

**Welche Bedeutung geben von Brustkrebs
betroffene Frauen ihrer Krankheit
und in welchem Zusammenhang steht diese
mit ihrer Biographie?**

Ingrid Brünner

Ingrid Brünner

Expertin für Psychosoziale Gesundheitsförderung (EU-Diplom)
Langjährige Erfahrung im Bereich der Erwachsenenbildung
Medizinisch-technische Assistentin
Verschiedene Ausbildungen im Bereich der komplementären Heilkunde

Berufliche und ehrenamtliche medizinische und psychosoziale Betreuung von krebserkrankten Menschen
Absolventin des Lehrganges für integrative Gesundheitsförderung zum MAS
(Master of Advanced Studies, college@inter-uni.net, Graz)

ingrid.bruenner.master@inter-uni.net

Dank

Diese vorliegende Arbeit wäre ohne meine Betreuerin, Frau Prof. Dr. Blättner, nicht das geworden, was wir heute vor uns sehen. Sie war mir in jeder Station der Ausarbeitung eine große Hilfe und brachte immer wieder durch Ideen und konstruktive Kritik eine neue Dimension der Arbeit zum Vorschein. Auch für ihre Geduld und Ausdauer möchte ich mich herzlich bedanken. Es kann sich niemand mehr Mühe mit einem Studenten machen, als das Frau Prof. Dr. Blättner mit mir getan hat – deshalb wünsche ich jedem, der das gleiche Ziel anstrebt wie ich, eine solche Professorin als Mentor.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung

1. Erkenntnisinteresse

- 1.1. Relevanz des Themas und Fragestellung**
- 1.2. Biographische Ereignisse und deren Einfluss**

2. Erkenntnisstand

- 2.1. Brustkrebsstudien**

3. Vorgehensweise

- 3.1 Grounded Theory als Forschungsstil**
- 3.2 Feldzugang**
- 3.3 Datenerhebung: das narrative Interview**
- 3.4 Datenanalyse: Kodieren und Memo schreiben**
- 3.5 Reichweite der Aussagen**

4. Ergebnisse der Forschungsarbeit

4.1 Interview von Frau Zorro

- 4.1.1 Beschreibung**
- 4.1.2 Krankheitsverlauf**
- 4.1.3 Krankheitsverlaufskurve im Vergleich**
- 4.1.4 Krankheitskonzept**
- 4.1.5 Beantwortung der Forschungsfrage in Bezug auf Frau Zorro**

4.2 Interview von Frau Fuchs

- 4.2.1 Beschreibung**
- 4.2.2 Krankheitsverlauf von Frau Fuchs**
- 4.2.3 Krankheitsverlaufskurve im Vergleich**
- 4.2.4 Krankheitskonzept**
- 4.2.5 Beantwortung der Forschungsfrage in Bezug auf Frau Fuchs**

4.3 Interview von Frau Gonzales

- 4.3.1 Beschreibung**
- 4.3.2 Krankheitsverlauf von Frau Gonzales**
- 4.3.3 Krankheitsverlaufskurve im Vergleich**
- 4.3.4 Krankheitskonzept**
- 4.3.5 Beantwortung der Forschungsfrage in Bezug auf Frau Gonzales**

4.4 Fallvergleichende Darstellung

5. Diskussion und Ausblick

- 6. Quellenverzeichnis**
- 7. Abbildungsverzeichnis**



www.inter-uni.net > Forschung

**Welche Bedeutung geben von Brustkrebs betroffene Frauen ihrer Krankheit und in welchem Zusammenhang steht diese zu ihrer Biographie?
Eine qualitative Studie unter Verwendung der *Grounded Theory*.
Zusammenfassung der Arbeit (redaktionell bearbeitet)**

Ingrid Brünner, mit Beate Blättner, Elke Mesenholl und P.C. Endler

Interuniversitäres Kolleg (college@inter-uni.net) 2004

Einleitung und Methodik

In der vorliegenden Arbeit wurde mit Hilfe der „Grounded Theory“ - Methode eine qualitative Studie erstellt, die sich mit der Frage nach biographischen Einflüssen bei der Bewältigung von Brustkrebs befasst. Um sich dem Thema zu nähern, wurden zunächst 10 Frauen befragt, wie sie ihre Erkrankung, ihre Therapie und die Zeit danach erlebt haben. Alle Frauen beschrieben, dass ihr Leben durch die Erkrankung verändert worden ist. Bei drei Frauen fanden wir genügend Aussagenmaterial, um dieses genauer zu untersuchen und miteinander zu vergleichen. Wie stark diese individuelle Veränderung für die jeweilige Frau war, versuchten wir explizit nachzuvollziehen. Für die vorliegende Arbeit wurde deshalb für den Leser eine Beschreibung der einzelnen Frauen erstellt, um sich in die Person und deren individuellen Lebensumstände besser hineinversetzen zu können. Anschließend wurde eine Krankheitsverlaufskurve der verschiedenen Frauen konstruiert, die sich sowohl an der medizinischen Sicht, als auch an der erlebten Situation orientierte. Diese individuellen Verlaufskurven wurden mit der Krankheitsverlaufskurve von Krebskranken von Corbin und Strauss verglichen. Keine unserer Frauen war mit diesem vorgegebenen Kurvenverlauf kongruent.

Wir befassten uns anschließend mit der Frage nach dem individuellen Krankheitskonzept. Hier wurden die persönlichen Einstellungen und Bewältigungsstrategien beleuchtet.

Als letzten Punkt widmeten wir uns unserer Hauptforschungsfrage, welche Bedeutung von Brustkrebs betroffenen Frauen ihrer Erkrankung geben, und in welchem Zusammenhang diese Bedeutung mit ihrer Biographie steht.

Ergebnisse und Diskussion

Dabei wurde beobachtet, dass die psychische und soziale Veränderung der Frauen nach der Erkrankung unabhängig von dem Schweregrad der Erkrankung war und dass die Veränderungen je nach individuellen, psychischen und biographischen Gegebenheiten variierten. Das Reservoir an persönlich verfügbaren Bewältigungsstrategien trug dazu bei, die Erkrankung psychisch zu verkraften und eine Neugestaltung des Lebens entwickeln zu können. Welche

Bewältigungsstrategien im Laufe des Lebens entwickelt worden sind, hing wiederum von dem biographischen Verlauf des Lebens der Interviewpartnerin ab.

Es fanden sich zwei Anteile in diesen Bewältigungskonzepten: die erste Phase des Abwerfens von Ballast und die zweite Phase der Entwicklung eines persönlichen Gesundheitskonzeptes.

Die Ballastabwurfphase bedeutet, dass das frühere Leben in Verbindung mit der Erkrankung gebracht wird. Negative Ereignisse aus der Vergangenheit werden bewusst oder auch versteckt als Ursache für die Erkrankung angegeben. Bei der persönlichen Ursachenforschung stoßen die Frauen auch auf die Sinnfrage ihrer Erkrankung, und welche Konsequenzen sie daraus ziehen könnten. Ebenso wird die im Laufe des Lebens entwickelte Rolle hinterfragt und mehr oder weniger stark verändert. Die individuellen Tabuthemen, die aus persönlichem Erleben heraus entwickelt wurden oder teils auch aufgrund gesellschaftlicher Normen entstanden sind werden meistens benannt und gezielt bearbeitet. Dabei ist das Ablegen von alten Werten und Normen wichtig, die aufgrund der Biographie übernommen wurden und zur Einengung der Persönlichkeit beitragen. Der Abwurf von Ballast beinhaltet also aus der Biographie begründete „Altlasten“, die als negativ identifiziert wurden und an Bedeutung gewonnen haben, zum Teil aus der Sichtweise heraus, alles Negative, was der Genesung und der Heilung im Wege stehen kann, abzuschütteln, zum Teil aber auch aus dem Blickwinkel der Endgültigkeit, die eine solche Diagnose auch mit sich bringt und der Konsequenz, dass man alles regeln möchte, was auf der „Lebensrechnung“ noch offen erscheint.

Der zweite Ansatz stellt das individuelle Gesundheitskonzept dar: Der Wunsch nach Selbstbestimmung entwickelt sich schon kurz nach der Diagnosestellung und bei der Konfrontation mit der Therapie. Damit ist meistens ein Wandel des Selbstbildes verbunden, der entweder äußerlich durch die Therapie stattfindet, oder durch das Setzen von ganz persönlichen Prioritäten. Es setzt zwangsläufig durch die Erkrankung und durch die Therapie eine Veränderung des Körpergefühls und der Körperwahrnehmung ein, die – vor allem am Anfang – von Unsicherheit und Ängsten begleitet ist. Später konzentriert sie sich auf die Genesung und die Gesunderhaltung des Körpers. Es werden also die körperlichen Kräfte und seelischen Ressourcen zentralisiert, um die eigene, sehr spezifische Gesundung herbeiführen zu können. Mit welchen Mitteln dieses Konzept verwirklicht werden kann, ist individuell verschieden. Ein gesundes soziales Umfeld kann sehr hilfreich für die betroffene Frau bei der Bewältigung ihrer Krankheit sein, und es entsteht enge Verbundenheit. Genauso kann ein ungesundes soziales Umfeld durch Selektion seitens der Betroffenen zu Konsequenzen führen, die Trennung und Ablösung beinhalten, wenn sie als destruktiv bzw. unproduktiv identifiziert werden.

Das Gesundheitskonzept von betroffenen Frauen wird also aufgrund der neu entstandenen Situation entworfen und verwirklicht – angelehnt an Erfahrungen und Erlebnisse ihrer Biographie, aber auch aus den persönlichen Erfahrungen während ihrer Erkrankung. Diese Krankheits- und Therapiephase hat eine ganz besondere Bedeutung im Leben der von

Brustkrebs betroffenen Frauen. Diese messen den persönlichen Erlebnissen ganz besondere Bedeutung zu, welche ihr späteres Handeln – sowohl auf der psychischen als auch auf der sozialen Ebene – maßgeblich beeinflusst.

1. Erkenntnisinteresse

Es hätte jede Gruppe von Menschen nach ihrem Lebenslauf befragt werden können, bestimmt wären auch hier einige interessante Punkte gefunden worden, die eine Masterthesis-Arbeit gefüllt hätten. Da sich die Autorin besonders der Gesundheitsförderung von Frauen mit Brustkrebs verschrieben hat und herausfinden wollte, welche Hilfestellung betroffenen Frauen gegeben werden kann, fiel die Auswahl auf dieses Thema. Dass dieses Thema von besonderer Relevanz ist, möchten folgende Zahlen beweisen: das Mammakarzinom stellt mit Abstand die häufigste Krebserkrankung der Frau dar. 1995 wurden in Deutschland 42700 neue Brustkrebserkrankungen diagnostiziert. Im Laufe ihres Lebens erkrankt jede 7. Frau an Brustkrebs. (Url: http://www.mamazone.de/01_mamazone/wiewirarbeiten/buchtipps.html#15) (Stand 27.05.04). Da auf dem psychoonkologischen Sektor zwar sehr viele quantitative Studien zur Erfassung von Einflussfaktoren forciert werden, dabei aber meistens nur weitere Zahlen zum Beleg von schon bekannten Sachverhalten ermittelt werden, sollte eine qualitative Studie dazu beitragen, neue Gesichtspunkte aufzudecken, wie es in der Grounded Theory Methode begründet liegt.

1.1. Relevanz der Fragestellung

Wie bei der Entwicklung von Theorie bei der „Grounded Theory“-Methode üblich, stand am Anfang nur fest, dass die betroffenen Frauen auf das Erleben ihrer Erkrankung und Therapie befragt werden sollten. Im Vordergrund des Interesses stand die Frage, ob psychologische und soziale Faktoren gefunden werden können, die die Krebsinzidenz beeinflussen und welche subjektive Meinung betroffene Frauen dazu haben. Welches Ausmaß die einzelnen Interviews annehmen, welche Erlebnisse im Leben der Frauen erzählt werden würden, konnte nicht erahnt werden. Erst durch die Interviews wurde die

Verbindung mit der Biographie der Betroffenen geknüpft und es entstand die Forschungsfrage: Welche Bedeutung geben von Brustkrebs betroffene Frauen ihrer Krankheit und in welchem Zusammenhang steht diese Bedeutung zu ihrer Biographie?

1.2 Welche biographischen Ereignisse haben für Menschen eine besondere Bedeutung und haben diese Einfluss auf die körperliche und seelische Gesundheit?

Diese Frage wurde in einer Vielzahl von Studien bereits untersucht und es wurde belegt, dass negative, tiefgreifende Veränderungen der Lebenssituation, die mittels einer Scala erfasst werden können (LCU = life change units) zu einer erhöhten Erkrankungsrate führen. Besonders soll hier erwähnt werden, dass der Tod eines nahen Angehörigen und/oder Freundes die wichtigsten Risikofaktoren darstellen, die eine schwere Krankheit bedingen können. Aber auch Scheidungssituationen, Gefängnisaufenthalte, eine schwere Krankheit oder ein Unfall u.v.a. können Krankheit auslösen. Dabei kann beobachtet werden, dass die Anpassungsleistung des Einzelnen individuell starke Unterschiede zeigt. Je größer die Anpassungsleistung im Leben eines Menschen, desto höher ist das Risiko krank zu werden. (Zimbardo,1999, S. 377). Das heißt also, dass die Vielzahl von negativen Ereignissen im Leben eines Menschen gleichzeitig das Krankheitsrisiko erhöht.

Welche Ereignisse allerdings für den Einzelnen besonders wichtig sind, wird unterschiedlich von demjenigen bewertet, der damit konfrontiert wird. Solche Ereignisse können entweder mittels Abwehr- oder verschiedenen Copingstrategien bewältigt werden. Wir sind dieser Frage nachgegangen und haben bei den Interviewanalysen die verschiedenen Aspekte der Bewältigung beleuchtet. Unsere Interviewpartnerinnen sprachen alle von ihren negativen biographischen Erlebnissen vor ihrer Erkrankung - manchmal direkt, manchmal indirekt – die entweder durch problemzentrierte, manchmal durch emotionszentrierte Bewältigungsstrategie bearbeitet wurde.

Wichtig war der Autorin vor allem, dass die gefundenen Aspekte nicht von Fachleuten konstruiert worden ist, sondern ihren Ursprung in den Erkenntnissen der betroffenen Frauen hatten, damit durch sie anderen Frauen Sichtweisen vermittelt werden können, die zur besseren Bewältigung dieser Krankheit beitragen können. Diese Erkenntnisse sollten eine praktische Anwendbarkeit beinhalten, um ein Konzept für diese Frauen zu entwickeln. Nichts desto Trotz fanden sich sehr viele psychologische Konzepte, die sich mit den einzelnen Aspekten beschäftigten und wurden deshalb der Vollständigkeit halber – auch aus der Sichtweise der Wissenschaftlichkeit – angefügt.

2. Erkenntnisstand

Qualitative Forschung erlebte in den letzten 20 Jahren eine Renaissance, da sie viele Jahre als „unwissenschaftlich“ und „unseriös“ galt. Ihr inzwischen erreichter hoher Entwicklungsstand sowie umfangreiche und kaum mehr zu überblickende Vielfalt qualitativer Forschungsansätze und –Projekte lassen den Rückschluss zu, dass immer mehr Forscher sich dieser Methode bedienen, um weitere Grundlagen zu entdecken, die mittels quantitativer Studien im Unklaren bleiben würden.

Die sehr spezielle Grounded Theory Methode wird momentan in Deutschland auf vielfältigster Weise in völlig unterschiedlichen Fachbereichen etabliert und diese Studie soll dazu beitragen, einen weiteren Anwendungsbereich sichtbar zu machen.

Da die Grounded Theory Methode vor allem in den USA – im Herkunftsland von Glaser und Strauss – eingesetzt wurde, sind besonders viele Studien dazu auffindbar. Mit dem Thema Krebs und Grounded Theory haben sich einige Forscher befasst, die wichtigste davon ist Avis Austin, die mit Hilfe eines Computerinterviews Frauen aus ganz Amerika für ihre Studie gewinnen konnte. Sie fand heraus, dass es einen Zusammenhang zwischen Brustkrebs und persönlichem Wachstum und Sinnggebung des Lebens gibt. Juliet Corbin/Anselm Strauss untersuchten mit Hilfe von Grounded theory „Chronic illness and the Quality of life“. Ross Gray befasste sich mit dieser Methode

„womans cancer and sexuality“. Karin Olsen untersuchte den Zusammenhang zwischen „Breast cancer and behaviour“.

Andere Forscher, die andere Forschungsstile benutzt und besondere Bedeutung auch im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit haben, sind Rahe 1967, der „stressful life events“ untersucht hat, Prof. Dr. Volker Tschuschke, 1993, „Psychosoziale Krankheitsbewältigung“ und 1994, „geeignete und ungeeignete Copingstrategien“ untersucht hat, Frau Prof.Dr. Blättner/Dr. Simone Kreher, „Welche Gesundheit brauchen Frauen?“ hinterfragt haben, „Existentialism“ (Yalom, 1980), General Adaptation Syndrome (Seyle, 1978), und „Posttraumatic growth“ (Tedeschi & Calhoun, 1995).

3. Vorgehensweise

3.1. Grounded Theory als Forschungsstil

Die Komplexität der individuellen Wirklichkeit gerecht zu werden, ist ein Anspruch, die durch Einzelfallstudien erzielt werden sollte. Einzelfallforschung in der klinischen Soziologie legt die Annahme zugrunde, dass Individuen in ihrer alltäglichen Lebenspraxis Muster ausbilden, die ihr Handeln typisch erwartbar werden lässt. (Ostermann und Matthiesen, 2003, S. 89/90). Glaser und Strauss entwickelten diese Grounded Theory Methode 1967. Die Grounded Theory wurde ursprünglich, wie der Name sagt, vor allem aus dem Impuls formuliert, eine Annäherung von theoretischer und empirischer Forschung einzuleiten, nach dem - wissenschaftstheoretisch gewiss naiven, forschungspragmatisch aber durchaus fruchtbaren - Grundsatz, Theorien in enger Tuchfühlung mit "sozialer Realität" zu erarbeiten. Sie wird heute vor allem mit dem Paradigma der [qualitativen Sozialforschung](#) verbunden; [Glaser & Strauss 1967](#) gingen in ihrem grundlegenden Werk - m. E. zu Recht - davon aus, dass sich "quantitative" Daten ebenso gut für die Erarbeitung einer G. T. eignen können wie "qualitative". Grundanliegen der G. T. ist, Theorien nicht abstrakt, sondern in möglichst intensiver Auseinandersetzung mit einem konkreten Gegenstand zu entwickeln. Daher finden sich in Deutschland auch manchmal die Bezeichnung "gegenstandsbezogene Theorie" oder (besser)

"empirisch begründete Theoriebildung". Allerdings ist keine dieser Übersetzungen wirklich zufriedenstellend, so dass (auch aus diesem Grund) in Deutschland vielfach die englische Bezeichnung verwendet wird.

