert Situationsverstehen im Pflegeprozess als eine Option professioneller Pflege, um zu Bedeutungen zu gelangen und diese zu verstehen. Bräutigam (2003) unterscheidet hierzu den analytischen Zugang vom phänomenologischen Zugang. Wobei sich der analytische Zugang an kognitiven Verarbeitungsprozessen wie dem Langzeit und Kurzzeitgedächtnis und der phänomenologische Zugang sich an Erfahrungswissen und Intuition orientiert.

Bräutigam (2003, 122) beschreibt den Problemlösungsprozess analytischer Natur in vier Schritten analog zur Informationsverarbeitungstheorie:

- **Hinweisaufnahme:** Informationen werden vom Kurzzeitgedächtnis gespeichert
- **Hypothesenbildung:** Mittels Erinnerungen aus dem Langzeitgedächtnis werden rasch und mittels geringer Informationen Hypothesen gebildet.
- **Hinweisinterpretation:** Hinweise bestätigen die Hypothese, bewerten sie neutral oder sind eine Veranlassung die Hypothese zu entkräften.
- **Hypothesenbewertung:** Je nach der Bewertung wird die Hypothese verworfen und nach neuen Erklärungen gesucht, oder bestätigt (vgl. Bräutigam 2003).

Mittels rein analytischen Zugangs kann in komplexen Situationen eine kognitive Überlastung und eine rasche Hypothesenbildung mit bruchstückhaften Informationen entstehen (vgl. Bräutigam 2003). Um in der einzigartigen Situation einer Klientin ein Problem aus dem Ganzen erkennen und bearbeiten zu können, braucht es mehr als ein reduktionistisches, analytisches Denken. So wird der phänomenologische Zugang mit dem Erfahrungswissen und der Intuition hinzugezogen. Benner und Wrubel (1982) unterscheiden zwischen theoretischem Wissen, dem 'knowing that' und dem Erfahrungswissen 'knowing how'. Im Situationsverstehen wird das theoretische Wissen mit Erfahrungswissen und Intuition abgeglichen (vgl. Bräutigam 2003). Das Erfahrungswissen beinhaltet Erfahrungen über Verhaltensweisen,



Wahrnehmungen und Gefühle der Klientinnen. „*Intuition kann als unbewusster Prozess des Verstehens definiert werden, der zum analytisch-diskursiven Denken in einem komplementären Verhältnis steht*“ (Bräutigam 2003, 130). Wie stark ausgeprägt die Intuition ist, hängt von der Persönlichkeit ab. Intuition und Erfahrungswissen können nicht sofort begründet werden, sind aber wesentliche Bestandteile der Beurteilung einer komplexen Situation und des Situationsverstehens (vgl. Bräutigam 2003). Es werden im Situationsverstehen keine Details herausgearbeitet, sondern die Situation in ihrer Bedeutung erfasst (vgl. Bräutigam 2003) und versucht, diese zu verstehen. Bräutigam (2003) stellt ein Modell zum Situationsverstehens im Pflegeprozess vor.

Im Modell von Bräutigam (2003) werden fünf Phasen zur Verringerung der hermeneutischen Differenz beschrieben:

**Phase I:** Die Beteiligten treffen aufeinander, wobei jeder sein Vorverständnis hat. Die Pflegeperson versucht Abweichungen des 'Üblichen' zu erfassen. Hier läuft ein intuitiver Prozess zur Verringerung der hermeneutischen Differenz. Es findet ein vorläufiges Verstehen statt, wobei die Pflegeperson durch ein kritisches reflexives Hinterfragen des eigenen Vorverständnisses Fehlerquellen verringern kann. Diese Phase ist ein Prozess, der sich durch den ersten hermeneutischen Zirkel wie bereits erwähnt kennzeichnet (vgl. Bräutigam 2003).

**Phase II:** In dieser Phase geht es darum, ein vorläufiges Verständnis in ein validiertes Verständnis zu verwandeln, indem die Pflegeperson die Klientin mit dem von ihr Verstandenen im gemeinsamen Austausch konfrontiert, um die hermeneutische Differenz zu verringern und die subjektive Sicht der Klientinnen zu fördern. Es wird keine völlige Kongruenz geben, aber eine ausreichende Basis des Verstehens, die eine professionelle Bearbeitung im Pflegeprozess erlaubt (vgl. Bräutigam 2003).

**Phase III:** Um die professionelle Situationsdeutung weiterführen zu können, wird auf Erfahrungswissen zurückgegriffen. Dabei wird mit dem analytischen Ansatz die Situation systematisch bearbeitet. „*Eine ausschließlich intuitive Bearbeitung der Situation, wie dies für die Stufe des Experten bei Benner (1994) beschrieben wird, wäre unzureichend*“ (Bräutigam 2003, 137). Wobei die vorher erwähnte Intuition es erst ermöglicht, die spezielle Bedeutung einer Situation zu erkennen und somit erst das systematische Vorgehen ermöglicht. In dieser dritten Phase wird versucht, im Dialog einzelne Elemente einer Situation im Gesamten zu erkennen (vgl. Bräutigam 2003).