Der Ansatz der G.T. enthält keine Anweisungen zur Datenerhebung und in der ersten Fassung nur sehr wenige zur Auswertung der Daten. Die wesentlichen Arbeitsschritte sind:

- Die Datenerhebung;
- das Codieren, d.h. die Bildung von Kategorien und die Zuordnung von Daten (Indikatoren) zu diesen;
- das Kontrastieren (constant comparison, "permanenter Vergleich") von Fällen zum Zweck der Überprüfung der Reichweite der bislang entwickelten Kategorien;
- das Theoretical Sampling, d. h. die Fallauswahl gemäß dem jeweiligen Stand der Datenauswertung und der daraus entstandenen Ideen, Konzepte und Fragen, auch mit dem Ziel, neue Vergleichsfälle zu generieren;
- das Schreiben von Memos, d.h. das Festhalten von Ideen, Notizen, Kommentaren, insbesondere zum jeweiligen Stand der Codierung – anhand der Memos soll im Verlauf der Forschung letztlich die Theorie entwickelt werden.

(Url:http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ilm_g1.htm)

Stand:01.06.04)

Wie wir aus den Ausführungen erkennen können, sind Glaser und Strauss der Meinung, dass ihre Methode Sozialwissenschaftler dazu ermutigen soll, Theorie für ihr Forschungsfeld zu generieren.

Bei der Methode von Grounded Theory handelt es sich um eine qualitative, komparative Analyse, die das Ziel hat, Theorie zu generieren. Diese Theorie sollte den Anspruch haben, ihre Offenheit, ihren Reichtum, ihre Komplexität und Dichte zu unterstreichen sowie ihre Angemessenheit und Relevanz zu verdeutlichen. (Glaser und Strauss, 1998, S. 41). Es sollte somit versucht

werden, die Theorie erst dann zu entwickeln, wenn sie sich dem Analysanten aufgrund der Bedeutsamkeit nahezu aufdrängt. Die Bedingung dazu ist allerdings, dass 1. der Analysant das Prinzip der Offenheit beherrscht – d.h. dass er nicht von Anfang an eine bestimmte Theorie belegt haben will, sondern sich offen neuen Erkenntnissen und Theorien gegenüber stellt, die sich aus den Interviews ergeben und sein Vorwissen zum Thema „suspendiert“. 2. der gleichschwebenden Aufmerksamkeit, wie sie eigentlich in der Psychologie entwickelt wurde, um dem Gegenüber möglichst viel Konzentration entgegen zu bringen, in dem man auf alle Feinheiten der Aussagen achtet und so nicht Gefahr läuft, seinen eigenen Neigungen Folge zu leisten und somit nicht in der Lage ist neue Erkenntnisse zu finden.

3.2. Feldzugang

Die Auswahl des zu beforschenden Feldes setzt als Anspruch voraus, dass sich die Autorin/der Autor mit diesem intensiv befasst hat, um über genügend Grundlagen zu verfügen, die das Verstehen der Situation des Interviewpartners gewährleisten. Allerdings sollte darauf geachtet werden, dass sich der/die Forscher/in mit Personen auseinandersetzt, die ihm möglichst fremd sind, da er selbst als Fremder auftreten kann, denen die Forschungssubjekte deshalb etwas zu erzählen haben. Desto fragwürdiger wird für den Forscher die Alltäglichkeit des Lebenszusammenhangs der Forschungssubjekte, die für diese weitgehend fraglos ist. (Flick, 1995, S.258). Außerdem sind Personen, die auch nach Interview mit dem Interviewer in Kontakt stehen, in ihrer Erzählung befangener, um den Erwartungen des Gegenübers zu entsprechen, als fremde Menschen, die sich nie wiedersehen werden.

Aufgrund dieser äußeren Erkenntnisse plante die Autorin ihre Forschungssubjekte mittels einer Zeitungsannonce in der Tagespresse einer Süddeutschen Zeitung zu finden. Es fanden sich nur 4 Interviewpartnerinnen, die bereit waren, über ihre Erkrankung und ihr Erleben zu sprechen, darunter war Frau Zorro.

Die anderen Interviewpartnerinnen wurden durch völlig unterschiedliche Personen vermittelt. Frau Fuchs erfuhr von der vorliegenden Studie durch eine

Patientin der Autorin und meldete sich deshalb bei ihr. Diese sozialen Kontakte könnten aber der Grund sein, dass Frau Fuchs sehr wenig über ihre persönlichen Verhältnisse berichtet hat und es sei deshalb jedem anderen Forscher angeraten, sich völlig fremde Interviewpartner zu suchen, um offenere, sozial-unbelastetere Interviews führen zu können. Frau Gonzales erfuhr durch Zufall von dieser Studie und bot sich als Interviewpartnerin an. Sie war der Autorin zwar durch medizinische Interventionen bekannt, die persönlichen Verhältnisse von Frau Gonzales waren aber völlig unbekannt. Durch das offene Interview wurde Frau Gonzales nochmals mit ihrer Lebensgeschichte konfrontiert und sie weinte am Schluss ihrer Erzählung.

Die Interviewpartnerinnen kannten sich untereinander nicht.

3.3. Datenerhebung – das narrative Interview

Die vorliegende Studie wurde mit Hilfe des narrativen Interviews erstellt. Es handelt sich hierbei um eine spezielle Methode, um den Interviewpartner möglichst unbeeinflusst zu einer autobiographischen Stegreiferzählung zu bewegen, die von ihm in seiner momentanen Situation, seinen momentanen Gefühlen und Eindrücken als Gesamtkonstrukt präsentiert wird.

Es wird zunächst mit einer offenen Fragestellung auf eine vorher genau beschriebene Gruppe Menschen zugegangen, um Daten zu erheben. In unserem Fall wurde eine Gruppe von Frauen ausgewählt, die schon mehr als ein halbes Jahr ihre Brustkrebsdiagnose und Therapie überstanden hatten, um gewährleisten zu können, dass das nochmalige Durchleben der traumatischen Situation der Diagnosestellung die Frauen nicht unnötig belastet.

Als Eingangsfrage wurde gefragt: „Wie haben Sie Ihre Diagnose, ihre Erkrankung und ihre Therapie erlebt? Erzählen Sie mir bitte alles, was Ihnen zu diesem Thema wichtig erscheint!“

Durch die gewonnene Erfahrung mit der Formulierung der Fragestellung sollte genau beachtet werden, welche Auswirkung mit der Frage auf den Interviewpartner erzielt werden will. Im vorliegenden Fall war nicht klar, ob

medizinische Erfahrungen preisgegeben werden sollen, oder ob persönliche Erlebnisse von Interesse sind.

Die Fragestellung bezog sich also keineswegs auf die Biographie der betroffenen Frauen, sondern dieser Bezug entwickelte sich während der Analyse. Die Frauen erzählten ihre Erlebnisse ohne Unterbrechung der Autorin, es wurden nur nonverbale Signale wie Nicken und zustimmende Bewegungen und direkter Augenkontakt, welcher Aufmerksamkeit signalisieren sollte, gegeben. Erst als die Forschungssubjekte ihre Erzählung einstellten, fragte die Autorin bei unbefriedigender Sättigung des Gesamtbildes nach unterstützenden Personen nach. Ebenso wurde nach der Veränderung der Lebenssituation nachgefragt, um individuelle Konzepte kennen zu lernen. Nach dem Interview wurde von der Autorin das Erleben der Interviewsituation und die markantesten Aussagen im Interview aufgeschrieben und vor der Codierung des Textes nochmals rekapituliert, um sich in die Situation des Gegenübers hineinversetzen zu können und um keine eigenen, momentanen Stimmungsschwankungen in die Auswertung zu übertragen, wobei dies nie ganz ausgeschlossen werden kann.

Durch ein narratives Interview wurden die Daten erfasst, welches auf Tonband aufgezeichnet und von der Autorin selbst transkribiert wurden. Die Transkription ist ein sehr heikler Aspekt in der Erfassung von Daten. Die Theorie zur professionellen Transkription besagt, dass alles, was von dem Interviewpartner gesagt wird, erfasst werden sollte, selbst seine Gesprächspausen deren Länge sogar Ausschlaggebend sein kann. Dieser Aspekt wurde von der Autorin bei der Transkription vernachlässigt und nur mittels „Pause“ gekennzeichnet. Selbst das therapeutische „Hm“ und ihrer Darstellung hat 35 verschiedene Nuancen (Flick, 1995, S. 161) und deshalb wurde selbst dieses „Hm“ von der Autorin weitgehend unterlassen, um keine Beeinflussung des Gegenübers zu verursachen. Ein nicht zu verachtendes Problem war auch die Verschriftlichung des Dialekts und des Umgangsprachlichen. Bei Frau Zorro nahm dies so spezifische Formen an, dass dadurch bewusst geworden ist, dass sprachliche Ausdrucksformen, wie es bei bestimmten Dialekten, wie dem Süddeutschen der

Fall ist, nur von jemanden genau verstanden werden kann, der selbst aus diesem Bereich stammt. Ein Beispiel hierfür wäre: (Interview Zorro S. 4, Z: 7/8) „... Bernhard, ich hab´ nen Knoten, guck da oben – nee, wa, kann net sei.....“ Durch solche Aussagen könnten Missverständnisse entstehen, die bei dem Analysanten die Frage auslösen, ob es sich bei diesem Satz um einen Monolog handelt, der nach äußerer Bestätigung sucht, oder – und so versteht man es als Vertrauter des Dialekts – er verneinte ihre Vermutung mit „nee, wa, kann net sei....“ (Nein, ach, was denkst Du denn, das kann doch gar nicht sein!). Man sieht, durch solche Auffassungsvarianten sind Fehlerquellen bei der Analyse möglich, die ein vollkommen anderes Bild des Interviewpartners entstehen lassen.

Für diese Studie wählten wir anschließend Interviews aus, die persönliche Erfahrungen und Erlebnisse beinhalteten und vernachlässigten reine medizinische Erlebnisberichte, die aufgrund der Fragestellung entstanden sind. Die medizinischen Erlebnisberichte waren zum Teil auch sehr verwirrend von den Betroffenen dargestellt, da sich die eigenen Gedanken der Frauen mit den oftmals unverständlichen medizinischen Interventionen vermischten.

Nach dieser Selektion der Interviews wurde Zeile um Zeile untersucht. Es wurden Textstellen markiert, die eine emotionale Bedeutung für die Frauen hatten, aber auch Satzabbrüche, wo vermutet werden konnte, dass Bereiche bewusst oder unbewusst dem Gegenüber verborgen bleiben sollten. Entweder weil sie nicht in die Präsentation der Gesamterzählung passten, oder weil die Offenheit, dem Gegenüber Geheimnisse anzuvertrauen, leider nicht gegeben war.

Für diese Textstellen wurde ein Überbegriff gesucht, der „Code“, der auf die spezielle Situation passt, oder auf den sich der Interviewpartner an dieser Stelle bezieht. Theoretisch sollte dieser Teil als kreativer Prozess verstanden werden (Flick, 1995, S. 165), denn es werden nach besonders bedeutungsvollen Aussagen gesucht, die mittels detektivarbeitsgleicher Präzision ermittelt werden und dafür ein allgemeingültiger Begriff, der der Aussage gerecht wird, gesucht.

Besonders am Anfang bereitet dieser Prozess einen enormen Arbeitsaufwand, wenn er eingeübt werden muss. Besonders eindrucksvollen Aussagen mit einem Code zu belegen, bedeutete auch manchmal, eine Reduktion der Bedeutsamkeit durchzuführen.

Zu diesem „Code“ wurde dann ein Memo verfasst, in dem die äußeren Bedingungen der Interviewpartnerin konstruiert und anhand von Textstellen belegt wurden. Es wurden Folgen aus diesem Code gezogen, die Akteure, die in diese Handlung verknüpft waren, deren Handlungen, Denkweisen und Vorstellungen konstruiert und somit nachvollziehbar gemacht wurden. Die mögliche Handlungsstrategie der Interviewpartnerin wurde vorstellbar gemacht und aufgrund der Satzstruktur oder auch der Art der Präsentation konnten Rückschlüsse auf die Situation und das persönliche Erleben abgegeben werden. Es wurde also zu jedem einzelnen Code – in unserem Fall waren es 20 für jedes Interview – ein Memo mit den obigen Bestandteilen: Bedingungen, Folgen, Akteure, Handlungsstrategie und Struktur, erstellt.

Oft wurden zu diesen ganz speziellen Thematiken Studien und Literaturverweise angefügt, die sich mit dem Verhalten, der Situation oder den psychischen oder sozialwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten auseinandersetzen, welche aber im Vorfeld, bei der Codierung, der Autorin nicht bekannt waren. Diese Vorgehensweise sollte deshalb hervorgehoben werden – es wurden keine wissenschaftlichen Texte zur Bestätigung der Aussagen in den Interviews vorangestellt, sondern die Interviewaussagen und ihre Analyse bildeten den Ursprung, welche durch spätere Exploration von wissenschaftlichen Untersuchungen fundiert belegt wurden.

Wenn ein Code eine besondere Bedeutung aufgrund seiner Komplexität erhalten hat, wurde in den anderen Interviews nach einer entsprechenden Textstelle Ausschau gehalten. Dieses Vorgehen nennt man selektive Codierung. Zum einen wird diese Textstelle bei der selektiven Codierung mit der gleichen Methodik bearbeitet wie im ersten Fall, man erstellt ein Memo, danach werden die Ergebnisse aber untereinander verglichen und sowohl den Ähnlichkeiten, als auch den Differenzierungen Aufmerksamkeit gezollt. Dabei entstand eine enorme Komplexität der Memos, da die Denk- und

Verhaltensstrukturen der betroffenen Frauen sich in den Feinheiten unterschieden und vor allen Dingen durch die ganz individuelle Biographie das Erleben geprägt wurde.

Als die verschiedenen Memos entstanden, entwickelten sich zwei Kategorien mit den Überschriften: Biographie und Gesundheitskonzept. Unter diesen Überbegriffen wurden die Memos sortiert und darüber eine Hypothese entwickelt, die in der fallvergleichenden Darstellung vorgestellt wird.

In weiterführende(n) Studie(n) könnte aufgrund des Ergebnisses der vorliegenden Arbeit nun ganz genau nachgefragt werden, welche Erlebnisse in der Biographie als belastend empfunden wurden (Erfassung des Gesamten) und welche Situation während der Diagnose- und/oder Therapiezeit für die Frau für ihr weiteres Handeln ausschlaggebend war.

In narrativen Interviews muss immer beachtet werden, dass sich die Stegreiferzählung an der momentanen Situation orientiert, in der sich der Mensch befindet. Rekonstruktive Erzählungen haben den Nachteil, dass Situationen je nach Stimmungslage „verzerrt“ dargestellt werden, oder andere Realitätsebenen aufgrund von psychischen Faktoren nicht zugelassen werden können. Außerdem findet immer eine Selektion bei der Erzählung von biographischen Ereignissen statt, weil sie zu der Gesamtkonzeption des Erzählers passen müssen. Wir erfahren also in diesen Interviews nur so viel, wie uns die Interviewpartnerin wissen lassen möchte, und können nur mit Hilfe von abduktiven Methoden die wirkliche Situation nachempfinden, die aber hypothesengleich gewertet werden muss.

4.1.1 Beschreibung von Frau Zorro

Frau Zorro erscheint auf den ersten Blick ein wenig extravagant. Sie ist ca. 1,65 cm groß, üppige Figur, blond, blaue Augen und hat ein freundliches Gesicht. Ihre Kleidung – tief dekolletiert und figurbetont – scheint zu der von ihr erzählten Geschichte fast im Kontrast zu stehen. Ihr Haar ist mit viel Mühe zu

einer Hochfrisur mit vielerlei Perlenschmuck und Figürchen aufgemacht. Ihrem langen schwarzen Mantel, der wie ein Umhang von Zorro aussieht, verdankt sie auch ihren maskierten Namen. Irgendwie drängt sich die Assoziation mit einer Zirkusprinzessin auf. Sie erscheint gepflegt, geschminkt mit rosa Rouge auf den Wangen, doch merkt man, dass sie sich zu dem Interview besonders sorgfältig zurecht gemacht hat. Genauso wäre das Bild von einer Frau im Jogginganzug zu Hause möglich gewesen, die Haare zu einem Pferdeschwanz zusammengebunden, ungeschminkt, die eifrig an ihren Puppen arbeitet.

Frau Zorro spricht badisch. Sie hat einige Lachfältchen im Gesicht und lächelt auch während des Erzählens die meiste Zeit. Ihre Augen, in hellem blau und sehr kindlich-fröhlich blitzend, fixieren ihre Gesprächspartnerin die ganze Zeit und man merkt, dass sie taxiert, ob ein Thema besonders ankommt, oder nicht. Insgesamt ist sie eine sehr freundliche und nette Erscheinung und trotz ihrer etwas übersteigerten Aufmachung muss man Frau Zorro mögen.

Frau Zorro ist zum Zeitpunkt des Interviews 49 Jahre alt gewesen, sie ist etwa 1954 in einer südwestdeutschen Großstadt geboren. Im Interview erwähnt sie, dass sie eine „schwere“ Jugend gehabt hat. Ihre Eltern haben sich scheiden lassen und sie lebte mit ihrer Schwester, ihrer Mutter und ihrer Großmutter zusammen, bis sie selbst heiratete. Was genau das „Schwere“ ihre Jugend ausmacht, bleibt dabei offen. Es könnte sein, dass sie die Scheidung selbst meint, die Reaktionen ihres sozialen Umfeldes auf den Normbruch Scheidung, die sich aus mangelnder sozialer Absicherung nach der Scheidung ergebenden eher bescheiden sozialen Verhältnisse, die räumliche Enge der vier Personen oder auch ein mögliches ambivalentes Verhältnis zum anderen Geschlecht, das in einem solchen vier Frauen Haushalt vielleicht als unzuverlässig und nichtsnutzig thematisiert wurde, aber gleichzeitig Gegenstand hoher Aufmerksamkeit war. Die Ehe scheint sich für Frau Zorro als Weg aus diesem familiären Kontext anzubieten, sie heiratet relativ früh mit 21 Jahren.

Ihre Jugend hat Frau Zorro in einer Zeit verbracht, die in der Bundesrepublik Deutschland mit relativem Wohlstand und deutlichen Konsuminteressen verbunden war, eine Zeit, in der die 4-Personen-Familie (Vater, Mutter, Sohn

und Tochter) und die sich um die Kinder sorgende Mutter und Hausfrau in ihrer Bedeutung für die kindliche Entwicklung ideologisch überhöht waren und Scheidungskinder per se als benachteiligt, bedauernswert aber auch eher als aus asozialen Verhältnissen stammend galten. Geschieden wurde nach dem Schuldprinzip. Aus dieser Perspektive heraus reicht „Scheidung der Eltern“ als Umschreibung einer schweren Jugend aus, ohne dass die Aussagen zur Lebenssituation präzisiert werden müssen. So wissen wir über Details ihrer Jugend, zum Beispiel über ihre Schulausbildung, nichts. Da sie später Beamtin beim Fernmeldeamt wurde, muss sie aber einen Schulabschluss gehabt haben.

Wahrscheinlich schon in den ersten Ehejahren, noch vor der Geburt ihrer Kinder, nahm Frau Zorro nach dem Tod ihrer Mutter, die an einem Schlaganfall mit 47 Jahren verstorben ist, ihre Großmutter zu sich, die Alzheimer hatte, und pflegte diese bis ein paar Monate vor ihrem Tod. Seit der Zeit, als sie ihre sterbende Mutter im Krankenhaus erlebte, litt Frau Zorro unter schlimmen Ängsten, dass Menschen und auch Tiere in ihrer Gegenwart sterben könnten.

Mit 28, nach sieben Jahren Ehe, bekommt Frau Zorro einen Sohn, zwei Jahre später wird ihre Tochter geboren. Mit 31 Jahren, die Tochter war gerade 7 Monate alt, wurde Frau Zorro zum ersten Mal an der Brust operiert. Man sagte ihr, dass dieser Knoten gutartig war und man nur ein Teil davon entfernt hat, weil man sonst die ganze Brust hätte abnehmen müssen.

Ihr Ehemann verließ sie 1988, als ihre Kinder 4 und 6 Jahre alt waren, nach 13 Ehejahren, zunächst unter dem Vorwand, sein Leben zu wenig gelebt zu haben, um dann bald darauf seine neue Freundin zu präsentieren. Er ermunterte sie dazu, sich auch einen anderen zu suchen, wahrscheinlich, um die Verantwortung und das schlechte Gewissen loszuwerden. Sie ging daraufhin auch die nächst beste Beziehung mit einem Mann namens Günther ein, den sie retrospektiv als 3. Kind empfunden hat. Möglicherweise mag dabei auch die Befürchtung eine Rolle gespielt haben, die Lebensgeschichte der Mutter zu wiederholen und ihren Kindern ebenfalls eine „schwere Jugend“, als Scheidungskinder ohne Vater, zuzumuten.

Ihre berufliche Laufbahn änderte sich nach der „Babypause“, denn Frau Zorro als Beamtin bei dem Fernmeldeamt und hätte sie bestimmt in einer Schaukelschicht Dienst tun müssen, was bedeutet hätte, sie hätte immer wieder ihre Kinder tagsüber und auch nachts allein lassen müssen. Sie wechselte deshalb zu dem selbständigen Beruf der Puppenmacherin, damit sie für ihre Kinder erreichbar sein konnte, denn trotz ihrer Beziehung mit dem Lebenspartner Günther ist sie mit ihm nicht zusammengezogen und war deshalb alleinerziehend. Sie lebte mit ihren beiden Kindern und ihren Arbeitsutensilien, die als recht umfangreich beschrieben wurden, in der Innenstadt einer schwäbischen Großstadt. Sie arbeitete vor ihrer Erkrankung bis zur Erschöpfung, damit sie ihre Unterhaltskosten für sich und ihre Kinder bestreiten konnte.

Ihr Sohn machte eine Lehre als Industriekaufmann und ist dort nach dem Zivildienst auch übernommen worden. Ihre Tochter, die sich in der Schule sehr leicht getan hat, machte ein ausgezeichnetes Abitur und studiert heute Lehramt.

1999, als Frau Zorro 45 Jahre alt war, erkrankte sie an Brustkrebs. Sie trennte sich nach dem Wiederaufbau der Brust nach einem gemeinsamen Griechenlandurlaub von ihrem Lebenspartner Günther, der ihr aus ihrer Sicht während der Erkrankung keine große Hilfe gewesen ist und sie mit ihrer neuen Brust weder seelisch noch körperlich akzeptierte. Mit ihrem Sohn, von dem sie während der Erkrankung wenig Verständnis und Rücksicht, noch Hilfe erfahren hat, hat sie sich bei einem Streit ziemlich überworfen und der Kontakt ist bis heute abgebrochen.

Frau Zorro hat nach der Beziehung mit ihrem früheren Lebenspartner mehrere jüngere Liebhaber gefunden und ist heute mit einem sehr viel jüngeren türkischen Mann verbunden, der ihr, ihrer Beschreibung nach, die Welt zu Füßen legt. Ihren Beruf, den sie vorher mit viel Enthusiasmus betrieben hat, führt sie heute noch, allerdings hat ihr Privatleben Vorrang.

4.1.2 Der Krankheitsverlauf

Da Frau Zorro erwähnte, dass sie schon mit 31 an der Brust wegen eines Knotens operiert wurde, gehen wir davon aus, dass Frau Zorro eine Mastopathie hatte. Ob in dem entfernten Knoten atypische Zellen waren, weiß man nicht, deshalb kann man nur vermuten, dass es sich möglicherweise um eine präkanzeröse Vorstufe handelte.

(Meuret, 1992, S. 8).

Im Interview gibt sie an, vor ihrer Erkrankung immer wieder unter psychosomatischen Beschwerden gelitten zu haben, was sie auf die beklemmende Situation mit ihrem Lebenspartner in Bezug setzt.

14 Jahre später: durch einen Zufall – sie konnte ihren Arm nicht mehr bewegen und der Orthopäde gab ihr dann 3 Spritzen – spürte sie erneut einen Knoten in ihrer Brust. Bei der Vorsorgeuntersuchung ein halbes Jahr vorher wurde nichts gefunden.

Es vergehen 5 weitere Wochen, bis Frau Zorro sich für einen Arztbesuch entscheidet. Daraufhin beginnen sofort weiterführende Untersuchungen in einer Klinik in Süddeutschland.

Die Diagnose wurde dann am 15.12.1999 gestellt – Frau Zorro leidet an Brustkrebs. Dies wird ihr telefonisch mitgeteilt. Um die Diagnose zu sichern, wurde eine Stanze angeordnet, was erst beim 15. Mal zu einem Ergebnis führte. Bei den für die Erstdiagnose notwendigen Staging-Untersuchungen wurden die Organe von Frau Zorro untersucht, die zum damaligen Zeitpunkt alle gesund waren.

- **Es handelt sich höchstwahrscheinlich um ein lokal fortgeschrittenes Mammakarzinom pT2N0M0,**
- Keine. befallene Lymphknoten (LK),
- Grading (G4),
- Unbekannter histologischer Typ,
- Unbekannter Rezeptorstatus, nicht bekannt, ob Östrogenrezeptoren positiv oder negativ, ebenso keine Angaben über

Progesteronrezeptoren. Da keine Anti-Hormontherapie – vermutlich keine Rezeptorenanzeige des Tumors.

- keine Angaben über Multifokalität/-zentrität
- wir wissen auch nichts über die Her2 –neu Expression oder andere relevante Prognosefaktoren.

Kommentar [BB1]: Ich fände es sinnvoll zunächst etwas zum rekonstruierten Befund zu sagen und dazu, was eigentlich laut Leitlinien das Behandlungsverfahren gewesen wäre, das angesagt gewesen wäre.

Ihr wurde aufgrund dieses Befundes die Teilnahme an einer multizentrischen Studie eine „Neoadjuvante“ Chemotherapie vorgeschlagen. Dabei sollte der Knoten zunächst mit der Chemotherapie verkleinert werden, um ihn dann operativ zu entfernen. Ihre Studienbeschreibung lautete so: 3 Zyklen Epirubicin, danach 3 Zyklen Taxol. Manchmal gelingt es, den Tumor durch die präoperative Chemotherapie zu verkleinern um hinterher Brust erhaltend operieren zu können.

Zu dieser Zeit (2000) wurde als Standardtherapie die Kombination der Zytostatika CMF empfohlen. Die Therapie mit Taxol und Epirubicin war damals noch im Experimentierstadium. Erst heute weiß man, dass die Therapie mit Taxol, Epirubicin und! Cyclophosphamid den optimalen Erfolg in der Behandlung von lokal fortgeschrittene Mammakarzinomen beinhaltet. Man spricht heute von einer 5-Jahres-Überlebensrate bei Taxol, Epirubicin und Cyclophosphamid von 97% (Brustkrebsjournal 3/2004).

Anthrazycline wie Epirubicin sind bekannt dafür, dass sie ausgeprägte neurologische Störungen verursachen. Außerdem sind Hör- und Sehverlust möglich, ebenso generalisierte Krämpfe im ganzen Körper. Es ist also kein Wunder, dass Frau Zorro unter Sensibilitätsstörungen in den Beinen litt und deshalb öfters hinfiel. In neuen Studien werden den von Brustkrebs betroffenen Frauen Epirubicin in verschiedenen Dosen gegeben, um das Auftreten von Nebenwirkungen näher zu beleuchten. (Rote Liste,2002, S. 232)

Das zweite Medikament, welches Frau Zorro bekommen hat, ist Taxol. Taxol ist ein Zytostatika, welches früher vornehmlich bei Eierstockkrebs eingesetzt wurde. In neuen Studienergebnissen wurde bewiesen, dass Taxol die Überlebenschancen bei fortgeschrittenen Mammakarzinomen um 15% erhöht. (Auszug aus den Mitteilungen vom Symposium „breast cancer“ San Antonio, 2003, USA.)

Aber was gut hilft, hat meistens starke Nebenwirkungen. Taxol macht schwere Blutbildungsstörungen. Außerdem kommt es gerne zu Herzsensationen, wie Bradykardie, Herzrhythmusstörungen und dazu einhergehend EKG-Veränderungen, seltener Herzinfarkt, Thrombosen, Haarausfall und Neuropathien (Rote Liste, 2002, 86107). Dass Frau Zorro mit diesen Medikamenten keine Nebenwirkungen verspüren konnte, ist unmöglich. In den Studienunterlagen, den alle Patientinnen vor Beginn der Behandlung lesen und unterschreiben müssen, wird auf die Nebenwirkungen deutlich hingewiesen. Leider sind aufgrund der Situation viele Patientinnen hinterher nicht mehr in der Lage, sich daran zu erinnern. Viele behaupten sogar, sie hätten diese Nebenwirkungen noch nie gehört. Frau Zorro behauptet in ihrem Interview, dass sie keine Nebenwirkungen aus der Sicht der Ärzte hätte haben dürfen. Diese Sichtweise der Situation spricht für eine Kommunikationsstörung zwischen Arzt und Patientin. Die Studienbeschreibung gibt einen Tumor größer als 3 cm vor – hier handelt es sich also um einen großen Tumor, der der Einteilung T2 (Primärtumor bis 5 cm, aber größer als 2 cm) entspricht. Lymphknoten waren keine befallen. (Url:

[Die neoadjuvante Chemotherapie](#)

Mit diesen Informationen in der Tasche, suchte sie Rat bei Ihrem Frauenarzt vor Beginn der Chemotherapie. Aufgrund seiner wenig empathischen Reaktion auf Frau Zorros Verzweiflung und Hilfesuch brach sie die weitere Zusammenarbeit ab und suchte sich eine Frauenärztin, die sich mit mehr Engagement für ihre Belange einsetzte.

Am 15. Januar 2000 begann die Chemotherapie in einer süddeutschen Frauenklinik.

Schon bei der Katheterlegung in die Halsvene, vor der ersten Chemotherapie, begann die Problematik. Erst mit großer Mühe seitens des behandelnden Arztes – sie leidet zusätzlich an einer Schilddrüsenvergrößerung - wurde der Katheter korrekt platziert.

Die Auswirkungen der Chemotherapie spielen in dem weiteren Verlauf der Behandlung bei Frau Zorro eine große Rolle. Nach dem 2. Zyklus begannen die Haare in Folge der Chemotherapie auszugehen, was sie psychisch sehr stark belastet hat.

Von Prof. Hengstenberg (Name wurde geändert) wurde ihr die Lymphknotendisektion vorgeschlagen. Frau Zorro lehnte diese Behandlung aufgrund der Möglichkeit der Bewegungseinschränkung des Armes zu diesem Zeitpunkt ab. Der Sinn dieser Lymphknotendisektion ohne gleichzeitige Tumorreduktion mittels Operation wird Frau Zorro nicht klar. Da keine schlüssige Erklärung seitens des Professors erfolgt, sieht Frau Zorro keine Veranlassung, die arbeitsnotwendige Mobilisierung des Armes durch eine Lymphknotendisektion einschränken zu lassen. Die Lymphknotendisektion ohne gleichzeitige Tumorreduktion würde nur zu Zwecken der Staging-Einteilung dienen. Außerdem sind aufgrund der neuen Erkenntnisse, die auch Frau Zorro in ihren Unterlagen hatte, eine radikale Lymphdissektion nicht mehr Standard („sentinel node“-Prinzip) (mammazone.de)

Im Rahmen dieser Studie wurde eine Verlaufskontrolle des Tumors mittels Stanzen festgelegt, die Frau Zorro nach dem mehrmaligen, vergeblichen Stanzen verweigerte.

Daneben begann Frau Zorro - aufgrund der Nebenwirkungen der Chemotherapie – eine Herzinsuffizienz zu entwickeln, die ihr eine normale Lebensweise, wie Treppensteigen und eine kleine Wegstrecke gehen, unmöglich gemacht hat. Diese unbehandelten Nebenwirkungen und die unbefriedigende Betreuung durch die Ärzteschaft führte zum Abbruch dieser Chemotherapie. Obwohl die Nebenwirkungen dieser Chemotherapie-

Kombination keine Seltenheit sind, scheint die ärztliche Intervention zur Behebung dieser Befindlichkeitsstörungen nicht gegeben.

Sie suchte sich eine andere Klinik, in der sie sich zunächst eine Zweitmeinung zu ihrer Behandlung geben ließ. Sie fühlte sich dort besser aufgehoben und wechselte dann die Klinik in Bayern. Die Behandlung dort entsprach mehr ihrer Vorstellung, da sie mit dem behandelnden Arzt gleich eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen konnte. Ihre Herzinsuffizienz haben die Ärzte gleich behandelt und ihr ging es sehr bald wieder gut. In dieser Klinik wurde sie nochmals komplett untersucht und dabei wurden Leberzysten diagnostiziert. Bei der Brustoperation, die zunächst Brust erhaltend durchgeführt wurde, wurden die Lymphknoten verschont. Als der histologische Befund eintraf, war klar, dass sich aufgrund der vorherigen Chemotherapie der einzelne Knoten in viele kleinen Knoten versprengt hatte und deshalb eine vollständige Amputation der Brust mit Lymphknotendisektion notwendig geworden ist. Hinzu kam die Darstellung der Leberzyste(n), die eventuell auch suspekten Zellen enthalten könnte(n). (Die Anzahl wurde von Frau Zorro unklar ausgedrückt) Frau Zorro hatte nun nicht nur mit ihrer lokalen Brustkrebserkrankung zu kämpfen, sondern sie bangte nun um ihr Leben, welches durch die im Raum stehende Befürchtung einer Lebermetastasierung bedroht wurde. Sie empfand zu diesem Zeitpunkt die Angst um ihre Leber bedrückender, als den Verlust ihrer Brust. In weiterführender Diagnostik der Leber bestätigten sich die Lebermetastasen zum Glück nicht.

Um eine psychische Stabilisierung zu erreichen, machte Frau Zorro ein Seminar „Psychocoaching nach Simonton“ mit und anschließend ergab sich für sie die Möglichkeit bei Simonton direkt eine Sterbemeditation mitzumachen. Diese gab Frau Zorro die Kraft, ihre Angst vor dem Tod erfolgreich zu bewältigen und führte dazu, dass sie ihre positive Lebenseinstellung wiederfand und erleichterte ihr auch die nachfolgenden Operationen.

Es wurde nach Amputation der Brust in der Nähe von Rosenheim ein erfolgreicher Wiederaufbau der Brust durchgeführt. Er wurde mit Eigengewebe aus der Bauchschürze durchgeführt, und Frau Zorro ist mit dem Ergebnis sehr

zufrieden. Nur die Heilung ihres Bauchnabels bereitete ihr ein paar Wochen Probleme.

Danach hat sie eine ambulante Chemotherapie mit 6 Zyklen CMF bekommen. CMF ist die Abkürzung von Cyclophosphamid, Methotrexat und Fluorouracil. Auch diese 3 Zytostatika haben schwere Nebenwirkungen. Cyclophosphamid kann eine Nieren-, Blasen- und Leberschädigung verursachen. Auch Blutungen im Myokardbereich und Zweittumore im Blasenbereich sind nicht selten. Bei Methotrexat sind Leberschäden, Entzündungen der Gefäße und Schleimhaut häufig gegeben. Bei Fluorouracil sind Haut- und Schleimhautprobleme üblich, in Einzelfällen kann es zu einer zerebralen Ataxie kommen. Frau Zorro empfindet die 2. Chemo als „viel leichter“, wobei am Ende von 6 Zyklen CMF die Patienten oft nur noch schlafen und sehr lange brauchen, um sich davon wieder zu erholen.

(Url: http://www.highlights-forschung.de/medikamente/taxol/texte/bms/asco2_2001.html) und (Kuno, 2000, S. 248) Frau Zorro steckt diese aber locker weg – sie arbeitet nach der vormittäglichen Chemotherapie noch nachmittags mit Kindern, welche aufgrund ihrer Immunsuppression sie leicht mit Erkältungskrankheiten oder anderen Infektionskrankheiten anstecken könnten. Trotzdem blieb sie gesund.

Das Einzige, was ihr nach der Brustamputation und Lymphknotenentfernung Beschwerden machte, war ihr Arm, der ein ausgeprägtes Lymphödem entwickelte.

Sie sah diese 2. Chemotherapie entweder unter einem anderen Kontext – man könnte sogar von „Reframing“ sprechen, denn sie setzte eine, für sie bedrohliche, Situation in einen anderen (positiven) Rahmen und kann damit locker umgehen, oder diese Chemotherapie hatte bei Frau Zorro unvorstellbar wenig Nebenwirkungen. Ersteres ist sehr wahrscheinlich. Hier könnte man von Ausgleich der Chemotherapie mit eigenen Ressourcen annehmen.

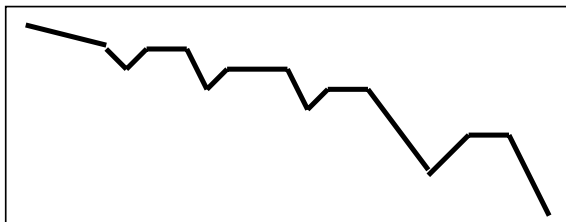
Heute würde man die 2. Art von Chemotherapie nicht mehr verordnen, da sie für die Patientinnen Nachteile gegenüber der ersten Kombination birgt. (Url: http://www.mamazone.de/01_mamazone/wiewirarbeiten/html#15)

(Stand: 06.06.04)

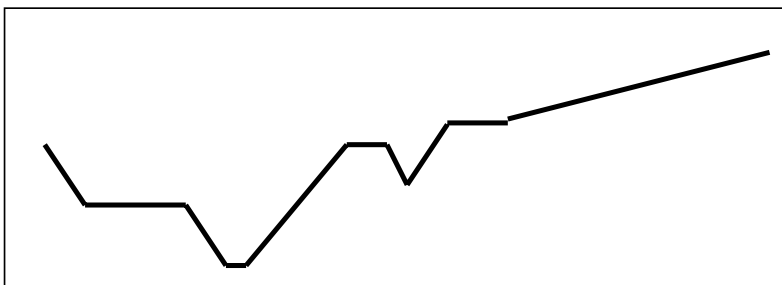
Man kann bis heute von einer Vollremission bei Frau Zorro sprechen.

4.1.4 Vergleich Verlaufskurven

Nach der Verlaufskurve von Corbin und Strauss bei einer Krebserkrankung stellt sich folgendes Bild dar:



Bei Frau Zorro könnte man hingegen folgendes Bild konstruieren:



Die Ausgangssituation von Frau Zorro scheint nicht ganz glücklich zu sein. Sie selbst gibt psychosomatische Beschwerden schon vor ihrer Erkrankung an. Der erste Einbruch stellt natürlich die Diagnose und die damit verbundene Unsicherheit dar. Die erste Konsolidierung der negativen Situation ist der Beginn der Therapie. Der zweite Einbruch stellen die Nebenwirkungen der Chemotherapie und ihre psycho-sozialen Folgen dar. Nach dem Abbruch der Chemotherapie und den Wechsel der Klinik mit ihren Annehmlichkeiten kommt es zu einem starken Anstieg des Wohlbefindens. Dies wird auch durch die 1. Operation nicht wesentlich erschüttert (3. Konsolidierungsphase). Die Darstellung der Leber und den Zweifel über den Ausgang der Krankheit ist der 3. Einbruch.