**Phase IV:** In dieser Phase wird den Klientinnen in der Interaktion eine professionelle Position durch die Pflege geboten. *„Dabei bezieht sie einerseits Gegebenheiten der Klientensituation mit ein und andererseits können Mitgegebenheiten und Nichtgegebenes zur Schaffung einer alternativen Perspektive herangezogen werden“* (vgl. Bräutigam 2003).

**Phase V:** Es wurde eine Arbeitsbasis geschaffen, in der es jedoch weiterhin dialogisch vorzugehen gilt (vgl. Bräutigam 2003).

Geschichtenerzählen und das Situationsverstehen im Pflegeprozess stellen gute Möglichkeiten dar, um in der Pflegepraxis die Bedeutung der Klientin herauszufinden und gezielt mittels psychosozialen NANDA-I-Pflegediagnosen diagnostizieren zu können.

Ohne Verständnis für die Bedeutungen der Frauen kann das Diagnostizieren zu einem Stochern im Nebel werden und zu einer Anhäufung von Pflegediagnosen führen, die zwar eine mögliche Ursache eines Problems der Frau benennen können – aber damit nicht zwangsläufig richtig liegen müssen, wie die Tabelle mit ihrer großen Zahl an Pflegediagnosen vorher zeigen soll. Beispielsweise könnte eine Frau auf den durch die Chemotherapie ausgelösten Haarausfall mit Todesangst reagieren. Es wird der Frau nichts nützen, wenn ihr die Pflegeperson vorschlägt, dass sie sich eine schicke Kopfbedeckung zulegen soll in der Annahme, dass die Klientin das Problem Haarverlust im Zusammenhang mit dem Verlust der Attraktivität sieht.

Pflegediagnosen werden als nicht wertfrei kritisiert (vgl. Kesselring 1999), deshalb erscheint es aus der Perspektive dieser Arbeit wünschenswert, weg von Ansammlungen von Pflegediagnosen zu kommen und den Diagnoseprozess mittels hermeneutischen Verstehens zu bestreiten. Dazu ist es nötig, dass sich die Pflegeperson auch im Klaren ist, dass ihre Position eine bedingte ist. Dieses Bewusstsein der eigenen Bedingtheit wiederum ermöglicht eine Transparenz auf jene Theorien, denen sich Situationsverstehen im Pflegeprozess wesentlich verdankt. Das Kapitel 'Reise durch den Brustkrebs' macht zwar deutlich, dass jede Frau der Krankheit und deren Auswirkungen auf ihr Leben eine andere Bedeutung zumisst, jedoch genügt diese Erkenntnis alleine noch nicht, um die Bedeutungen zu verstehen. Ich erinnere an das Beispiel einer Frau, die die Chemotherapie für einen kleinen Preis hält, den sie zu zahlen hat, wenn es um ihr Leben geht. Eine andere Frau beschreibt ihre Erfahrungen mit den Chemotherapien als Horror, und wollte eine erneute Therapie nicht mehr durchführen. Erst als man ihr sagte, diese Therapie gäbe ihr weitere 10-12 Monate in denen vielleicht weitere wirksame Therapien entwickelt werden, willigte sie in die Chemotherapie ein (vgl. Lindop & Cannon

2001). Dieses Beispiel dient der Erläuterung, dass die unterschiedlichen Bedeutungen, die die Frauen ihrer Krankheit verleihen, Konsequenzen für die Behandlung und die Bewältigung der Krankheit haben. Daher erscheint es unumgänglich, sich diesen Bedeutungen zu nähern und sie zu verstehen.

Das Vorverständnis der Pflegeperson darüber, was es bedeuten kann, an Brustkrebs erkrankt zu sein, vergrößert sich durch ihr theoretisches Wissen darüber, aus welchen Quellen sich Bedeutungen speisen können. Sowohl die Kenntnis über subjektive Theorien als auch Theorien über Bedeutungszuschreibung und Bedeutungsherstellung sind hilfreich dabei, die Klientinnen in der Bewältigung ihrer Krankheit zu unterstützen. Ein Lymphödem erscheint aus der biomedizinischen Sicht zunächst als körperliche Einschränkung. Die auf den ersten Blick nicht sichtbaren psychosozialen Auswirkungen des Lymphödems sind untrennbar mit den Bedeutungen, die die Frauen ihm zuschreiben verbunden. Abgesehen von der körperlichen Einschränkung, können sich Frauen als hilflos erleben und das Gefühl ihrer Selbstständigkeit verlieren. Da das breite Spektrum der möglichen Bedeutungen nicht vollständig erfasst werden kann, sind Theorien hilfreich, die diese Bedeutungen kategorisieren, systematisieren, in Entstehungszusammenhänge einordnen, und sie so in ihrer Vielfältigkeit begreifbar machen. Theorien über subjektive Krankheitskonzepte die solche Konzepte als Ergebnis sozialer Interaktion verorten, leisten einen wertvollen Beitrag, die Frage zu klären, welche Blickwinkel und Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit überhaupt möglich sind. Theorien die sich mit der Bedeutung auseinandersetzen, schärfen den Blick dafür, dass Bedeutungen letztendlich konstruiert werden. Die Kenntnis der Konstruktionselemente ermöglicht analog zur Kenntnis der subjektiven Krankheitskonzepte die Verringerung der hermeneutischen Differenz, indem sie das Vorverständnis der Bedeutungen, die die an Brustkrebs erkrankte Frauen ihrer Krankheit zuschreiben, erweitern.