Die Erleichterung, dass es keine Metastasierung ist, die 2. Aufwärtsbewegung in der Verlaufskurve. Trotz Chemotherapie und Brustamputation lässt Frau Zorro keinen Einbruch ihrer Psyche erkennen (gleichbleibende Tendenz). Die Verlaufskurve steigt weiter nach dem geglückten Wiederaufbau der Brust und ihrer positiven Lebenseinstellung. Im Gegensatz zu manch anderen Krebspatienten korreliert die psychische Verlaufskurve von Frau Zorro mit der Krankheitsverlaufskurve. Wie sie uns im Interview mitteilt, dauert diese positive Entwicklung bis heute an. Den tiefsten Punkt der Verlaufskurve könnte man durchaus als Wendepunkt im Leben von Frau Zorro ansehen können (Fischer 2002), der zu einer aktiven Veränderung ihrer Handlungen führte. Dieser Wendepunkt ist im Interview der Zeitpunkt, als das soziale Umfeld sie mit ihren Ängsten und körperlichen Beschwerden zu Hause alleine lässt, ihr Partner nur alle paar Tage vorbeikommt und hilflos am Bett steht und gleichzeitig massive körperliche Symptome auftreten, die zur Behinderung von Frau Zorro führen.

Die Verlaufskurve von Frau Zorro ist also Teil ihrer Biographie, sie beinhaltet wichtige Phasen wie den körperlichen und seelischen Bewältigungsprozess von Krankheit und Therapie, die Auswirkungen auf ihr persönliches soziales Umfeld, ihr persönliches Wachstum, ihre Krisen und Schwebestände, ihre Hoffnungen und (neu) entdeckte Wünsche.

Im Vergleich zu der Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss (Weiterleben lernen 2004, Huber), sollte bemerkt werden, dass diese auf den herkömmlichen Verlauf einer Krebserkrankung mit letalem Ausgang eingegangen sind. Auch führen sie die Möglichkeit eines individuellen Verlaufs mit vielen Subphasen an, die hier in dem nachkonstruierten Krankheitsverlauf von Frau Zorro in Bezug auf das Interview gesetzt worden sind.

4.1.5 Welche Bedeutung geben von Brustkrebs betroffene Frauen ihrer Krankheit und in welchem Zusammenhang steht diese Bedeutung zu ihrer Biographie?

Am Beispiel von Frau Zorro

Menschen werden in ihrem Leben oft mit Krankheit konfrontiert. Manchmal erkrankt das persönliche Umfeld, manchmal erkrankt man selbst. Natürlich kommt die persönliche Auseinandersetzung auf den Schweregrad der Erkrankung an, wobei auch leichte Erkrankungen Ängste vor Krankheit auslösen können.

Als Frau Zorro selbst an Brustkrebs erkrankt, beginnt sie, sich mit ihrer Krankheit auseinander zu setzen, sich zu informieren, sich für ihre Belange einzusetzen. Aufgrund ihrer problemzentrierten Bewältigungsstrategie gelingt ihr das ganz gut. Problemzentrierte Bewältigungsstrategien zeichnen sich dadurch aus, dass der Mensch Probleme nicht aus dem Weg geht, sondern sich ihnen kämpferisch stellt, nach Alternativen für die problematische Situation sucht und weiterem Stress vorbeugt. (Zimbardo 1999, S. 383).

Frau Zorro beginnt im Laufe ihrer Therapiezeit ihre Lebens- und Denkweise neu zu strukturieren. Diese Strukturierung möchten wir hier in *zwei Anteile* aufteilen:

Sie selbst erkennt für sich die Ursache für ihre Erkrankung in dem *Ballast*, der sich im Laufe ihres Lebens angesammelt hat. Sie setzt also für ihre Erkrankungen Bedingungen voraus, man könnte auch von davon sprechen, dass sie ihre Erkrankung kontextualisiert.

Diese als Ballast empfundenen Bedingungen beschreibt Frau Zorro unter folgenden Punkten:

- ihre *Biographie*, sie spricht von ihrer schweren Jugend und ihrer Scheidung, die Verantwortung ihren Kindern gegenüber, auch die Erziehung, welche sie als große Belastung gesehen hat (Interview Zorro S.1/2). Aber auch das Erleben von Krankheit, wie sie es bei ihrer sterbenden Mutter erlebt hat. Frau Zorro kontextualisiert ihre Biographie negativ, das heißt, dass sie Passagen aus ihrem Leben herausnimmt

und diese Passagen im Interview in Bezug zu ihrer Erkrankung setzt. Sie stellt ihre Krankheit in den Fokus ihres Lebens und aus diesem Blickwinkel erscheint ihr nur schlüssig, dass die Ursache ihrer Erkrankung durch ihre Biographie bedingt ist. Obwohl auch bei Frau Zorro nicht alles in ihrer Biographie schlecht und traurig gewesen sein kann, speicherte sie ihre Vergangenheit unter einem gewissen Kontext. Diese „Speicherungskonzeption im Gedächtnis“ verglich Fischer als eine Art „defizitäres Tonband.“ (vgl. Fischer, 1995, S. 71) Es werden gespeicherte Sequenzen in der Erzählung vom Gedächtnis aufgerufen, die verzerrt wiedergegeben werden, da sie zu dem Faktor „soziale Erwünschtheit“ passen müssen. In wie weit Frau Zorro auch das Empfinden der sozialen Erwünschtheit während des Interviews gehabt hat, weiß natürlich niemand. Ebenso unklar ist, an welcher Stelle ihrer erzählten Biographie sie auch in der Lage war, ihre Wahrnehmung auf die nicht an dem Prozess der Krankheit beteiligten Ereignisse zu lenken und diese in ihren Wahrnehmungsprozess zu integrieren. In der Darbietung ihrer Lebensgeschichte lenkt Frau Zorro die Aufmerksamkeit sehr bestimmt auf die unglückliche Zeit vor ihrer Erkrankung – ohne die Berücksichtigung glücklicher Umstände und Lebenssequenzen - damit der Eindruck beim Zuhörer entsteht, dass nun nach dem erzählten Wendepunkt – die überstandene Krankheit und Therapie – alles ganz anders, also wie ein „Happy-End“ für Frau Zorro ausging. Gleichwohl werden somit die Ereignisse von ihr selbst in ein Gebilde strukturiert, die ein für Frau Zorro stimmiges Bild ergeben. Zwar mit hervorstechenden Anteilen, wie z.B. ihre unglückliche Partnerschaft und ihre durch sie selbst ausgelöste „Befreiung“, aber auch ihre selbstarrangierte Behandlung, die sie sehr lebendig schildert und das Bild der Heldin in eigener Mission beim Zuhörer entstehen lässt.

- Zunächst beschäftigt sie sich mit ihrer *Rolle* als Mutter. Ihre Kinder sind mittlerweile erwachsen geworden, trotzdem sind sie - trotz der schwierigen Lage ihrer Mutter - nicht bereit, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen und ihren Teil für die Haushaltsführung beizusteuern. Es

fehlt auch die liebevolle Betreuung, die sich Frau Zorro gewünscht hätte. Sie wird mit der Grundversorgung abgespeist und folgerichtig beginnt sie mit der Bekämpfung dieser Situation und verändert dementsprechend ihr Verhalten ihren Kindern gegenüber. Das geht so weit, dass sie schließlich ihren Sohn aus der gemeinsamen Wohnung wirft. Auch ihr Rollenverhalten ihrem Lebenspartner gegenüber verändert sich. Sie gibt ihre Rolle als „Übermutter“, die für alles Verständnis hat, auf. Das soziale Unterstützung vor allem im Familienkreis in Krisensituationen wichtig ist, wissen wir alle, doch wie Spiegel und Kato (2000) herausfanden, spielt die soziale Unterstützung eine große Rolle bei der Bewältigung von allen möglichen Erkrankungen. (Tschuschke, 2002, S.124). Maunsell und sein Team (1993) untersuchten Frauen mit frischem Brustkrebsdiagnosen und betrachteten die Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und Sterblichkeit. Sie fanden heraus, dass Frauen mit Beistand durch vertraute Personen innerhalb der ersten Monaten nach der Operation etwa halb so groß war wie bei den Frauen ohne eine solche Unterstützung. Dazu kommt noch eine weitere interessante Beobachtung – Frauen, die von mehr als einer vertrauten Person betreut wurden, wiesen eine noch kleinere Sterberate auf, als Frauen, mit nur einer Betreuungsperson. Man kann also davon ausgehen, dass soziale Unterstützung durch den Ehepartner oder andere vertraute Personen ein bedeutsamer Prädiktor für Überleben ist. (Tschuschke, 2002, S. 79/80). Doch wen hat Frau Zorro als soziale Unterstützung denn gehabt? Sie erzählt, dass sie den ganzen Tag im Bett alleine, ohne pflegerische oder gar seelische Betreuung verbrachte, und am Abend eine Suppe von ihrer Familie bekam. Ihre Rolle als Patientin wurde von der Familie nicht wirklich angenommen. Es konnte niemand ihre Rolle akzeptieren, noch sie selbst unterstützen. Was ist denn nun soziale Unterstützung? Hat bei Frau Zorro soziale Unterstützung stattgefunden? Wahrscheinlich nicht. Was hätte sie sich für Teilnahme an ihrer Erkrankung gewünscht und was hat sie davon wirklich von ihrem Umfeld bekommen? Reicht es wirklich aus, quantitative Familienangehörige zu haben? Oder kommt es

darauf an, in wieweit sich das soziale Umfeld auf die betroffene Patientin einlassen und ihre Wünsche, Bedürfnisse und Ängste erkennen und mittragen kann? Was spielt es für eine Rolle, ob jemand empathisch im Familienkreis behandelt wird, oder nicht? Passend dazu überprüfte eine interessante Studie den Begriff „Familienstand“ und „Ehezufriedenheit“. Levenson et al. hat gezeigt, dass Männer und Frauen sich bezüglich ihrer Gesundheit in Abhängigkeit von der Ehezufriedenheit unterscheiden. Frauen sind demnach in glücklichen Ehen gesund und krank in unglücklichen. Männer dagegen profitieren gesundheitlich von der Ehe, unabhängig davon, ob die Ehe glücklich oder unglücklich ist. (Tschuschke, 2002; S.80). Das könnte gut zu Frau Zorros Verhalten passen, denn sie ist schon vor der Erkrankung mit ihrem Partner unglücklich – sie beschreibt es auf Seite 3 Z:14 f so: „...ich konnte nimmer daheim sein, der Mann hat mich eingeschnürt, des hat mir den Hals zugemacht“. Sie überprüft während ihrer Erkrankung ihren Partner, der ihr die soziale Unterstützung zwar als „Begleitservice“ in die Klinik gewährt, ihr aber den dringend notwendigen seelischen Beistand versagt. Sie beginnt, sich ihrem Partner gegenüber auch mit ihren Schwächen, Ängsten und körperlichen Unzulänglichkeiten zu zeigen, was ihn restlos überfordert. Dieses neue Bild von seiner Partnerin muß ihm ziemliche Angst eingejagt haben. Als er mit dieser „neuen“ Frau und ihrer neuen körperlichen Performanz nicht zurecht kommt, trennt sie sich von ihm. Diese Entwicklung ist kein Einzelfall. Tschuschke fand in einer Studie 1998 heraus, dass 21 % der von Brustkrebs betroffenen Frauen berichteten, dass ihre Ehemänner kein Verständnis dafür entwickelt hätten, welche Probleme für sie zu bewältigen gewesen wären. Ein häufig von Krebserkrankten berichtetes Phänomen, wenn sie von ihrer Begegnung mit der nicht von Krebs betroffenen Welt sprechen und sich deshalb ein nicht unerheblicher Anteil von ihren Partnern trennt. (Tschuschke, 2002, S. 81/82). Frau Zorro fühlt sich von ihrem Partner alles andere als „aufgefangen“ oder gar verstanden. Seine Hilflosigkeit schrecken sie ab, ihn mit ihren Belangen zu konfrontieren. Dies bildet

eine weitere Kluft. Wichtig für Frau Zorro in ihrer Beziehung wäre folgender Ansatz gewesen: ein familiendynamisches Konzept, welches folgende Hauptbestandteile beinhaltet: Zusammenhalt, Entwicklungsfähigkeit und Kommunikation (Wirsching, 1990). Der Zusammenhalt wurde von Frau Zorro nur als oberflächlich angegeben, die Entwicklung bzw. das Beherrschen der Situation durch ihren Partner fand leider zu keinem Zeitpunkt statt, da er selbst nach dem Wiederaufbau der Brust sich nicht mit der Thematik aktiv auseinandersetzen und es für sich selbst bewältigen konnte. Ein bestimmt für beide Seiten wichtiges Gespräch über die Situation, die Empfindungen und Ängste konnten aufgrund der unterschiedlichen Bewältigungsniveaus nie ausreichend stattfinden. Die Rolle von Frau Zorro hat sich im Laufe ihrer Krankheit von einer kleinen Nebenrolle im Familienzirkus zu einer Hauptrolle entwickelt.

- Auf der *Sinnsuche* ihrer Krankheit überdenkt sie ihre, durch ihre Biographie festgefahrenen Verhaltensmuster und richtet vor allem ihr Augenmerk auf ihre Partnerschaften und was diese mit ihr gemacht haben. Sie erkennt, dass ihre Beziehung zu ihrem Partner sie schon lange mehr belastet hat, als dass sie davon profitiert hätte. Sie tritt in einen Ideationsprozess ein. Dabei richtet sie ihre Aufmerksamkeit sowohl auf ihre Vergangenheit, in der sie sich über die Geschehnisse und Handlungen nachdenkt, die sie belastet haben, als auch als Basis für ihr zukünftiges Handeln (J.Cobin et al., S. 89). Sie sieht den Sinn ihrer Krankheit als Chance, ihr Leben besser für sich selbst, ihren Wünschen, Bedürfnissen und Träumen zu nutzen und dabei alles abzulegen, was sie in der Erfüllung dieser Erwartungen vom Leben hemmt oder gar hindert. Das Menschen, die sich in verzweifelten Situationen befinden, die Fähigkeit entwickeln, sich einen seelischen Schlupfwinkel schaffen, ist erstaunlich groß. Es handelt sich dabei um einen heiklen Anpassungsvorgang, der z.T. passiv und unbewusst, z.T. aktiv ist. Jeder reagiert auf seine Weise, jedoch fast keiner so, wie es am verständlichsten wäre, nämlich realistisch mit Resignation oder

Verzweiflung. (Primo Levi, 1992, 65ff.). Frau Zorro ist am Anfang, als sie die Diagnose erfährt, natürlich entsetzt und verzweifelt. Trotzdem gelingt es ihr am Gipfel – als es ihr bei der Therapie sehr schlecht geht – das Ruder herum zu reißen und nicht zu resignieren. Durch ihre persönliche Perspektive, ihre Therapie an einer anderen Klinik fortzusetzen und eine individuellere Behandlung zu bekommen, gleichzeitig vielleicht aber auch ihrem sozialen Umfeld den Rücken kehren zu können und Abstand dazu zu gewinnen, einen seelischen Schlupfwinkel für sich zu finden, an den sie all ihre Hoffnungen setzt.

- Frau Zorro setzt sich mit ihren *Tabuthemen* wie die Angst vor dem Tod und vor dem Alleinsein aktiv auseinander. Durch ihre Biographie verband sie das Thema „Tod“ mit dem Thema „Angst“. Angst ist eine Erwartungsemotion, die in Verbindung mit physischer Verletzung, Krankheit und Schmerzen und Tod als existenzielle Angst gesehen werden kann. Gefördert wird diese Angst durch die Ungewissheit, die mangelnde Voraussagbarkeit des drohenden Zustandes. Durch die Tabuisierung des Todes in unserer Gesellschaft trägt es zum Aufbau von Ängsten bei. (Zimbardo, 1999, S. 128). Frau Zorro erlebte den Tod ihrer Mutter sehr traumatisch und sie entwickelte große Angst vor dem Tod – nicht nur vor dem eigenen Tod, sondern auch vor dem Tod ihres näheren, aber auch weiteren sozialen Umfeldes, sogar vor dem Tod eines Haustieres - und sie konnte diese Angst erst durch ihre Krankheit und die Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Sterblichkeit bewältigen. Sie lernt durch die Sterbemeditation nach Simonton die Angst vor dem Altwerden zu verlieren, sich selbst als alt werdende Frau anzunehmen und dabei auch eine Zukunftsperspektive dazuzugewinnen. Durch ihre Erkrankung, mit der unmittelbaren Konfrontation mit dem Tod, war diese Entwicklung erst möglich und sie erkennt durch das meditative Hineingehen in diese Situation, dass ihre Angst unbegründet ist. Sie gewinnt dadurch die Leichtigkeit des Seins zurück. Frau Zorro macht genau das, was ihr hilft, sich psychisch zu stabilisieren – sie setzt sich bewusst mit dem Thema Tod und Sterben auseinander und dies bewirkt

eine Art „Entgiftung“ die es ermöglicht, die verbleibende Lebenszeit ohne Horrorgefühle und in sinnvoller Intensität zu erleben und Angelegenheiten selbst zu regeln (Spiegel et al.; 1989).

- Ihre *Werte/Normen* verändern sich nach der Erkrankung. Ihre Bestrebung, durch pausenloses Arbeiten sich vom eigentlichen Leben abzuschotten, wird aufgegeben und das private Leben wird in den Vordergrund gerückt. Die Lebensqualität ist für Frau Zorro ihr höchstes Gut geworden und sie ist bestrebt, diese zu erhalten. Vor ihrer Erkrankung wurden materielle Werte für wichtiger empfunden, als persönliches Wohlbefinden und Zufriedenheit. Dieses Ergebnis wurde auch in Studien nachgewiesen, die sich mit der Neubewertung von Lebensprioritäten beschäftigen („Redefining Life Priorities“). Das Ziel muss sein, dem Patienten zu helfen und ein neues Lebenskonzept zu entwerfen. Das macht erforderlich, dass eine Klarheit bezüglich der Werte und Ziele erfolgt, ebenso wie den besten Gebrauch von noch verbleibender Zeit und Energie zu machen – falls es sich um eine unheilbare Erkrankung handeln sollte. Aber auch sonst kann ein solches einschneidendes Erlebnis zu einer Neudefinierung der eigenen Lebensziele und Lebenssicht erfolgen (Tschuschke, S.153). Frau Zorros Lebensphilosophie in Bezug auf ihre Normen und Werte könnte folgendermaßen beschrieben werden: sie macht gerne etwas für andere, sofern das in Relation „Geben und Nehmen“ steht. Dieses Gleichgewicht ist für ihre eigene Stabilität wichtig, um weiterhin das Gefühl zu haben, respektiert und geachtet zu werden. Auch vor sich selbst. Frau Zorro hat durch ihre Krankheit auch den eigenen Wert erfasst und ist sich dessen bewusster geworden. Diesen Wert will sie für sich – auch vor anderen – erhalten und kann deshalb auch die Wünsche und Vorstellungen von anderen entgegentreten, um ihre eigenen zu schützen.

Als Frau Zorro sich in der Lage sieht, ihre als Ballast empfundenen Verhaltensmuster aufzulösen, entwickelt sie für sich ein **Gesundheitskonzept**,

welches zur Befreiung ihrer Seele und ihres Körpers von Krankheit dienen soll. Sie beginnt schon während der Therapie darauf hin zu arbeiten, sich von kranken Anteilen sowohl ihres Körpers, durch radikale Operation, als auch von ihrer Seele, durch Auseinandersetzung mit ihrer Tabuthemen, aber auch ihrem sozialen Umfeld zu befreien. Diese Befreiung von Ballast schließt die Krankheitsphase ab und eröffnet Frau Zorro den Ausblick in einen neuen Lebensabschnitt, der ihre persönliche Entwicklung würdigt und der ihr eine neue Lebensqualität vermittelt.

- Frau Zorro *zentralisiert* durch die Diagnose ihre *Kräfte* und nutzt ihre *Ressourcen*, um ihre Krankheit erfolgreich zu bewältigen. Frau Zorro zeigt in ihrem Interview, dass sie ihre Erkrankung mittels „fighting spirit“ gut bewältigt hat, sich von unliebsamen Dingen und Menschen trennt, und sich schließlich auf ihre Ressourcen, und hier zählen wir die Sterbemeditation nach Simonton, das Genießen von Kleinigkeiten im täglichen Leben, ihre neue Einstellung zu sich selbst und zu anderen mit dazu, besonnen hat und ihre kraftspendenden Energiequellen in Zukunft sehen und genießen will.
- Ihre *Selbstbestimmung* gewinnt für sie an Bedeutung. In ihrer Biographie wurde sie mit den Auswirkungen und Handlungen von anderen konfrontiert und sie musste ihr Leben dementsprechend ändern. Durch ihre Krankheit begreift sie, dass sie durch ihre eigenen Handlungen ihr Leben selbst mitgestalten kann und sie das bisher zu wenig getan hat. Durch die medizinische Informationsarbeit greift sie deshalb in die Handlungsebene ihrer Behandlung ein, durch die Auseinandersetzung mit ihrem sozialen Umfeld und ihrer persönlichen, gesundheitlichen Situation, in die Handlungsabläufe der Umgebung. Diese „Lücken“ in der Selbstbestimmung will Frau Zorro zu einem Zeitpunkt schließen, als ihre früheren Werte und Normen sich auflösen beginnen, sich eine Art „Welterschütterung“ (Corbin/Strauss, 2004, S. 47) entwickelt und der Überlebenswunsch sehr groß ist. Es findet somit ein Wandel in Frau Zorro durch ihre Erkrankung statt, die ihr aus ihrer Passivität heraushilft und sie in ein aktives, bewusstes Geschehen eingliedert.

- Frau Zorro erlebt einen starken *Wandel des Selbstbildes*. Früher die treusorgende Ehefrau und Mutter, heute die selbstbewusste Frau, die sich selbst lieben gelernt hat und sich, trotz ihrer operierten Brust, Ansprüche zugesteht, von denen sie früher nicht mal zu träumen gewagt hat. Durch den Ideationsprozess, in dem sie ihre Handlungen von früher überdachte und feststellte, dass sie trotz aller Tugend von ihrem Ehemann verlassen und trotz Fürsorglichkeit von ihren Kindern im Stich gelassen wurde, zusätzlich sogar ihre größte Angst – den Tod – überwunden hat, kommt es zu einer neuen Performanz von Frau Zorro. Zunächst ändert sie die Einstellung zu sich selbst. Sie beginnt, für sich selbst zu kämpfen, um ihr Recht auf gute medizinische Versorgung einzufordern. Sie entwickelt gleich zu Beginn der Erkrankung ein starkes Selbstbild – zunächst für sich selbst, vielleicht auch um sich Mut zu machen, die Erkrankung durchzustehen. Gleichzeitig ist auch dieses starke Frauenbild Halt für ihre Kinder, die ihre Mutter nicht als weinerliche, verzweifelte Frau zu sehen bekommen, sondern als Heldin, die alles besiegen kann. Dies ist jedenfalls am Anfang ihrer Erkrankung so. „Aufgrund von diesen spezifischen Erfahrungen wird ein Selbstkonzept mit bestimmten Bewertungen verbunden. Ob sich ein Mensch als positiv und stark oder als negativ und schwach wahrnimmt, determiniert seine Wahrnehmung der Umwelt.“(Pöppel et al, 1994, S. 191) Frau Zorro empfindet sich selbst zu diesem Zeitpunkt als ein sehr schwacher Mensch, da sie ja mit der Diagnose und der dazugehörigen Therapie sowohl seelisch, als auch körperlich sehr geschwächt wurde. Trotzdem empfindet die Umwelt sie nicht als schwach, weil sie diese „Schwäche“ nach Außen hin nicht zeigen kann – sie hat es wahrscheinlich nie gelernt. Aber jeder Held braucht eine Schulter zum anlehnen, vor allem, wenn er selbst in Not ist. Und hier sind wir bei der Performanz mit anderen. Frau Zorro bringt es nicht fertig, mit ihrem Partner eine Koalition zu bilden, die ihr das Schwachsein gestattet hätte und ihn für ihre Belange eintreten hätte lassen können. Sie musste also ihre Rolle als Heldin weiterspielen und dies vor allen in ihrem sozialen

Umfeld. (Performanz vor anderen) (Corbin/Strauss,2004,S.74). Das In-Erscheinung-Treten der Performanz kommt schließlich und endlich bei der Trennung. Erst in dieser Situation traut sie sich endlich, ihm ihre wahren Emotionen und Gedanken mitzuteilen. Man könnte sagen, diese Situation stellt den Gipfel der Entwicklung des neuen Selbstbildnis dar. Sie ist zu diesem Zeitpunkt niemand mehr, der alle Situationen duldet und hinunterschluckt, sondern ein Mensch, der sich seiner Stärken bewusst ist, und nun endlich beginnen will, glücklich zu leben und vielleicht auch mal Schwäche zeigen zu dürfen, wie jeder andere Mensch auch, ohne Angst haben zu müssen, gleich verlassen zu werden. Es hat sich also eine bestimmte Art von Selbstkonkruenz entwickelt, in dem Frau Zorro ihre Handlungen und Erfahrungen wahrgenommen und danach in ihr Leben integriert hat. Frau Zorro war also in der Lage, aus ihren Erfahrungen, die sie während ihrer Krankheit gemacht hat, Konsequenzen zu ziehen und diese auch umzusetzen. Diese Erfahrungen wären möglicherweise auch ohne Erkrankung für Frau Zorro erkennbar gewesen, doch hat Frau Zorro bis dato keine Veranlassung gehabt, ihre Lebenssituation zu verändern. Sie hat ein Selbstbild von sich gehabt, welches von ihrer Biographie geprägt wurde und sie davon abgehalten hat, ihrem Ärger Luft zu machen. Dies würde zur Bestätigung von Forschungen führen, die eine emotionale Unterdrückung mit einem erhöhten Risiko an einem Brustgeschwulst zu entwickeln, assoziiert sehen (Tschuschke,2002;S.25). Auch Forschungen, die sich mit „Critical life-events“ beschäftigen, bestätigen, dass Frauen, welche signifikant mehr von schwerwiegende Lebenseignissen betroffen waren, bei denen sich eine maligne Geschwulst der Brust ergab. Die Frauen wurden über Ereignisse in der Vergangenheit befragt, und ihre Angaben wurden im Hinblick auf den Schweregrad der „Life Events and Difficulties Scale“ bewertet. (Tschuschke, 2002; S.16). Deshalb stellt sich hier die Frage, ob bei Frau Zorro wirklich schwerwiegende Ereignisse die Erkrankung ausgelöst haben könnten, oder anderes herum Frauen nicht erkrankten, obwohl sie

traumatische Erlebnisse in ihrer Biographie durchgemacht haben und welche Bewältigungsstrategie des Traumas als Vorbeugung vor Krankheit nützlich sein könnte und welche ungeeignet.

- Zusätzlich zu dem Thema Selbstbild sollte das *Körpergefühl* und die *Körperwahrnehmung* angefügt werden, denn eine Erkrankung, die das äußere Bild einer Frau beeinträchtigen kann, führt dazu, dass die Betroffene über ihren Körper nachdenkt, ihn im Prozess ihrer Erkrankung akzeptieren lernen muss und sich mit ihm identifiziert. Bei Frau Zorro war ihr Körper vor ihrer Erkrankung eher ein Nutzgegenstand, als ein behüteter Schatz, der mit allen Mitteln gesund erhalten werden sollte. Frau Zorro lässt nur indirekt eine Vermutung zu ihrem Körpergefühl vor ihrer Erkrankung zu, als sie uns erzählt, dass sie wegen ihrer Bewegungseinschränkung des Armes dann „irgendwann zum Hausarzt“ (Interview Zorro, 2003, S.3/27) gegangen ist. Die Ursache sah sie in der Überarbeitung ihres Körpers. Man könnte deshalb durchaus vermuten, dass Frau Zorro Raubbau mit ihrem Körper betrieben hat. Erst durch die Chemotherapie, als sie mit dem Verlust ihrer Haare auch äußerlich nicht mehr vital erscheint, wird ihr die Veränderung ihres Körpers durch die Therapie deutlich vor Augen geführt und sie bedauert sich selbst in dieser Situation. Außerdem kann sie auch nach Außen hin nicht mehr als restlos gesund erscheinen. Es wird also durch die Folgen (der Therapie) ihre(r) Erkrankung nach Außen hin sichtbar. Durch die Operation, später auch durch die Amputation wird Frau Zorro mit dem Verlust ihrer Brust konfrontiert. Auch in der Aussage von Frau Zorro: „*Ich hab´ diese Brust zwar noch verabschiedet, in dem ich die in den Müllimer geschmissen habe, die war eine Zeit lang, als ich sie noch gehabt habe, ein wahnsinniger Fremdkörper an mir, ich hab die weghaben müssen an mir, ich habe danach gedrängt...*“ (Interview Zorro, 2003, S. 23/22-25). Sie nimmt ihren kranken Körperteil zwar wahr, trennt ihn aber gedanklich von sich ab und wirft ihn weg. Sie benutzt den Ausdruck „Fremdkörper“. Hier könnte man die Assoziation knüpfen, dass sie sich emotional von dem Krebs distanziert hat und ihn deshalb auch körperlich abgestoßen

wollte. Durch diesen Prozess sah sie für sich die Behebung der Krankheit, das Entkommen vor dem Fremden, dem Schrecklichen. Die Auseinandersetzung, dass auch der Krebs ein Teil von ihr ist, findet bei ihr wahrscheinlich nicht statt. Durch die äußerliche Wiederherstellung durch den Brustaufbau mit Eigengewebe fühlt sie sich wieder wohl und für sie scheint die (äußerliche) Welt dadurch wieder in Ordnung zu sein. Ihr Partner stößt dagegen mit seiner körperlichen und emotionalen Distanz zu dem Körper seiner Partnerin auf völliges Unverständnis bei ihr und sie kommt mit seiner Haltung überhaupt nicht klar und trennt sich deshalb von ihm.

- Frau Zorro nimmt wie jeder Mensch ihre Umwelt subjektiv wahr. Nach ihrer Erkrankung beschließt sie, eine *Selektion* vorzunehmen. Sie unterscheidet Dinge und Menschen, die ihr gut tun und welche, die ihr schaden. Durch diese Selektion kommt es zu einem Egozentrismus, in dem die betroffene Person nicht mehr in der Lage (sein will oder ist) die Realität aus der Sicht eines anderen zu sehen. (Zimbardo, 1999, S. 465). So ist Frau Zorro nicht mehr Willens, auf die z.T. überzogenen Bedürfnisse ihrer erwachsenen Kinder weiter einzugehen und ihr Leben von ihnen beherrschen zu lassen. Auch ihren Alltag gestaltet sie heute nach ihren momentanen Bedürfnissen und Wünschen, was vor ihrer Erkrankung nicht mal in Erwägung gezogen wurde. Durch diese Selektion wurde also nicht nur ihr persönliche Einstellung zum Leben verändert, sondern auch ihre Einstellung ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld, ihren Ansprüchen – sowohl in der Auswahl ihrer Partner, also auch auf die Lebensqualität.

4.2.1. Beschreibung von Frau Fuchs

Frau Fuchs ist auf den ersten Blick eine unscheinbare Frau, die mit ihrer ordentlichen, aber eher gediegenen, hochgeschlossenen, dunklen Kleidung einen unauffälligen Eindruck macht. Sie hat eine sportliche Kurzfrisur, ist vom Körperbau sehr mager, die Kleidung schlottert an ihr. Ihr Gesicht ist braungebrannt und ihre braunen Augen sind aufmerksam auf das Gegenüber

gerichtet. Sie trägt eine kleine Nickelbrille, welche ihren Beruf - sie war bis vor kurzem Studienrätin und leitete eine Schule als Rektorin in Südwestdeutschland auf dem Land - noch unterstreicht und das Berufe raten erleichtern würde. Sie hat sich weder den süddeutschen Dialekt, noch den Tonfall, angewöhnt und spricht betont hochdeutsch. Sie ist ca. 160 cm groß und wiegt ca. 45 kg. Sowohl ihre Ausdrucksweise, als auch ihre Körperbewegungen sind sehr kontrolliert. Ihren maskierten Namen hat Frau Fuchs sowohl aufgrund ihrer Gesichtsform, als auch durch die Verbindung, die sich aus ihrem wirklichen Namen ergibt.

Frau Fuchs ist ca. 65 Jahre alt, ist mit Geschwistern in gutsituierten familiären Verhältnissen in einer süddeutschen Großstadt aufgewachsen, hat verschiedene Lehrfächer wie Physik, Mathematik und Chemie studiert und unterrichtete schon vor ihrer Familiengründung an einem Gymnasium. Ihren Mann lernte sie bei einem Symposium über Physik kennen, der schon damals seinen Lehrstuhl in angewandte Mathematik innehatte. Durch die gemeinsamen Interessen bildeten die Beiden zunächst eine Gemeinschaft, bis sie sich für die Ehe und für Kinder entschieden haben.

Die Kinder von Frau Fuchs wurden nach ihrer Geburt von einer älteren Haushälterin großgezogen, damit Frau Fuchs weiterhin berufstätig und karriereorientiert bleiben konnte. Der Ehemann wurde dann als Rektor einer süddeutschen Universität berufen und blieb trotzdem verschiedenen Forschungsprojekten treu, welche seine ganze Freizeit in Anspruch nahmen. Die Fachwelt ist für Herrn Fuchs das Wichtigste in seinem Leben. Das für die Familie so gut wie keine Zeit blieb, scheint klar zu sein. Beide lebten so viele Jahre dahin, ihre Kinder machten zwar aufgrund chronischer Erkrankungen immer wieder Probleme, was Frau Fuchs auch als belastend angab, trotzdem wurden keine Veränderungen der Lebenssituation herbeigeführt. Die Asthmaerkrankung ihrer Tochter mag zwar schlimm gewesen sein, dennoch ist es eine Erkrankung, die gut behandelbar ist und deshalb nicht überdurchschnittlich belastend für Frau Fuchs gewesen sein kann – außer sie

verbindet es mit ihrem schlechten Gewissen, nicht genug für ihre Kinder präsent gewesen zu sein. Vielleicht traten auch andere Konflikte auf, über die Frau Fuchs nichts erzählen wollte, welche vielleicht auch nie offen ausgetragen wurden. Möglich wären auch unterschwellige Konflikte, die in der Gemeinschaft zwar niemals ausgesprochen wurden, dennoch vorhanden und wahrgenommen wurden. Frau Fuchs könnte deshalb auch schon vor ihrer Brustkrebserkrankung magersüchtig gewesen sein, denn sie gibt an, dass man sie aufgrund ihres Untergewichtes nicht operieren konnte. Untergewicht entsteht nicht von heute auf morgen, wie es bei der Diagnose der Fall war. Im selben Kontext spricht sie auch von „Kummer“, auf den sie aber leider nicht genauer eingeht.

Das Frau Fuchs sich für ihre Karriere so engagierte, scheint verständlich zu sein. Erstens hat sie in der Welt ihres Mannes nur Bestand, wenn sie sich mit ihm intellektuell auseinandersetzen kann und damit beweist, ihm nicht nur als Frau, sondern als Gesprächspartnerin gerecht zu werden – zweitens füllt sie die Lücken ihres einsamen Daseins mit dem Engagement in ihrem Beruf. Das dies beides Frau Fuchs viel Kraft gekostet haben muss, das erklärt sich selbstredend.

Ihre Erkrankung muss sie aufgrund des Zeitmangels ihres Mannes allein durchstehen. Doch fehlt auch jedes Verständnis von Herrn Fuchs für die Situation seiner Frau. Den einzigen Vorteil durch ihn ist das berufliche Ansehen und sie wird natürlich dadurch bevorzugt behandelt und es werden ihr alle Möglichkeiten in der Therapie offengelegt.

Ihre eigentliche Stütze stellt ihr Radiologe dar, den sie von den Elternabenden ihrer Töchter her persönlich gut kennt. Er vermittelt ihr auch das Gefühl, ihre Krankheit einordnen zu können und sie in Relation mit anderen Erkrankungen zu setzen. Ihre Töchter, heute 30 und 32 Jahre alt, eine ist Ärztin, eine ist Lehrerin wie ihre Mutter, scheinen von Frau Fuchs kontinuierlich von den gesundheitlichen und seelischen Problemen „verschont“ worden zu sein. Warum sie niemanden in ihr Vertrauen zieht, oder ziehen kann, scheint die oben stehende Konfliktbewältigungsthematik im Hause Fuchs zu erklären. Es

muss immer der Schein – sowohl von innen, als auch nach außen hin - einer intakten Familie gewahrt werden, die sich aufgrund ihrer Profession definiert.

Sie berichtet auch von keiner Vertrauensperson oder von ihrer Familie, die sie einfach nur in den Arm genommen hätte oder sonst seelischen Beistand vermittelt haben könnte. Nur von gelegentlichen Anrufen ihrer Kollegen berichtet sie.

Professionellen Beistand nimmt sie ein paar mal in Anspruch. Als der Versuch scheitert, ihren Mann als persönlichen Beistand zu gewinnen, geht sie ihren Weg bewusst – bestimmt aber auch enttäuscht - alleine weiter.

2.2 Krankheitsverlauf von Frau Fuchs

Frau Fuchs spürte im Dezember 1992 einen Knoten in der Brust. Sie gab an, schon vorher immer wieder bei einem sehr erfahrenen Professor gewesen zu sein, der ihre Brust ebenfalls wegen eines Knotens regelmäßig kontrollierte. Als sie nach dem Ertasten dieses suspekten Knotens wieder in die Klinik kam, wurde sie mit dem neuen Chef der Frauenklinik bekannt gemacht, denn der Vorgänger war zwischenzeitlich in den Ruhestand gegangen. Frau Fuchs bestand darauf, dass man zuerst eine Biopsie vornahm, um die Diagnose zu sichern. Schon einen Tag nach der Biopsie, der Befund war positiv, wurde Frau Fuchs in die Klinik eingewiesen. Man hat bei der Operation den rechten unteren Quadranten entfernt und dazu einige Lymphknoten in der Achselhöhle. Ein paar Tage später kam der histologische Befund auf Station und sie sollte diesen vor der Besprechung mit dem Chefarzt abholen. Sie öffnete den Umschlag mit ihrer Diagnose und wurde so mit der Diagnose „Mamma-Ca“ konfrontiert.