Die Unterstützung der Klientinnen bei der Bewältigung ihrer Krankheit gilt als integrale Komponente professioneller Pflege (vgl. Keil 2004, 664; zit. n. Schrems 2008, 32). Eine Unterstützung bei der Bewältigung ist ohne das Erkennen der speziellen Bedeutung nicht möglich.

Ein Beispiel soll hier die Komplexität der Zusammenhänge zwischen subjektiven Theorien, Konzepten zur Bedeutung und Coping-Theorien veranschaulichen.

'Mein Knoten bereitet mir Schmerzen, also kann es kein Krebs sein – Krebs ist schmerzlos' (vgl. Facione & Facione 2006). Diese Aussage einer an Brustkrebs erkrankten Frau hat weitreichende Auswirkungen, weil die betroffene Frau notwendige Untersuchungstermine nach hinten verschob. Ein Aspekt ihrer

subjektive Krankheitstheorie – 'Krebs ist schmerzlos', die hier auch als 'belief' im Sinne von Richer & Ezer (2000) verstanden werden kann, führt zu einer Handhabung, respektive Bewältigung dieser als Bedrohung wahrgenommenen Situation, erklärbar mit der Theorie von Lazarus. Wenn man Kenntnis über diese Theorien hat, wird man weniger schnell die subjektive Krankheitstheorie der Frau als Unsinn abtun, sondern kann leichter erkennen, dass auch in auf den ersten Blick merkwürdigen, ja seltsamen subjektiven Krankheitstheorien handlungsleitende Funktionen enthalten sind, die für die betroffene Patientin von größerer Glaubwürdigkeit sind als Aussagen des biomedizinischen Modells, über die sie möglicherweise erst gar nicht verfügt.

Ein wichtiger Aspekt der Diagnostik besteht in der Identifikation der Probleme der Klientinnen, um geeignete Interventionen setzen zu können. Wo die Richtigkeit der Diagnose vom Erkennen der Bedeutung des Problems abhängt, erscheint das Situationsverstehen als solches der reinen Klassifizierung mittels Pflegediagnosen überlegen. Die Anwendung psychosozialer Pflegediagnosen nach NANDA erscheint manchmal als Aufzählung unterschiedlicher Reaktionen auf bestimmte Ereignisse und Phänomene. Sie fragen zu wenig nach den individuellen Bedeutungen, die diesen Ereignissen und Phänomenen zugeschrieben werden.



## 7 Resümee

Bedeutungen, die an Brustkrebs erkrankte Frauen ihrer Krankheit verleihen, sind subjektiv. Das heißt, jede Frau macht ihre Erfahrungen im individuellen Zusammenhang ihres Lebens und versucht, diese Erfahrungen in ihr Leben und in ihr Bild ihres Lebens zu integrieren.

Um zu erfahren, welche Bedeutung ein Ereignis für eine Frau hat, genügt es nicht, die Vielzahl der Bedeutungen, wie sie in der 'Reise durch den Brustkrebs' begegnen wie eine Schablone anzulegen, sondern es gilt anzuerkennen, dass anscheinend gleiche Phänomene von jeder Person mit unterschiedlichen Bedeutungen versehen werden.

Wenn „*Pflege [...] Diagnose und Therapie menschlicher Reaktionen auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme*“ (Gordon & Bartholomeyczik 2001, 10) ist, dann löst die Pflege diese Aufgabe, indem sie die Anliegen der Frauen ernst nimmt. Dieses Ernstnehmen besteht zunächst einfach darin, anzuerkennen, dass eine an Brustkrebs erkrankte Frau ihrer Krankheit eine individuelle Bedeutung zuschreibt. Darin liegt der erste Schritt, ein Problem der Frau zu identifizieren und eine klientenrelevante Diagnose zu stellen. Der hermeneutische Zugang erscheint unter der Voraussetzung, sich selbst immer wieder der Bedingtheit des eigenen Standpunktes zu vergewissern, für die Erreichung dieses Ziels besonders geeignet, da er aus der Anerkennung der eigenen Bedingtheit weniger als andere Diagnoseklassifikationen zu normativen Diagnosen neigt und gelangt.