Ihr Befund wurde vom Chefarzt als „Vorstufe“, also als „Präkanzerose“ dargestellt und deshalb kann man auf folgende TNM-Klassifikation (Meuret, G 1980, S.22) schließen:

- **pT1aN0, M0**
- sehr kleiner Tumor (wahrscheinlich ca. 1cm)
- keine befallenen Lymphknoten

- unbekannter histologischer Typ (Patientin hat keine spezifischen Unterlagen), die Autorin vermutet aber einen hohen Differenzierungsgrad.
- Östrogen-Rezeptorstatus: positiv, da später Anti-Östrogentherapie (Novaldex)
- keine Angaben über damals erhobene Prognosefaktoren (falls schon Screening-methoden vorhanden gewesen sind)

Aufgrund dieses kleinen, differenzierten Tumors war das weitere Vorgehen nicht eindeutig klar. Es standen mehrere Optionen für die behandelnden Ärzte im Raum, da sich Frau Fuchs gerade auf der Schwelle zwischen Prä- und Postmenopausal befunden hat und deswegen die Richtlinien, die als Behandlungsleitlinien dienen, verschiedene Therapieverfahren vorgeben. Eine Möglichkeit war natürlich, nach der Operation keine weitere Therapiemaßnahme zu ergreifen. Dies war wahrscheinlich aufgrund der beruflichen Verflechtungen von Herrn Fuchs mit dem Klinikum eine ungünstige Option, da man natürlich alles menschenmögliche für die Kollegenfrau tun wollte. Eine weitere Option – und auf diese einigte man sich am Schluss – war, dass Frau Fuchs bei Herrn Prof. Dr. Reutlinger (Name wurde geändert) eine Strahlentherapie bekam.

Auch eine Chemotherapie wäre möglich gewesen, doch muss hier der zu der damaligen Zeit schlechte Allgemeinzustand von Frau Fuchs bedacht werden, was diese Option unter den Tisch fallen ließ. Heute wird bei jeder Frau, auch wenn sie einen kleinen Tumor hat, eine Kombinationschemotherapie vorgeschrieben, wenn sie Prämenopausal ist. (Harrison/Lippman 1999, S. 673). Wenn sie Postmenopausal ist, kommt die Vorgehensweise auf den Rezeptorstatus an, welcher uns bei Frau Fuchs nicht bekannt ist.

Frau Fuchs hat die Operation und auch die Strahlentherapie körperlich gut verkraftet, doch scheint bei Frau Fuchs die Psyche durch die Diagnosestellung ein schweres Tief erlitten zu haben. Auch von Seiten der Ärzte scheint dies wahrgenommen worden zu sein, da man sie zu Prof. Dr. Duffner (Name wurde

geändert) geschickt hat, um ihr eine Psychotherapie zukommen zu lassen. Diese wurde aufgrund der eigentlichen –unveränderbaren- Problematik, nämlich den ignoranten Ehegatten, schließlich aufgegeben. Frau Fuchs meinte, sie könne ja auch Kinder erziehen, dann müsste sie ja auch ihren Ehemann erziehen können. Leider schlug diese Annahme fehl.

Als Prophylaxe-Therapie verordnete man Frau Fuchs Tamoxifen, welches zur Bindung von Östrogenen führt, die sonst das Wachstum von Tumorzellen anregen könnten. Aufgrund der Östrogenmangelsituation im Körper von Frau Fuchs, entwickelte diese Knochenschmerzen und Gelenkerkrankungen, was schließlich zum Abbruch von der Anti-Hormontherapie führte.

Bei Frau Fuchs wurde ein sehr kleiner Tumor diagnostiziert und sie wurde trotzdem umfangreich behandelt. Die Tumorgroße und die Behandlung an sich spielte für Frau Fuchs weder für ihr körperliches Befinden noch für ihre Psyche eine große Rolle. Die Diagnose Krebs und die dazu verbundenen Assoziationen, wie die Angst vor Krankheit, sind das, was Frau Fuchs selbst nach 12 Jahren noch nicht verkraftet hat. Der Zusammenhang zwischen Größe des Tumors und psychischer Belastung ist deshalb im Beispiel von Frau Fuchs unzulässig, da sie sehr stark auch nach Abschluss der Therapie unter der Diagnose litt, obwohl dies wahrscheinlich von ihrem sozialen Umfeld nicht wahrgenommen wurde.

Aufgrund dieser nie mehr gewichenen Angst, wieder an einer bösartigen Erkrankung erkranken zu können, ließ und lässt sich Frau Fuchs regelmäßig genauestens untersuchen. Sie ist seit 1992 rezidivfrei.

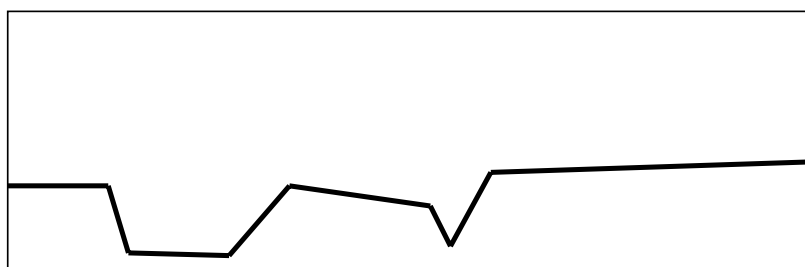
2.2.3 Vergleich Verlaufskurven

Nach der Verlaufskurve von Corbin und Strauss bei einer Krebserkrankung stellt sich folgendes Bild dar:





Bei Frau Fuchs könnte man hingegen folgendes Bild konstruieren:



Die Ausgangssituation von Frau Fuchs scheint wie bei Frau Zorro nicht glücklich zu sein. Sie selbst gibt psychosomatische Beschwerden wie ihr starkes Untergewicht, schon vor ihrer Erkrankung an. Der erste Einbruch stellt natürlich die Diagnose und die damit verbundene Unsicherheit und Angst vor Krankheit und Tod dar. Diese Phase erstreckt sich auch noch während der erfolglosen Psychotherapie, da ihr klar wird, dass sie von ihrem Ehemann keine psychosoziale Unterstützung erhält. Dies ist der Wendepunkt von Frau Fuchs. Sie beschreibt diesen Punkt auch als den Moment, als ihr klar wird, dass sie ihr Leben ganz alleine bewältigen muss, dass niemand da ist, mit dem sie diese Situation meistern kann. Sie beginnt sich auf ihre Ressourcen zu konzentrieren. Als sie sich deshalb auf ihren Beruf und den damit verbundenen Menschen besinnt, geht die Lebenskurve wieder bergauf. Später, wahrscheinlich einige Jahre später, beginnen durch die Antiöstrogen-Therapie körperliche

Komplikationen aufzutreten. Sie hat immer mehr Schmerzen und damit verbunden – immer mehr Ängste vor einer erneuten Erkrankung. Deshalb erfährt die Kurve einen neuen Einbruch. Nach Abbruch der Anti-Östrogentherapie geht die Kurve wieder bergauf, da ein erklärbarer Grund für das körperliche Befinden gegeben wurde und sich Frau Fuchs deshalb sowohl körperlich, als auch psychisch erholt. Das die weitere Verlaufskurve nur eine geringe Steigung erfährt, liegt daran, dass Frau Fuchs nichts an ihrer eigentlichen Situation ändert und sich ihre Lebensmotivation durch Ablenkung verschafft. Weiterhin bleiben ihre sozialen Probleme unverändert.

Bei Frau Fuchs kann man davon sprechen, dass die körperliche Befindlichkeit von der psychischen Situation in Abhängigkeit steht und durch die medizinische Therapie das körperliche Wohlbefinden zwar hergestellt wurde, diese aber trotzdem negativ von der psychosozialen Situation beeinflusst wurde. Hätte eine psychosoziale Veränderung bei Frau Fuchs stattgefunden, wäre es wahrscheinlich auch viel schneller zu einer körperlichen Regeneration gekommen.

Im Gegensatz zu der Verlaufskurve von Corbin und Strauss muss man erwähnen, dass es sich bei Frau Fuchs um keine lebensbedrohliche Erkrankung gehandelt hat und deshalb zu keiner Zeit ein Abstieg der Kurve zu erwarten gewesen wäre. Auch mehrmalige Einbrüche der Krankheitsverlaufskurve waren aufgrund der Kürze der Therapie und der Erkrankungsform nicht zu erwarten.

4.2.4. Das Krankheitskonzept von Frau Fuchs

Frau Fuchs lebt in einer wissenschaftlichen Welt, wo alle Dinge, die einem im Leben widerfahren können, erklärbar und mit fachkompetentem Personal bezwingbar erscheinen. Jedenfalls bis zu dem Zeitpunkt, bis man selbst Patient ist und mit einer Erkrankung konfrontiert wird, die mit Angst vor dem Tod verbunden ist. So auch bei Frau Fuchs, die ihre scheinbar heile Welt

schwanken sieht und endlich hinterfragen könnte. Sie empfindet ihre Erkrankung als einzigartig, da sie die Person ist, die betroffen ist. So empfinden alle Patienten, die mit Krankheit konfrontiert werden, da sie mit Herausforderungen kämpfen lernen müssen, mit denen sie vorher meistens noch nie in Verbindung getreten sind.

Krankheitsbedingte Erfahrungen resultieren aus Situationen, die mit unterschiedlichen Methoden bewältigt werden können. Frau Fuchs wählt für sich die emotionszentrierte Bewältigungsstrategie – d.h. das diese Strategie eigentlich dazu geeignet ist, mit den Auswirkungen unkontrollierbarer Stressoren fertig zu werden. Sie ist dazu da, wenn sie an der eigentlichen Situation nichts ändern können. Dazu nutzen sie Aktivitäten, die an den kognitiven Bedingungen ansetzen (geplante Ablenkung) und so zu einem besseren Befinden führen. Warum Frau Fuchs ihre Situation als unabänderlich empfunden hat, ist schwer nachzuvollziehen. Sie hatte einen guten Beruf, der ihr finanzielle Sicherheit bot und sie sich deshalb um ihre Zukunft keine Gedanken machen musste. Ihre Töchter waren schon in einem Alter, in welchem man gut auf eigenen Beinen stehen kann und die ja selbst zum Studieren außer Haus gegangen sind. Die Beziehung zu ihrem Mann scheint also für sie unabänderlich zu sein. Durchhalten heißt die Devise. Sie lenkt sich durch die vielen Reisen ab, die sie selbst im Interview als Beweis für ihre Lebensfreude erwähnt und so ihre eigene Intellektualität und das hohe geistige Niveau ihrer Reisekameraden stellvertretend für ihr Bedürfnis nach Liebe und Zuwendung ihres Mannes stellt. Sie versucht die Krankheit, ihre Ängste, selbst ihre Bedürfnisse mit ihrem Intellekt zu regeln und möglichst gering zu halten. Das diese Bewältigungsstrategie Frau Fuchs viel Kraft kostet und der Verzicht auf die Befriedigung von Grundbedürfnissen, wie Zuneigung und Liebe, ihren Tribut abverlangt, erscheint von Außen glasklar – Frau Fuchs leugnet diesen Sachverhalt für sich, um ihr seelisches Gleichgewicht nicht in Gefahr zu bringen. Vielleicht fühlt sich Frau Fuchs auch in ihrer Rolle, der alles ertragenden, geistig regen, desillusionierten, aber auch Ausweg findenden Frau, gefangen und sie kann ohne Hilfe aus dieser Situation nicht heraus. Diese „unauflösbaren“ Situationen, die mit psychischer Belastung und Verzweiflung

verbunden sind, sind bei vielen Paaren zu finden. (Corbin/Strauss 2004, S. 293).

Auf die Frage hin, was sie jemanden raten würde, der ebenfalls von Brustkrebs betroffen würde, antwortet sie: „nicht hängen lassen,... alles weiter wie bisher...“(Interview Fuchs S. 9 Z:26-27). Ihr Krankheitskonzept könnte deshalb so skizziert werden: Frau Fuchs ist ein Mensch, der vorher selbst nie mit schwerer Erkrankung konfrontiert wurde und deshalb trifft sie die Diagnose Brustkrebs sehr hart. Ihre Ängste, nicht mehr funktionsfähig und von ihrem sozialen Umfeld integriert und akzeptiert zu werden, sind ihrer Meinung nach nur durch gesteigerte Aktivität und Berufstätigkeit kompensierbar. Ihre Hoffnung, durch die Intervention der Psychologin ihren Mann zur Fürsorglichkeit und psychosozialer Betreuung seiner Frau zu bringen, scheitert aufgrund seiner Abweisung kläglich. Auch andere Personen, die Frau Fuchs hätten unterstützen können, scheinen hier entweder nicht vorhanden oder nicht als Helfer akzeptiert worden zu sein. Die Bewältigungsstrategie von Frau Fuchs erwächst aufgrund ihrer persönlichen Krankheitserfahrung: „Sei dir selbst der Nächste“. Dies bedeutet sowohl, dass man kein Vertrauen in sein soziales Umfeld mehr setzt, als auch das Bewusstsein, mit sich völlig allein zu sein. Beide Empfindungen können schwere Ängste und Psychosen auslösen. Ob dies bei Frau Fuchs der Fall ist, bleibt aufgrund der Oberflächlichkeit des Interviews leider im Dunkeln. Ihre Kompensation, viele Reisen zu machen, scheint ihr zu helfen, der Situation, in der sie sich hier befindet, zu entrinnen und vielleicht so die Leichtigkeit des Lebens zurückgewinnen zu können.

4.2.5. Welche Bedeutung gibt Frau Fuchs ihrer Krankheit und in welchem Zusammenhang steht diese Bedeutung zu ihrer Biographie?

Welche Dinge in einem Interview gesagt werden, hängt von vielen Faktoren ab, die in diesem Moment für den Befragten in den Vordergrund treten. (Gestalthaftigkeit von Erinnerung und Erzählung) (Corbin/Strauss 2004, S. 70) Frau Fuchs bricht oft ihre Erzählung an besonderen Stellen ab, die auf ihr ganz persönliches Seelenleben schließen lassen könnten und wechselt

sekundenschnell auf ein anderes, unverfänglicheres Thema. Ein gutes Beispiel ist dieser Satz (S.7 Z: 16-18): „ ... in diesem Augenblick habe ich unheimlich geschluckt, als sie mir das gesagt hat: „sie werden ihren Mann nicht ändern!“ und dann hat sie mir gesagt:“ jetzt müssen sie einen Antrag auf Beihilfe stellen!“ und da habe ich mir den Antrag durchgelesen.....“ Sie beginnt ihre Quintessenz aus dem Gespräch mit der Psychologin zu ziehen und sofort kommt wieder ihre Abwehrhaltung zum Vorschein, die sie mit formellen Dingen ausschmückt. Deshalb müssen wir in diesem Interview durch sehr kleine Passagen auf die wirklichen Bewegungspunkte von Frau Fuchs schließen.

Auch hier, wenn manchmal von Frau Fuchs auch nur durch Halbsätze angedeutet, können wir auf zwei Unterteilungen schließen:

Den Unterteilungspunkt „**Ballast**“ nehmen wir mit seinen Unterpunkten zuerst unter die Lupe. Dass Frau Fuchs schon vor ihrer Erkrankung mit Problemen behaftet war, haben wir durch den Halbsatz in ihrem Interview auf Seite 2 Z:1 von ihr erfahren: „.....(ich habe) durch meinen Kummer – ich habe also echt 43 kg gewogen....“ Erst im Laufe ihres Interviews erfahren wir kleine Teile aus dem Leben von Frau Fuchs, denen wir uns nun in Unterteilungen nähern wollen:

- Wir erfahren im Interview über die *Biographie* von Frau Fuchs viel über ihre beruflichen Werdegang, weniger über ihre eigenen Erfahrungen und persönlichen oder gar über ihre sozialen Erlebnisse. So erfahren wir z. . dass sie Lehramt studierte, durch die Wissenschaft auch ihren Mann kennen gelernt hat und ihre Töchter, den Werten der Eltern entsprechend, auch eine akademische Laufbahn einschlugen. Von ihrer Ursprungsfamilie wissen wir nur, dass Frau Fuchs vor ihren Eltern die Erkrankung am Anfang verheimlicht hat, um sie nicht zu beunruhigen und ihre beiden Schwestern die Fürsorge in dieser Zeit übernommen haben. Wie eng das Verhältnis zu ihren Eltern war, kann aufgrund der neutralen Aussagen nicht gewertet werden. Erst als ihr Vater einmal über

seine Gebrechlichkeit jammert, erzählte sie ihm von ihrer Erkrankung. Sonstige soziale Verknüpfungen, eine feste Bezugsperson, wie z.B. eine beste Freundin oder gar ihre Schwester, die ihr vielleicht bei der Bewältigung ihrer Krankheit helfen hätte können, wird nicht erwähnt. Außer ihren Kollegen, die Blumen schicken und ab und zu anrufen, erwähnt sie keinerlei soziale Unterstützung, die in diesem Teil ihrer Biographie hilfreich hätten sein können. Im Interview spart sie aber die Benennung „Brustkrebs“ aus, als wäre es ein Tabuwort für sie.

- Über ihre Rolle als treusorgende Mutter und Ehefrau, pflichtbewusste Lehrerin erfahren wir einiges von ihr. Sie scheint – gleich einer modernen Frau – alles unter einen Hut zu bringen: sehr erfolgreiche Karriere im Lehramt und gleichzeitig leistungsorientierte Mutter, die ihre Töchter zu Höchstleistungen anspornt, damit auch aus ihnen wiederum perfekte Frauen werden können. Den Haushalt regelte viele Jahre eine Haushälterin, damit sie sich „wichtigeren“ Aufgaben zuwenden konnte. Zudem erwähnt sie ihre gastgeberischen Kenntnisse beim Eintreffen von ausländischen Gästen bei ihr zu Haus, damit das Bild einer perfekten, weltmännischen Frau komplett wird. Die Krankheit ihrer Tochter, die zuerst unter Krupp, später unter pollenassoziiertem Asthma litt, erwähnt sie im selben Absatz, in dem sie über ihre Lebenseinstellung ihrer Krankheit gegenüber, aber auch ihrem näheren sozialen Umfeld spricht. Sie will sich nicht mehr unter „Druck“ setzen lassen – d.h. dass sie meint, dass durch die Krankheit, aber auch durch das Bangen vor den Nachsorgeuntersuchungen Druck in den Patientinnen und deren sozialem Umfeld aufgebaut wird, welcher für alle schädlich sein kann. (Interview Fuchs S. 4 Z: 1-10) Die Rolle ihrem Mann gegenüber, scheint mehr einem adäquaten, intellektuellen Gesprächspartner zu entsprechen, dem gegenüber er aber keine Veranlassung zur Fürsorge und liebevoller sozialer Betreuung sieht, als einer Ehefrau, die er vor den, mit der Erkrankung verbundenen Ängsten und Sorgen, beschützen oder gar begleiten müsste. Vielleicht bildete sich auch durch die Modernisierung der Rolle „Frau“ ein weiterer, für die Frau

unangenehmer, Faktor aus : die Stärke der Frauen im Alltag verhindert vielleicht, dass Männer Handlungsbedarf in Situationen sehen, in denen sich Frauen Mitgefühl und Nähe wünschen. Vielleicht verhindert auch die Überintellektualisierung von Sachverhalten das Zulassen von sozialer und emotionaler Nähe.