Gerade im Fall von an Brustkrebs erkrankten Frauen erscheint die Methode des Situationsverstehens im Pflegeprozess wie Bräutigam (2003) sie skizziert, als geeignetes Mittel zur Identifikation der Bedeutungen und Probleme der Frauen. Um ein im Sinne der Hermeneutik möglichst großes Vorverständnis darüber zu erhalten was es bedeuten kann an Brustkrebs erkrankt zu sein, trägt nicht nur das Erfahrungswissen der Pflegeperson bei, sondern auch die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Theorien über Bedeutungen, Krankheitstheorien und Krankheitsbewältigung. Die Pflegeperson muss um die Zusammenhänge zwischen Bedeutungen und den Quellen, aus denen sie sich speisen können, um subjektive Krankheitstheorien und den Zusammenhang zwischen Bedeutung, Krankheitstheorien und Coping Bescheid wissen.

Aus dem Blickwinkel und in der Terminologie des hermeneutischen Situationsverstehens – analog zu Bräutigams Phase IV – formuliert: die Erzählungen und Aussagen der Frauen sind das Gegebene, die Kenntnis der

die Bedeutungen der Frauen kategorisierenden und systematisierenden Theorien das Mit- und Nichtgegebene der hermeneutischen Situation im Diagnoseprozess.

Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Arbeit lassen sich Forderungen an die Pflegepraxis formulieren.

So erscheint eine Ergänzung der pflegerischen Aus- und Fortbildung um die hier skizzierten Aspekte des Situationsverstehens als wünschenswert. Das Wissen um diese Aspekte erhöht das Reflexionsniveau der Pflege, da es Bewusstsein schafft für die Vor-Urteils-Struktur des eigenen Standpunktes und der eigenen Wahrnehmungsprozesse. Dies bleibt aber nicht Selbstzweck für die Institution Pflege, sondern rückt das Wohl der Klientinnen in den Mittelpunkt des Interesses. Eine Pflege, die ihre Klientinnen nach der Bedeutung ihrer Krankheit fragt und diese Bedeutung auch versteht, wird womöglich schneller und effektiver, weil klientinnenbezogen, Maßnahmen setzen können, als eine Pflege, die in einem ersten Schritt eine Vielzahl möglicher Diagnosen liefern kann und in einem zweiten durch Interpretation des Klientinnenverhaltens diese Vielzahl zunächst wieder einschränken muss, ehe sie Interventionen planen und setzen kann, deren Wirksamkeit fragwürdig bleibt, da sie nicht auf Basis des Verstehens der Bedeutung zustande gekommen sind.

## Literaturverzeichnis

- Allen, A. (2002): The meaning of the breast cancer follow-up experience for the women who attend. In: *European Journal of Oncology Nursing*, 6 (3), 155-161.
- Antonovsky, A. (1979): *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arman, M.; Rehnsfeldt, A.; Lindholm, L.; Harmin, E.; Eriksson, K. (2004): Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. In: *International Journal of Nursing Practice*, 10, 248-256.
- Barral, M. R. (1969): Merleau-Ponty on the body. In: *Southern Journal of Philosophy*, 7, 171-179.
- Bauer, L. (2006): Operative Therapie des primären Mammakarzinoms. In: Ditz, S.; Diegelmann, C.; Isermann, M. (Hg.): *Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs. Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. 1. Aufl. Kohlhammer: Stuttgart, 39-41.
- Becker, H. (1984): Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 34, 313-321.
- Benner, P.; Wrubel, J. (1982): Skilled Clinical Knowledge: The Value of Perceptual Awareness. In: *Nurse Educator*, 7 (3), 7-11.
- Bennett, B.; Goldstein, D.; Lloyd, A.; Davenport, T.; Hickie, I. (2004): Fatigue and psychological distress – exploring the relationship in women treated for breast cancer. In: *European Journal of Cancer*, 40, 1689-1695.
- Berger, S.; Mosebach, H.; Wietek, P. (2008): *NANDA-I-Pflegediagnosen. Definitionen & Klassifikation 2007-2008*. 1. Aufl. Recom: Bad Emstal.
- Billhult, A.; Segesten, K. (2003): Strength of motherhood: nonrecurrent breast cancer as experienced by mothers with dependent children. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 122-128.
- Boehmke, M.; Dickerson, S. (2006): The diagnosis of breast cancer: transition from health to illness. In: *Oncology Nursing Forum* 33 (6), 1121–1127.
- Boyle, P.; Ferlay, J. (2005): Cancer incidence and mortality in Europe 2004. In: *Annals of Oncology*, 16, 481-488.
- Bräutigam, C. (2003): Situationsverstehen im Pflegeprozess. In: *Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e. V. (Hg.): Pflege und Gesellschaft. Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Fachtagung 2002*. Mabuse: Frankfurt am Main, 117–146.
- Buddeberg, C.; Sieber, M.; Wolf, C.; Landolt-Ritter, C.; Richter, D.; Steiner, R. (1994): Are Coping Strategies Related to Disease Outcome in Early Breast Cancer? In: *Journal of Psychosomatic Research*, (40) 3, 255-264.
- Buick, D.; Petrie, K. J. (2002): 'I know just how you feel': The validity of healthy women's perceptions of breast-cancer patients receiving treatments. In: *Journal of Applied Social Psychology*, 32 (1), 110-123.
- Cohen, J. A.; Welch, L. M. (2005): Einstellungen, Überzeugungen, Werthaltungen und Kultur als Stressmediatoren. In: Hill Rice, V. (Hg.): *Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft. Deutschsprachige Ausgabe hrsgg. v. P. Muijsers*. 1. Aufl. Hans Huber: Bern, 385-418.