- Der Bereich „*Sinnsuche*“ fällt bei Frau Fuchs sehr klein aus. Sie erwähnt, dass sie durch die Krise „Brustkrebs“ zu der Erkenntnis gekommen ist, dass sie von niemanden mehr etwas erwartet (S. 7 Z: 25/26) und sie ihr Leben selbst meistern muss (S.7 Z:15). Durch diese Aussagen könnte man auf zwei Dinge schließen: erstens, sie hat ganz andere Erwartungen in ihren Mann gesetzt, als er zu geben bereit war, und sie war deshalb sehr enttäuscht, als dieser keinen Zug für sie getan hat und zweitens, dass sie sich vor ihrer Erkrankung sehr stark nach den Wünschen und Interessen ihres Mannes orientiert hat und nun dass tut, was ihr Freude bereitet – ohne auf jemanden Rücksicht zu nehmen – wobei sie Rückfalltendenzen zeigt, indem sie erwähnt, dass sie immer noch für ihre Tochter kochen muss, die aber schon 30 Jahre alt ist und deshalb sich selbständig versorgen können müsste.
- Da Frau Fuchs sich mit ihren Äußerungen über ihre Gefühle während der Erkrankung sehr bedeckt hält, können wir nur vermuten, dass Krankheit für sie immer noch ein *Tabuthema* ist, mit dem sie sich nicht auseinandersetzen kann. Sie lässt die Benennung „Brustkrebs“ in ihrer Erzählung aus, sagt dafür zum Beispiel (S. 9 Z: 24): „...und jetzt hat es eine Freundin erwischt.....“ und in einer anderen Passage, als sie ihrem Vater von ihrer Erkrankung erzählt sagt sie: „.....ich lebe auch schon lange mit da war er erstaunt“. (S. 8 Z. 18). Durch das Nichterwähnen des Unausprechlichen, des Unfassbaren wird uns die tiefe Bedeutung im Leben von Frau Fuchs so richtig klar. Durch diese Erkrankung sind bei Frau Fuchs nicht nur Ängste vor dem Tod hervorgerufen worden, sondern auch die Konfrontation mit Gefühlen, die vorher – in ihrer Welt, wo alles seinen Namen, seine Bezeichnung, seine Bedeutung hat – auf einmal unfassbar bedrohlich geworden, was nicht in Worte gefasst

werden kann. Die damit verbundenen Gefühle werden bei Frau Fuchs vielleicht sogar vor sich selbst, aber auf jeden Fall vor anderen verheimlicht – vielleicht auch deshalb, um den Schmerz ertragen zu können!

Auch das Austragen von Konflikten scheint für Frau Fuchs keine Möglichkeit zu sein, um Dinge zu verändern oder gar zu verbessern. Wahrscheinlich hat sie durch das viele Reisen eine für sie passende Fluchtmöglichkeit entdeckt. Wahrscheinlich wurde schon in der Ursprungsfamilie von Frau Fuchs die Konfliktfähigkeit nicht vermittelt. Konfliktfähigkeit bedeutet, dass jemand emotional flexibel, introspektionsfähig ist und die Möglichkeit besitzt, seinen Lebensentwurf in Frage stellen zu können. (Pöppel, 1990, S. 313) Frau Fuchs scheint sich auf niemanden anderes, als ihre Familie emotional zuwenden zu können, was für eine unflexible Haltung spricht. Über ihre Introspektion kann man nur annehmen, dass Frau Fuchs in den Zeiten, als sie mit der Erkrankung konfrontiert und kurze Zeit nach ihrer Operation zu Hause war, sehr wohl Zeit für eine ausgiebige Introspektion gehabt hat. Was sie dort vorgefunden hat, welche Erkenntnisse sie aus ihrer Schau gezogen hat, bleibt uns leider verborgen. Möglich wäre auch, dass sie diese Introspektion weit weg geschoben hat, um den damit verbundenen Schmerz, lebensbedrohlich erkrankt und auch noch alleine zu sein, ohne seelischen Beistand, überhaupt durchzustehen. Über ihren Lebensentwurf können wir vielleicht eine kleine Skizze beschreiben: Frau Fuchs als Karrierefrau, überkorrekte Rektorin einer Schule, gleichzeitig selbst Familie mit zwei zielstrebigem Töchtern, einen Ehemann, der als Professor einen sehr guten Leumund hat, präsentiert uns auf der einen Seite die Vorstellung einer Familie, die gesellschaftlich etabliert, erfolgreich und angesehen ist – auf der anderen Seite entwickelt sie nach ihrer Erkrankung den Wunsch, die Welt weitgehend ohne ihren Mann zu entdecken und sich in manchmal sogar verbissene Intellektualität zu stürzen, wahrscheinlich um ihren wirklichen Gefühlen und den daraus resultierenden Konsequenzen zu entgehen.

- Frau Fuchs legt ihre *Werte und Normen* an dem Maßstab der wissenschaftlichen Welt und wahrscheinlich auch ihres Elternhauses an. Für sie gilt Wissen als wertvolles Gut – was unbestreitbar ist – und damit kann man sich, ihrer Meinung nach, auf der ganzen Welt durchsetzen. Zweifel darüber haben in Frau Fuchs' Welt keinen Platz. Genauso verfährt sie mit Herzensentscheidungen. Sie lässt uns in keinem Punkt des Interviews erkennen, dass sie ihren Gefühlen nachgegeben hätte und so neue Seiten an sich – aber auch an anderen – entdecken hätte können. Ihre neutrale und logische Welt scheint uns zwar erklärbar und somit verbinden wir damit eine gewisse Sicherheit, was Frau Fuchs wahrscheinlich auch tut, dennoch bleibt die Befriedigung von elementaren Emotionen im Dunkeln und Frau Fuchs scheint diese durch ihre Reisen zu kompensieren. Dieses Verhalten nennt man Kompensation. Die Verhüllung einer Schwäche durch Überbetonung eines erwünschten Charakterzugs. Frustration auf einem Gebiet wird aufgewogen durch übermäßige Befriedigung auf einem anderen. (Zimbardo, 1999, S. 534)
- Frau Fuchs entwickelt für sich ein **Gesundheitskonzept** – was zwar noch in den Kinderschuhen steckt, trotzdem fühlt sie in sich nach, nach was ihr momentan der Sinn steht und deshalb unterteilen wir es in folgende Punkte:
- Nach ihrer Diagnosestellung nimmt sie alles, was sich aus ihrem biographischen sozialen Netz entwickelt hat, als Hilfestellung für ihre *Zentralisation* ihrer *Kräfte und Ressourcen*. Sie lässt ihre Eltern durch ihre Schwestern betreuen, um für sich selbst genügend Zeit zur Bewältigung und körperlicher Regeneration zu haben. Sie nimmt ihre privaten Kontakte zu dem Strahlentherapieexperten in Anspruch, um seinen Rat einzuholen und somit für sich die bestmögliche Behandlung zu ermitteln. In Kooperation mit Prof. Dr. Hengstenberg beginnt sie mit ihm schon von Anfang an zu „handeln“. Sie besteht auf ihrer Biopsie, um

keine unnötige Operation machen zu lassen, sie widerspricht ihm auch später immer wieder bei dem weiteren Vorgehen, was er allerdings bei dieser Patientin akzeptiert und sie auch später in seine „Sonderkartei“ aufnimmt. Dieses Verhalten zeigt uns, dass sie durchaus in der Lage ist, für sich selbst einzutreten, für sich auf intellektueller Art zu kämpfen und sich somit aus den Schwierigkeiten „herauszuboxen“. Frustration auf anderem Gebiet – wie das Fehlen der Anwesenheit ihres Mannes - wird dadurch bezwingbar gemacht. Ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche erfüllt sie sich später durch kleine Dinge wie das morgendliche Fernsehschauen, wenn ein guter Film kommt (S. 7 Z: 28/29) und größeren wie den Rundflug um den Mount Everest, eine Reise nach Kamadokien, Neuseeland, USA, Kanada und in vielen anderen Ländern. Wie es scheint, hat sie sich das vor ihrer Erkrankung nicht gegönnt.

- Bei Frau Fuchs, die als emanzipierte Frau eigentlich das Wort „Selbstbestimmung“ erfunden haben müsste, finden wir selten Ansätze davon in dem Interview. In wieweit ihre Handlungen auch heute von ihr selbst initiiert sind, bzw. durch soziale Konstrukte ihrer Reisegruppe geformt und bestimmt werden, erzählt sie uns nicht. Ob ihre Krankheit ihr auch eine gewisse Freiheit verschafft hat, sich eine „Auszeit“ von der Familie zu machen, und deshalb von allen akzeptiert wird, können wir nur erahnen.
- Zu ihrem neuen *Selbstbild* steht sie felsenfest. Sie erzählt uns auf S. 10 Z: 25 „... und ich gehe ins Fitness und ich gehe in die Sauna. Anfangs habe ich überhaupt keine Schwierigkeiten gehabt. Da hätte man schon ganz genau gucken müssen, dass man überhaupt einen Unterschied sieht, jetzt sieht man schon einen Unterschied (zwischen der operierten und nicht-operierten Brust) – jetzt lege ich ein Handtuch oder so drüber. Wenn man mich fragt, sage ich: ich bin operiert!.....“ Durch die gelungene Operation wurde vor allem am Anfang das äußere Selbstbild von Frau Fuchs nicht geschädigt, was ihr die Bewältigung der Krankheit erleichtert hat. Innerlich ist Frau Fuchs mit dem Ergebnis ihres neuen innerlichen und äußerlichen Selbstbildes zufrieden. Sie kann mit den

Operationsfolgen (die Narbe ist ca. 1,5 cm groß) gut leben. Ihre erlangten Freiheiten führten bei Frau Fuchs zu einem kosmopoliten Selbstbild, in dem sie förmlich aufgeht und welches zu ihrer Weltauffassung stimmig ist.

- Frau Fuchs hat, wie schon beim Selbstbild beschrieben, eine gesunde Einstellung zu ihrem *Körper* und auch zu ihrer *Körperwahrnehmung*. Was die anderen darüber denken, scheint ihr egal zu sein. Sie steht zu sich – was aufgrund der äußerlichen Gegebenheiten – Frau Fuchs ist trotz ihres Alters von 65 eine sportlich durchtrainierte, schlanke, sehr jung aussehende, gepflegte Frau – auch nicht großer Anstrengung bedarf. Sie verhält sich nicht wie Altersgenossinnen. Sie geht zweimal die Woche in ein Fitnessstudio, geht ins Joga, geht zusätzlich seit vielen Jahren zum Ausdauertraining. Sie hält sich bewusst fit. Sie will sich nicht körperlich einschränken, wie es viele andere in ihrem Alter tun. Wenn sie allerdings körperliche Einschränkungen erfährt, bekommt ihre Angst vor Krankheit hypochondrische Ausmaße. Auf Seite 5 beschreibt sie uns eines dieser Phänomene (Z:18-20):“...ich habe ab und an mal...(in den Fingern) ja, es tut manchmal weh...und da ist natürlich schon immer eine geringe Unsicherheit... ja, ich denke daran, vielleicht hast Du doch irgendwo... aber... ich verdräng´ es , ich versuch immer was zu verdrängen...” und (S.10 Z: 6,7): „... sie haben die Veranlagung, und deshalb kann es immer wieder sein! Es kann irgendwo weitergehen und wenn mich etwas irgendwann lange plagt, dann denke ich, vielleicht geht es weiter.....“. Frau Fuchs verbindet also jegliche Art von körperliche Beschwerden mit ihrer Brustkrebserkrankung und unterscheidet nicht mehr von möglichen Symptomen, die aufgrund der Erkrankung entstehen können und ihren Beschwerden, die aufgrund des Östrogenmangels aufgetreten sind. Hier hat die Intellektualisierung von den Ängsten von Frau Fuchs ihre Grenzen erreicht.
- Entschieden geht sie bei der *Selektion* ihres sozialen Umfeldes vor: (S. 11 Z:12/13): „...ich gehe bewusst, wo man Frauen- bzw. Haushaltsgespräche führt, nicht mehr – da ist mir meine Zeit zu schade!“

und auf der anderen Seite sucht sie sich andere Menschen, mit denen sie sich austauschen kann (S.5 Z: 14-17): „...und mein Englischkurs, das ist einfach ein toller Kurs, das sind Frauen, vielleicht ein bisschen jünger als ich, oder auch älter als ich, das sind genauso gebildete Frauen, das sind Frauen, aus allen Berufsschichten, das macht unheimlich Spaß, da Gespräche zu führen.“ Wichtig scheint ihr nach wie vor der intellektuelle Anspruch, um keine Zeit mit unwichtigen Dingen zu „verplempern“. Die Zeit „richtig“ auszunützen scheint für Frau Fuchs ihr Lebensinhalt geworden zu sein.

Durch das Interview von Frau Fuchs wird uns glücklicherweise vermittelt, dass soziale Unterstützung kein Parameter für Überleben oder Nicht-Überleben darstellt. Denn wie viel Menschen müssen ihre Krankheit ohne kompetente soziale Unterstützung bewältigen?

Biographische Werte und Normen, die schon vor der Erkrankung die Grundpfeiler einer (Über-) Lebensstrategie waren, können die Ressourcen für die Bewältigung von Krankheit darstellen, den neuen Lebensplan beeinflussen und dazu animieren, sich mehr auf sich selbst und die eigenen Wünsche und Vorstellung zu konzentrieren und diese zu verwirklichen, welche vorher von sozialen Strukturen beeinflusst oder gar verhindert wurden. In dem Fall von Frau Fuchs war ihre Überlebensstrategie die emotionszentrierte Bewältigung, welche ihre Ängste und Sorgen mit gezielter Ablenkung und Intellektualisierung handhabbar machte. Ob es sich hierbei um eine Scheinlösung handelt, die die eigentliche Angst nicht beeinflusst, mag hier nur angemerkt werden (Pöppel, 1990, S. 152).

4.3.1. Beschreibung von Frau Gonzales

Frau Gonzales ist heute 38 Jahre alt. Sie ist 1,68 m groß, hat lange, dunkelbraune glatte Haare, einen dunklen Teint, ist schlank und sportlich

durchtrainiert. Sie trägt für unsere süddeutsche Gegend eine auffallende, südamerikanisch-geprägte Kleidung, wie einen gewebten Rock mit Inka-Mustern und einen passenden Poncho. Sie ist sehr gepflegt und ihr Gesicht ist zwar meistens ernst während des Interviews, doch man kann ihre Lachfältchen um den Mund herum sehen und ihre liebenswürdige Art, wie sie von allen Dingen spricht, macht es dem Gegenüber leicht, mit ihr in ein tiefergehendes Gespräch einzutauchen und die interessante Frau kennen zu lernen.

Frau Gonzales wurde als jüngstes Kind von 3 Geschwistern im Alpenvorland von Süddeutschland geboren. Die Eltern von Frau Gonzales besaßen dort einen mittelgroßen Bauernhof, für welchen sie sich einen passenden Stammhalter für den Hof wünschten, was Ihnen auch beim dritten Mädchen versagt blieb. Dies bedeutete, dass Frau Gonzales schon als Kind mit der Ablehnung „du bist ja sowieso zu nichts nutze“, weil sie so zierlich und schlank war, leben musste. Die Kindheit auf dem Bauernhof war für Frau Gonzales mit viel zu schwerer Arbeit verbunden, was ihr in einem Punkt einen Vorteil verschaffte, denn sie durfte als Einzige von den drei Mädchen das Gymnasium besuchen. Nach dem Abitur durfte sie in eine süddeutsche Großstadt ziehen, wo sie an der Universität pharmazeutisch-technische Assistentin lernte und erfolgreich absolvierte. In dieser Stadt lernte sie auch den spanischen Edelmann Gonzales kennen, der sich für dieses schüchterne Mädchen vom Lande interessierte und es, fast wie im Märchen, auf sein Gut in Südspanien mitnahm und heiratete. Doch hier endet auch schon die schöne Geschichte. In Südspanien angekommen wird Frau Gonzales von dem patriarchischen Schwiegervater wie ein Tier gezüchtigt, wenn sie verschiedener Ansichten waren. Vom Ehemann wegen der auftretenden familiären, sprachlichen und kulturellen Barrieren zunehmend gemieden und zum Teil auch verachtet, was durch die Schwangerschaft und Geburt des Sohnes noch verstärkt wurde, verzweifelt Frau Gonzales fast an diesem Leben.

Als eine frühere enge Freundin von Frau Gonzales auf dem Gut erscheint und die Situation von ihrer Freundin aufdeckt, verhilft sie dieser und ihrem kleinen

Sohn zur Flucht mittels einem alten VW-Bus. Die drei tingeln 2 ½ Jahre durch Südeuropa und verdienen ihren Lebensunterhalt mit Gelegenheitsarbeit.

Schließlich kehren sie in die Süddeutsche Großstadt heim und frühere Freundinnen gewähren Frau Gonzales und ihrem Sohn Unterkunft und Essen und helfen ihr so aus dieser misslichen Situation. Zu ihren Eltern konnte Frau Gonzales nicht wieder zurück, denn diese verurteilten die Flucht ihrer Tochter scharf und verwiesen sie des Hauses.

Frau Gonzales meldete sich gerade arbeitslos, begann eine kleine Unterkunft für sich und ihren Sohn einzurichten, als sie von ihrer Krankheit erfährt. Während ihrer Erkrankung kümmert sich ein alter Freund von ihr rührend um sie, den sie später als Partner lieben lernt und bis heute eine glückliche Beziehung führt.

Nach der Bewältigung ihrer Krankheit begann sie wieder in der Universität zu arbeiten und engagiert sich heute für psychisch auffällige Jugendliche, die von ihren Eltern in ein Heim für schwererziehbare Kinder gegeben werden und ist an einem Forschungsprojekt beteiligt, welches sich mit der medikamentösen Behandlung versus Psychotherapie beschäftigt.

4.3.2 Der Krankheitsverlauf von Frau Gonzales

Wenn man die drei Frauen miteinander vergleicht, ist Frau Gonzales diejenige, die am lebensbedrohlichsten erkrankt war. Dass ihre Sorge nicht allein ihrer Erkrankung galt, sondern vor allem ihrem Sohn, den sie als alleinerziehende Mutter alle Aufmerksamkeit der Welt schenken wollte, scheint daher verständlich zu sein.

Frau Gonzales hatte im April 1997 die Operation am linken äußeren Quadranten.

Die Histologie ergab folgendes:

0,7 cm großes, mittelgradig differenziertes, *duktal-invasives Mamma-Ca*, mit entfernt: 8 tumorfreie Lymphknoten, Lymphektomie Level I bis III.

Staging: pT1b pNo(0/8)M0, G2.

Rezeptoren: Östrogen- und Progesteronrezeptor stark positiv

Therapie: Radiatio: 46 Gy und 10 Gy Boost auf das Tumorbett unter Ausblendung des axillären Lymphabflußgebietes.

Tumormarker: CEA: 3,5 ng/ml und MCA: 12,7 diskret erhöht

1. Rezidiv: 14.07.1999 und Nachresektion am 22.07.1999:

Diagnose: Lokoregionäres Rezidiv bei bekanntem Mamma-Ca, links oben außen.