- Cohen, M. Z.; Kahn, D. L.; Steevens, D. H. (1998): Beyond body image: the experience of breast cancer. In: *Oncology Nursing Forum*, 25, 835-841.
- Collie, K.; Long, B. C. (2005): Considering 'meaning' in the context of breast cancer. In: *Journal of Health Psychology*, 10, 843-853.
- Cowan, C.; Hoskins, R. (2007): Information preferences of women receiving chemotherapy for breast cancer. In: *European Journal of cancer Care*, 16 (6), 543-550.
- Coward, D. (1990): The lived experience of self transcendence in women with advanced breast cancer. In: *Nursing Science Quarterly*, 3, 162-169.
- Cowley, L.; Heyman, B.; Stanton, M. (2000): How women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer cope with their treatment: a risk management perspective. In: *Journal of Advances Nursing*, 31 (2), 314-321.
- Doganis, G.; Theodorakis, Y. (1995): The influence of attitude on exercise participation. In: Biddle, S. J. H. (Ed.): *European perspectives on exercise and sport psychology*. Human Kinetics, 26-49.
- Dubos, R.; J. (1968): *Man, medicine and environment*. Praeger: New York.
- Facione, N.; Facione, P. (2006): The cognitive structuring of patient delay in breast cancer. In: *Social Science & Medicine*, 63, 3137-3149.
- Farrell, C.; Heaven, C.; Beaver, K.; Maguire, P. (2005): Identifying the concerns of women undergoing chemotherapy. In: *Patient Education and Counseling*, 56, 72-77.
- Fife, B. L. (1994): The conceptualisation of meaning in illness. In: *Social Science & Medicine* 38(2), 309-316.
- Fife, B. L. (2005): The role of constructed meaning in adaptation to the onset of life-threatening illness. In: *Social Science & Medicine* 61(10), 2132-2143.
- Fischl, F.; Feiertag, A. (2005): *Wirtschaftsfaktor Brustkrebs. Werden Frauen und ihre Ängste instrumentalisiert?* Springer-Verlag: Wien.
- Fishbein, M.; Ajzen, I. (1975): *Beliefs, attitude, intention and behavior*. Don Mills: Ontario.
- Flick, U. (1991): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung*. In: Flick, Uwe (Hg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Asanger: Heidelberg, 9-28.
- Frank, A. W. (1995): *The wounded storyteller*. The University of Chicago Press: Chicago.
- Frank, A. W. (2001): Can we research suffering? In: *Qualitative Health Research*, 11 (3), 353-362.
- Frankl, V. E. (2005): *Ärztliche Seelsorge: Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Batthyány, A. (Hg.): 11. Aufl. Deuticke: Wien.
- Gadamer, H. -G. (1972): *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. 3. Aufl. Mohr: Tübingen.
- Glaus, A. (2006): *Fatigue*. In: Knipping C. (Hg.): *Lehrbuch Palliative Care*. 1. Auflage, Verlag Hans Huber: Bern. 247-256.
- Gordon, M.; Bartholomeyczik, S. (2001): *Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen*. 1. Aufl. Urban & Fischer: München.

- Gould, J.; Grassau, P.; Manthorne, J.; Gray, R. E.; Fitch, M. I. (2006): 'Nothing fit me': nationwide consultations with young women with breast cancer. In: *Health Expectations*, 9, 158-173.
- Gutzmann, A. (2006): Tumornachsorge als frauenärztliche Begleitung. In: Ditz, S.; Diegelmann, C.; Isermann, M. (Hg.): *Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs. Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. 1. Aufl. Kohlhammer: Stuttgart, 53-62.
- Halkett, G. K. B.; Arbon, P.; Scutter, S. D.; Borg M. (2005): The experience of making treatment decisions for women with early stage breast cancer: a diagrammatic representation. In: *European Journal of Cancer Care*, 14, 249-255.
- Halkett, G. K. B.; Arbon, P.; Scutter, S. D.; Borg M. (2007): The phenomenon of making decision during the experience of early breast cancer. In: *European Journal of Cancer Care*, 16, 322-330.
- Halldórsdóttir S. , Harmin E. (1997): Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. In: *Cancer Nursing* (20) 2, 120-128.
- Harcourt, D.; Frith, H. (2008): Women's experience of an altered appearance during chemotherapy: an indication of cancer status. In: *Journal of Health Psychology*, 13 (5), 597-606.
- Hauser, J. (2004): *Vom Sinn des Leidens*. Königshausen & Neumann: Würzburg.
- Herzlich, C.; Pierret, J. (1985): The social construction of the patient: Patients and illness in other age. In: *Social Science & Medicine* 20 (2), 145-151.
- Horsburgh, M. E. (2005): Salutogenese: Ursprünge der Gesundheit und Kohärenzgefühl. In: Hill Rice, V. (Hg.): *Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft. Deutschsprachige Ausgabe hrsgg. v. P. Muijsers*. 1. Aufl. Hans Huber: Bern, 209-230.
- Isermann, M. (2006): Aktuelle Entwicklungen in der psychoonkologischen Versorgung. DMP Brustkrebs, Risiken und Chancen. In: Ditz, S.; Diegelmann, C.; Isermann, M. (Hg.): *Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs. Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. 1. Aufl. Kohlhammer: Stuttgart, 15–20.
- Jacob, S. (2004): *Soziale Repräsentationen und Relationale Realitäten. Theoretische Entwürfe der Sozialpsychologie bei Serge Moscovici und Kenneth J. Gergen*. Deutscher Universitäts-Verlag: Wiesbaden.
- Jung, M. (2002): *Hermeneutik zur Einführung*. 2. Aufl. Junius: Hamburg.
- Kaiser, K. (2008): The meaning of the survivor identity for women with breast cancer. In: *Social Science & Medicine*, 67, 79-87.
- Katsares, I.; Sehouli, J.; Könsgen, D.; Mustea, A.; Lichtenegger, W. (2005): Subjektive Krankheitstheorien bei Patientinnen mit gynäkologischen Malignomen. In: David, M.; Siedentopf, F.; Siedentopf, J-P.; Neises M. (Hg.): *Willkommen und Abschied – Psychosomatik zwischen Präimplantationsdiagnostik und palliativer Karzinomtherapie*. Psychosozial-Verlag: Gießen, 165-169.
- Keating, N. L.; Guadagnoli, E.; Landrum, M. B.; Borbas, C.; Weeks, J. C. (2002): Treatment decision making in early-stage breastcancer: should surgeons match patients' desired level of involvement? In: *Journal for Clinical Oncology*, 20 (6), 1473–1479.

- Kesselring, A. (1999): Psychosoziale Pflegediagnostik: Eine interpretativ-phänomenologische Perspektive. In: *Pflege*, 12, 223-228.
- Kleinman, A. (1988): *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. Basic Books: New York.
- Knobf, M. T. (2007): Psychosocial responses in breast cancer survivors. In: *Seminars in Oncology Nursing*, 23, 1, 71-83.
- Kraus-Tiefenbacher, U.; Wenz, F. (2006): Strahlentherapie. In: Ditz, S.; Diegelmann, C.; Isermann, M. (Hg.): *Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs*. Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. 1. Aufl. Kohlhammer: Stuttgart, 42-47.
- Kraus, P. L. (1999): Body image, decision making, and breast cancer treatment. In: *Cancer Nursing*, 22, 6, 421-427.
- Kunkel, E.; Chen, E.; Okunlola, T. (2002): Psychosocial concerns of women with breast cancer. In: *Primary Care Update for Ob/Gyns*, 9 (4), 129-134.
- Landmark, B. T.; Wahl A. (2002): Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. In: *Journal of Advanced Nursing*, 40 (1), 112-121.
- Langenscheidt (2008): *Großes Studienwörterbuch Englisch*. Langenscheidt Verlag: Berlin, München, Zürich, New York.
- Lazarus, R. S. (2005): Stress, Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In: Hill Rice, Virginia (Hg.) *Deutschsprachige Ausgabe*. Muijsers, Patrick (Hg.): *Stress und Coping*. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft. 1. Aufl. Verlag Hans Huber: Bern, 231-263.
- Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*. Springer: New York.
- Lerner, M. (1971): Observer's evaluation of a victim: Justice, guilt, and veridical perception. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 20, 127-135.
- Lindholm, L. , Rehnsfeldt A. , Arman M. , Harmin E. (2002): Significant others' experience of suffering when living with women with breast cancer. In: *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16, 248-255.
- Lindop, E.; Cannon, S. (2001): Experiences of women with a diagnosis of breast cancer: a clinical pathway approach. In: *European Journal of Oncology Nursing* 5 (2), 91-99.
- Lipowski, Z. J. (1970): Physical illness, the individual and the coping process. In: *Psychiatry and Medicine*, 1 (2), 91-102.
- Lipowski, Z. J. (1983): Psychological reactions to physical illness. In: *Canadian Medical Association Journal*, 128 (9), 1069-1072.
- LoBiondo-Wood, G.; Haber, J. (2005): *Pflegeforschung. Methoden. Bewertung. Anwendung*. 2. Aufl. Elsevier GmbH: München.
- Luker, K. A.; Beaver, K.; Leinster, S. J.; Owens, R. G. (1996): Meaning of illness for women with breast cancer. In: *Journal of Advanced Nursing*, 23 (6), 1194-1201.
- Lyon, B. L. (2005): Stress, Bewältigung und Gesundheit: Konzepte im Überblick. In: Hill Rice, V. (Hg.): *Stress und Coping*. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft. Deutschsprachige Ausgabe hrsgg. v. P. Muijsers. 1. Aufl. Hans Huber: Bern, 25-47.

- 
- Mayer, H. (2007): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 2 Auflage. Facultas Universitätsverlag: Wien.
- Mc Phail, G.; Wilson, S. (2000): Women's experience of breast conserving treatment for breast cancer. In: *European Journal of Cancer Care*, 9, 144-150.
- Melchert, F. (2006): Was ist Brustkrebs? Epidemiologie, Onkogenese, Risikofaktoren des Mammakarzinoms. In: In: Ditz, S.; Diegelmann, C.; Isermann, M. (Hg.): *Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs. Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. 1. Aufl. Kohlhammer: Stuttgart, 21-36.
- Meyerowitz, B. E. (1980): Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. In: *Psychological Bulletin*, 87 (1), 108-131.
- Müller-Straub, M.; Lavin, M. A.; Needham, I.; van Achterberg, T. (2007): Meeting the criteria of nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEFP. In: *International Journal of Nursing Studies*, 44 (5), 702-713.
- Nordin, K.; Berglund, G.; Glimelius, B.; Sjöden, P. (2000): Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. In: *European Journal of Cancer*, 37 (3), 376-384.
- O'Mahony, M. (2001): Women's lived experience of breast biopsy: a phenomenological study. In: *Journal of Clinical Nursing*, 10, 512-520.
- Park, C. L.; Folkman, S. (1997): Meaning in the context of stress and coping. In: *Review of General Psychology*, 1, 115-144.
- Perreault, A.; Fothergill Bourbonnais, F. (2005): The experience of suffering as lived by women with breast cancer. In: *International Journal of Palliative Nursing*, 11 (10), 510-519.
- Pluchinotta, A. M. (1994): A subjective view of breast cancer seen through the eyes of women in history. In: *The Breast*, 3, 230-234.
- Price, B. (1990): *Body Image, nursing concepts and care*. Prentice Hall: New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore.
- Pschyrembel, W. (2004): *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. 260. Auflage. Walter de Gruyter Verlag: Berlin.
- Radina, M.; Armer, J. (2001): Post-Breast Cancer Lymphedema and the Family: A Qualitative Investigation of Families Coping with Chronic illness. In: *Journal of Family Nursing*, 7, 281-299.
- Remmers, H. (2001): Belastungs- und Verarbeitungsprobleme bei Patientinnen mit Brustkrebs – Anforderungen an pflegerische Betreuungs – und Unterstützungskonzepte. In: *Pflege*, 14, 367-376.
- Renton, J. P.; Twelves, C. J.; Yullie F. A. P. (2002): Follow-up in women with breast cancer: the patient's perspective. In: *The Breast*, 11, 257-261.
- Richer, M. C.; Ezer, H. (2000): Understanding beliefs and meanings in the experience of cancer: a concept analysis. In: *Journal of Advanced Nursing* 32 (5), 1108–1115.
- Rieber, A.; Brambs, H. S.; Diederichs C. G.; Kreienberg R. (2002): Bildgebende Verfahren: Früherkennung und Diagnostik. In: Kreienberg, R. (Hg): *Management des Mammakarzinoms*. 2. Aufl. Springer: Berlin, 77-102.

- Rosenwald, G. C.; Ochberg, R. L. (1992): Introduction: Life stories, cultural politics, and self-understanding. In: Rosenwald, G. C.; Ochberg, R. L. (Hg): *Storied lives: The cultural politics of self-understanding*. Yale University Press: New Haven, London. 1-18.
- Sabo, B.; St-Jacques, N.; Rayson, D. (2007): The decision-making experience among women diagnosed with stage I and II breast cancer. In: *Breast Cancer Research and Treatment*, 102, 51-59.
- Sampson, E. E. (1998): Life as an Embodied Art: The Second Stage – Beyond Constructionism In: Bayer, B.M.; Shoter, J (Eds.): *Reconstructing the Psychological Subject: bodies practices and technologies*. Sage: London, 21-32.
- Schmid-Büchli, 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. In: *Pflege*, 18, 345-352.
- Schoppmann, S.; Schnepf, W. (2001): Körper, Leib und Pflege. In: *Psych Pflege*, 7, 252-257.
- Schrems, B. (2003): *Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege*. 1. Aufl. Facultas: Wien.
- Schrems, B. (2006): Interpretative Fallarbeit. Brückenschlag zwischen Theorie und Praxis am Beispiel der Pflegediagnostik. In: Mayer, H.; Sittner, E. (Hg.): *Selbstorganisiertes Lernen. Gelebte Konzepte zur aktiven Herstellung von Wissen*. Facultas: Wien, 99–114.
- Schrems, B. (2008): *Verstehende Pflegediagnostik. Grundlagen zum angemessenen Pflegehandeln*. Facultas: Wien.
- Schussler, G. (1992): Coping strategies and individual meanings of illness. In: *Social Sciences & Medicine*, 34 (4), 427-432.
- Söling, U. (2006): Adjuvanter und palliativer Einsatz von Chemo-, endokriner und Antikörpertherapie. Aktuelle Therapieempfehlungen. In: Ditz, S.; Diegelmann, C.; Isermann, M. (Hg.): *Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs. Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. 1. Aufl. Kohlhammer: Stuttgart, 48-52.
- Steffen-Bürgi, B. (2006): Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Knipping, C. (Hg): *Lehrbuch Palliative Care*. 1. Aufl. Verlag Hans Huber: Bern, 30-38.
- Taylor, E. J. (2000): Transformation of tragedy among women surviving breast cancer. In: *Oncology Nursing Forum*, 27 (5), 781-788.
- Thibodeau, J.; MacRae J. (1997): Breast cancer survival: a phenomenological inquiry. In: *Advances in Nursing Science*, 19, 65-74.
- Thomas-Mac Lean, R. (2004a): Memories of Treatment: The Immediacy of Breast Cancer. In: *Qualitative Health Research*, 14, 628-643.
- Thomas-Mac Lean, R. (2004b): Understanding breast cancer stories via Frank's narrative types. In: *Social Science & Medicine*, 58, 1647-1657.
- Thomas-Mac Lean, R. (2005): Beyond dichotomies of health and illness: life after breast cancer. In: *Nursing Inquiry*, 12 (3), 200-209.

- 
- Thompson, S. C.; Janigian, A. S. (1988): Life schemes: A framework for understanding the search for meaning. In: *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 260-280.
- Thorne S.; Murray C. (2000): Social construction of breast cancer In: *Health Care for Woman International*, 21, 141-159.
- Williams, S.; Schreier M. (2005): The role of education in managing fatigue, anxiety, and sleep disorders in women undergoing chemotherapy for breast cancer. In: *Applied Nursing Research*, 18, 138-147.
- Wittgenstein, L. (2001): *Philosophische Untersuchungen. Kritisch-Genetische Edition.* Schulte, J. (Hg.): *Wissenschaftliche Buchgesellschaft: Frankfurt/M.*
- Wotjak, G. (1990): Bedeutung. In: Sandkühler, H. J. (Hg): *Europäische Enzyklopädie zu Philosophie und Wissenschaften.* Verlag Felix Meiner: Hamburg. 331-337.
- Zeimet, A.; Frank, A.; Wiesbauer, P.; Schwarzl, S. (2007): *Systemische Malignomtherapie in der Gynäkologischen Onkologie. Ein Leitfaden für Ärzte und Pflegepersonen.* Springer: Wien New York.
- Zimbardo, P. G.; Gerring, R. J. (2004): *Psychologie.* 16. Aufl. Pearson Education Deutschland.

---

## **Abbildungsverzeichnis**

<b>Abbildung 1: „the context and attributes of beliefs and meanings“ (Richer &amp; Ezer 2000, 1111; übersetzt Bettina Winkler).....</b>	<b>67</b>
---	-----------

## **Tabellenverzeichnis**

<b>Tabelle 1: (Quelle: Hauser 2004, 26).....</b>	<b>27</b>
<b>Tabelle 2: Stationen der 'Reise durch den Brustkrebs' und NANDA-I-Pflegediagnosen (vgl. Berger et al. 2008) erstellt von Bettina Winkler.....</b>	<b>93</b>

## **Lebenslauf**

### **Persönliche Daten**

Bettina Winkler

Margaretenstraße 67/2/8

1050 Wien

[bettina.winkler@gmx.at](mailto:bettina.winkler@gmx.at)

\*02. Juli 1979 Wien

Staatsbürgerschaft: Österreich

### **Schulbildung/Ausbildung**

1985-89 VS Gaubitsch

1989-93 HS Laa/Thaya

1993-95 Fachschule für Ökologie, Land- und Hauswirtschaft Poysdorf

1995-98 Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeschule Hollabrunn

2004 Studienberechtigungsprüfung

2004-dzt. IDS Pflegewissenschaft Universität Wien

### **Beruflicher Werdegang**

1998-1999 Landespensionisten- und Pflegeheim Mistelbach

1999-2000 Volkshilfe, extramuraler Bereich im Bezirk Hollabrunn

2000-2002 Kaiserin Elisabeth Spital Wien, interne Abteilung

2002-dzt. Hanusch-Krankenhaus Wien, Geburtshilfe und Gynäkologie