Histologie: 0,5 cm großes, gut differenziertes, duktal-invasives Mamma-Ca. links. Im Nachresektat kein Tumorverband nachweisbar.

Rezeptoren: mäßig positiv, ER: 8, PgR 6

Tumormarker: CEA: 2,3 ng/ml, Ca 15-3: 21,1 U/ml im Normbereich

Prognosefaktoren: KI 67 (Mib-1): stark proliferierend

p53 (DO 1): negativ

c-neu (Her 2 neu): negativ 1+

2. Rezidiv: 23.11.00

Diagnose: 0,5 cm großes, mittelgradig differenziertes, ductal-invasives Mamma-Ca mit überwiegend invasiver Tumorkomponente.

rpT1a, G2

Rezeptoren: Stark positiv, Er 9, PgR: 6

Prognosefaktoren: Ki 67 : stark proliferierend

p53: positiv

c-neu: negativ 1+

Tumormarker im Normbereich

Bei Frau Gonzales wurde nicht die heute übliche Therapie durchgeführt, die folgend dargestellt werden kann: (Harrison, 1999, S. 673)

Altersgruppe	Lymphknoten-Status	Rezeptor-status	Tumor	Therapieempfehlung	Kommentar
Prämenopausal	negativ	jeder	größer 2cm oder 1-2 cm mit	Kombinatio ns-	Rolle von Tamoxifen

			anderen negativ prognostischen Faktoren	Chemotherapie	unklar
--	--	--	---	---------------	--------

Frau Gonzales hatte zwar keinen 1-2 cm großen Tumor, doch andere, prognostisch negative Faktoren, wie stark positive Rezeptoren, die nicht mit Anti-Östrogenen behandelt wurden. Außerdem hätte später, spätestens nach dem Auftreten des ersten Rezidivs, der Vorschlag für eine Chemotherapie von Seiten der behandelnden Ärzte kommen müssen, da die lokoregionäre Bestrahlung das Auftreten der Rezidive nicht verhindert hat.

Frau Gonzales stellte ihre Brustkrebserkrankung selbst im Spiegel fest und war darüber sehr beunruhigt und ging gleich am darauffolgenden Tag zu ihrer Frauenärztin. Es wurde sofort eine Mammographie- und Ultraschalluntersuchung veranlasst, welche ihre Vermutung bestätigte. Sie ließ sich in einer Süddeutschen Großstadt in einer Universitätsklinik operieren, in welcher sie früher selbst berufstätig war. Bei der Vorbereitung für ihre Operation wird ihr das Ausmaß ihrer Situation schlagartig bewusst und sie muss mittels Medikamente ruhiggestellt werden. Den körperlichen Schmerz nach der Operation stellt im Gegensatz zum seelischen Empfinden kein größeres Problem dar. Als der histologische Befund nach ein paar Tagen eintrifft, wird ihr mitgeteilt, dass sie wirklich an Brustkrebs leidet. Diese Mitteilung lässt Frau Gonzales fast verzweifeln! Später, nachdem sie sich wieder beruhigt hat, wird ihr eine Strahlentherapie vorgeschlagen, eine Chemotherapie wurde aufgrund der Größe nicht für nötig befunden. Als sie das hört, denkt sie (S.3 Z: 22): „...Gott ist gnädig“. Sie empfindet die Befreiung von der Last „Chemotherapie“ als positiven Schicksalsschlag und gibt sich neue Hoffnung.

Ein paar Tage später wird sie aus der Klinik entlassen und es beginnt sich eine „Leere“ breit zu machen, weil sich niemand mehr um Frau Gonzales kümmert. Die Strahlentherapie übersteht Frau Gonzales mithilfe von Selbstsuggestionen und positivem Denken recht gut. Anschließend macht sie in Freiburg eine Kur,

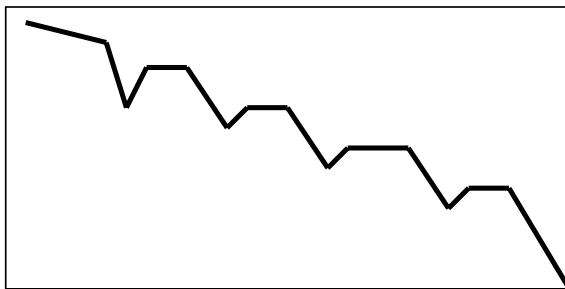
welche ihr beim Aufbau ihres Gesundheitszustandes sehr behilflich ist und sie wieder neuen Lebensmut fasst.

Einige Monate später hat sie – neben partnerschaftlichen Problemen – bei einer Nachsorgeuntersuchung wieder einen Knoten. Ihre Verzweiflung ist dieses mal stärker als zuvor, weil sie ja inzwischen ganz genau weiß, was auf sie zukommen kann. Es wurde das erste Rezidiv zu schonend entfernt und Frau Gonzales musste nochmals zur Nachresektion kommen. Sie lehnte jede weiter schulmedizinische Therapie ab und beginnt mit einer Psychoanalyse, da sie sich sicher ist, dass ihre Erkrankung mit ihr und ihrer Geschichte zusammenhängt. Bei der Aufarbeitung ihres Erlebten, kommt es zu einem weiteren Rezidiv.

Erst als sie bei der Zweitmeinung mit dem Kontext: ihre Schwester, die inzwischen auch Brustkrebskrank ist, macht alles richtig, nur sie macht alles falsch, konfrontiert wird, kommt es zum großen Durchbruch ihres Selbstbildes – sie erkennt, dass niemand außer ihr selbst bestimmen kann, was für sie „richtig“ oder „falsch“ ist. Sie lässt sich zwar das 2.Rezidiv herausoperieren, entscheidet sich anschließend aber gegen jegliche schulmedizinische Therapie und ist bisher rezidivfrei.

4.3.3 Vergleich Verlaufskurven

Nach der Verlaufskurve von Corbin und Strauss bei einer Krebserkrankung stellt sich folgendes Bild dar:



Bei Frau Gonzales könnte man folgende Krankheitsverlaufskurve erheben:



Der erste Abfall der Verlaufskurve stellt natürlich die Diagnosestellung dar. Die Verlaufskurve stabilisiert sich während ihres Aufenthaltes in der Klinik und es geht nach der Strahlentherapie wieder bergauf. Das hält, bis es zum 1. Rezidiv kommt. Frau Gonzales erlebt dies als absoluten Schock, denn sie dachte zu diesem Zeitpunkt, dass sie die Ursache der Krankheit mit „ihren“ Methoden bereits im Griff hatte. Sie erholt sich auch dieses Mal und entschließt sich zu einer Psychotherapie, was ihr Wohlbefinden steigert und sie sich zunehmend sicher fühlt. Deshalb ist das 2. Rezidiv für Frau Gonzales zwar ein weiterer Einbruch in ihre Verlaufskurve, aber dieser wird von Frau Gonzales schon als bewältigbar angesehen und sie erholt sich deshalb sehr schnell wieder davon, weil ihr durch die Psychotherapie ihr eigentliches Handicap - ihr verkümmertes Selbstbewusstsein – als Ursache von Krankheit erklärbar wird und sie sich durch verschiedene Stabilisierungsmaßnahmen sicherer fühlt, als jemals in ihrem Leben zuvor. Dabei spielen bestimmt auch ihre intakten sozialen Verhältnisse eine Rolle, die Frau Gonzales weiteren Rückhalt geben und ihr seelisches und körperliches Gesundheitsempfinden stärken.

4.3.4. Das Krankheitskonzept von Frau Gonzales

Frau Gonzales war 32 Jahre alt, als sie von ihrer Erkrankung erfuhr. Vorher war ihr bewegtes Leben für sie im Vordergrund ihrer Aufmerksamkeit gestanden. Die Bewältigung dieser Schwierigkeiten waren sehr wahrscheinlich auch der

Grund, dass Frau Gonzales eine Mischung zwischen einer problemzentrierten- und einer emotions-zentrierten Bewältigungsstrategie entwickelte.

Die großen Entscheidungen im Leben von Frau Gonzales wurden von dem psychischen „Überleben“ und von einer subjektiven Wahrnehmung der Situation beeinflusst. Die soziale Umwelt ließ Frau Gonzales in ihrer Kindheit nur wenig Spielraum zur Entfaltung ihrer Meinungsfähigkeit und diese Bedingung erschwerte ihr das Handeln. Als sie mit ihrer Diagnose konfrontiert wurde, entwarf sie keinen Plan, um ihr Leben wieder in den Griff zu bekommen. Aufgrund ihrer aufgewühlten Emotionen und dem Schock, verwundbar, möglicherweise sogar tödlich erkrankt zu sein, war sie zuerst nicht in der Lage, einen klaren Gedanken zu fassen.

Hilfreich für ihr weiteres Vorgehen war bestimmt auch die Tatsache, dass sie sich in der Maschinerie der Universität auskannte, und sie sich nach dem ersten Schock umhörte und sich einen guten Operateur suchte. Ihre Frauenärztin, die sie durch ihre berufliche Tätigkeit in der Universität gut kannte, unterstützte sie auf ihrem Weg nicht nur fachlich kompetent, sondern auch sehr fürsorglich-vorbildlich.

Dieses Vorgehen kann man als problemzentrierte Bewältigungsstrategie bezeichnen, da sie selbst nach einem Ausweg der die Krankheit betrifft sucht und gezielt gegen die Krankheit vorgehen will. Sie kämpft auch von Anfang an für sich – und natürlich als Hauptmotivation – für ihren kleinen Sohn, den sie um keinen Preis an fremde Leute geben will.

Das erste Rezidiv wiederum wirft Frau Gonzales aus der Bahn und sie beginnt, nach allen möglichen Alternativen zu suchen und sie auszuprobieren.

Mit dem zweiten Rezidiv wird ihr klar, dass die Bekämpfung der Ursache in ihrem Fall nicht in irgend einer medizinischen Intervention liegt, sondern in ihr selbst. Sie beginnt bei einem sehr kompetenten Psychologen ihr Selbstwertgefühl aufzubauen und ihre Muster zu hinterfragen, die sie in ihrem Leben zum Teil vermittelt bekommen hat, als auch durch die biographischen Elemente selbst entwickelt hat. Sie findet dort reichlich Material zur Aufarbeitung, was schließlich zu Erkenntnis führt, wo ihre eigenen Wünsche liegen und dass sie selbst für sich und ihr Wohlergehen verantwortlich ist.

Deshalb ändert Frau Gonzales von der problemzentrierten Bewältigungsstrategie zu der emotionszentrierten Bewältigungsstrategie, weil sie dort die Befriedigung ihrer momentanen Wünsche und Gefühle eher verwirklicht sieht, als dem Hinterherjagen von etwas so globalem wie Gesundheit – aber auch Krankheit.

Dass dieses neue Handeln und Denken für andere schwer nachzuvollziehen sein mag, vielleicht auch weil die subjektive Realität von Frau Gonzales verzerrt wird, um sie ertragen zu können und sich selbst widerstandsfähiger gegen die Repressalien des Lebens und der möglichen Gesundheitsbedrohung zu machen (Hardiness) (Zimbardo, 1999, S. 382).

Von Außen betrachtet scheint Frau Gonzales mit der Auswahl ihrer Bewältigungsstrategie nach dem „Versuch-und-Irrtum“-Prinzip verfahren zu sein. Sie probiert zunächst die eine, erkrankt nochmals und wechselt dann zur anderen Strategie und wird gesund. Vielleicht ist das ein Zufall gewesen. Vielleicht ist aber auch zu bedenken, dass die Kombination von Bewältigungsstrategien bzw. die Anpassung der Bewältigungsstrategie an die Situation erfolgreicher sein kann, als nur das Verfolgen einer Strategie. Das fanden Taylor und Clark schon 1986 heraus. Sie bewiesen, dass Zusammenhänge zwischen erfolgreicher Stressbewältigung und das Beherrschen von mehreren Bewältigungsstrategien besteht, die an die Situation angepasst werden. (Taylor/Clark, 1986, S.1-28).

Die Grenzen zwischen Problemzentrierter Bewältigungsstrategie und emotionszentrierter Bewältigungsstrategie verwischen bei Frau Gonzales und man könnte sagen, dass sie sich ihre psychische Stabilität mittels emotionszentrierter Bewältigungsstrategie erhält, daneben mit Hilfe von problemzentrierter Bewältigungsstrategie die äußeren Bedingungen für ihre Gesundung geschaffen und deshalb durch die Kombination und Entwicklung ihrer Ressourcen wirkliche Gesundheitsförderung für sich selbst errungen hat.

4.3.5 Welche Bedeutung geben von Brustkrebs betroffene Frauen ihrer Krankheit und in welchem Zusammenhang steht diese Bedeutung zu ihrer Biographie?

Am Beispiel von Frau Gonzales

Frau Gonzales vermittelt uns in ihrem Interview, dass ihr durch ihre Brustkrebserkrankung eine Lebenseinstellungsveränderung möglich wurde. Diese Entwicklungsschritte könnte man in zwei Teile – wie auch bei Frau Zorro und Frau Fuchs – gliedern:

Frau Gonzales macht ihre biographischen Erlebnisse - global nun als „Ballast“ bezeichnet – für ihre Erkrankung verantwortlich. Allerdings geht sie in ihrer Differenzierung weiter, denn sie macht nicht nur ihr soziales Umfeld und dessen negativen Einwirkungen auf ihre Seelenleben für ihre Erkrankung verantwortlich, sondern sie behauptet für sich, dass die negativen Einwirkungen ihre Einstellung zu sich selbst negativ verändert hat und sie lernen muss, sich selbst wahrzunehmen, ihre Wünsche kennen zu lernen und diese Wünsche und Vorstellungen vor aller Welt zu vertreten, auch wenn andere diese nicht wertschätzen.

Als ballastbeladene Punkte zählen bei Frau Gonzales:

- ihre *Biographie*. Frau Gonzales wuchs in einem landwirtschaftlichen Betrieb auf, bei dem weibliche Familienmitglieder als Hilfskraft von geringem Wert angesehen werden, wenn sie körperlich nicht hart arbeiten konnten. Ihre Schwestern, beide mit sehr ausgeprägten maskulinen Körperkonstitutionen, entsprachen eher den Wünschen der Eltern mehr als Frau Gonzales. Sie wurde deshalb schon als Kind als nicht vollwertig angesehen und wurde in ihrer Entfaltung stark benachteiligt. Eingeschüchtert und mit Minderwertigkeitsgefühlen versehen, lernt sie ihren späteren Ehemann kennen, der ihre psychische Verfassung für sich nutzte, um seine anerzogenen, patriarchischen Züge ausleben zu können. Sie erfährt weder Wertschätzung, noch werden ihre Wünsche und Bedürfnisse von ihrem Ehemann erfüllt. Sie fühlt zu diesem Zeitpunkt wahrscheinlich schon, dass ihr etwas von ihren Grundbedürfnissen wie Zuneigung und Liebe fehlt, doch kann sie es zu diesem Zeitpunkt weder für sich einfordern, noch kann sie es klar

formulieren. Durch die Wiedererlangung von Freiheit beginnt Frau Gonzales zwar das Gefühl für ihr Leben langsam, Schritt für Schritt, zu bekommen, aber sie wird erst zu einem viel späteren Zeitpunkt - durch die Psychotherapie - Zugang zu ihren Emotionen finden.

- Frau Gonzales spielt schon in ihrer Kindheit die *Rolle* eines schwarzen Schafes. Von den Eltern als große Enttäuschung, dass wieder kein Stammhalter geboren wurde, angesehen, hat Frau Gonzales eine Rolle unfreiwillig übernommen, die überhaupt nichts mit der Wirklichkeit zu tun hat und hatte. Sie wurde von ihren Eltern nie wegen ihrer guten Zensuren gelobt, die weit besser waren, als die der vielgelobten Schwestern, sondern wurde sogar mit Maßstäben von „Wunderkindern“ gemessen, damit sie klein und unscheinbar bleiben musste und ihr Selbstbewusstsein ein Dauertief erlitt. Frau Gonzales ist eigentlich alles andere als ein schwarzes Schaf. Sie ist ein sehr sozialer, freundlicher und lieber Mensch, die mit ihren außergewöhnlichen Ideen so manchen Menschen verblüffen kann und die mit ihrer ausgeprägten Feinfühligkeit sich ohne weiteres auch in einen fremden Menschen hineindenken und ihn verstehen kann. Vielleicht wurde ihr diese große Gabe durch das Verhalten der Eltern unbewusst vermittelt, denn sie versuchte den Anforderungen ihres sozialen Umfeldes zu entsprechen, obwohl ihr das – trotz grenzenlosen Einsatzes – nie gelang. Durch das Hinterherjagen um diese Wertschätzung durch ihre Eltern entwickelte Frau Gonzales alles, was man zur Analyse von Wünschen von anderen braucht, selbst schulischen und beruflichen Erfolg – nur keine Selbstreflektion und vor allem kein Selbstvertrauen in sich und seine Fähigkeiten. Die Rolle als Mutter steht bei Frau Gonzales unter dem Stern der bedingungslosen Liebe, welche sie selbst nie erhalten hat und erst in einem langwierigen Prozess von dem neuen Partner annehmen lernt. Diese progressive Veränderung der Wahrnehmung von Wünschen, Vorstellungen und Träumen verändert wahrscheinlich auch in Zukunft Frau Gonzales Verhaltensstrukturen und diese wird wiederum auch die Wahrnehmung ihres sozialen Umfeldes verändern.

- Frau Gonzales spricht einmal im Interview über den Sinn ihrer Krankheit. Sie sagt: (S.4 Z:16/17): *„Ich habe damals eben anfangen, an meinem Bewusstsein zu arbeiten, ja weil ich einfach gewusst habe, dass nicht alles so ist, wie es oft scheint, dass man viele Dinge hinterfragen muss, um den Sinn herauszufinden.“* und später, als sie mit dem 2. Rezidiv eine Zweitmeinung einholte und dieser Professor sie mit der Schwester verglich, die eine klassische Therapie gegen ihren Brustkrebs bekam (S. 9 Z:23-29): *„Nämlich, dass bei mir ... dass ich das als Kind schon immer vermittelt bekommen habe, dass ich alles falsch mache und nie was richtig mache und alles was meine Schwester gemacht hat, die hat immer alles richtig gemacht!... und das war auch für mich eine große Hilfe, alles aufzurollen – das war der Knackpunkt für mich, dass ich denken darf: ich mache auch was richtig, ich mache nicht alles falsch! Was ich mache, ist richtig und was jemand anderes als falsch ansieht, das ist ganz egal – sondern mir muss das passen!“* Sie empfindet – so könnte man es jedenfalls von außen betrachten – das ihr die Krankheit eine Chance vermittelt hat, sich in die Lage zu versetzen, Dinge zu hinterfragen und auf ihren Kern zu kommen, welcher die Kraft besitzt, das Leben, bzw. die Sichtweise von Frau Gonzales zu verändern. Diese Vorstellung bedingt für Frau Gonzales ein Gefühl von Sicherheit, ihre Gesundheit zu erhalten und Krankheit in Schach zu halten. Ob diese Möglichkeit auf Dauer Erfolg hat, wissen wir nicht, doch könnte diese Erfahrung, sich selbst die Erlaubnis zu geben, eine eigene Meinung, Wünsche Vorstellungen und Träume zu haben Kraft in sich bergen, welche zur Bewältigung von Krankheit von Nöten ist. Der Sinn von Krankheit könnte für Frau Gonzales also die Option darstellen, sein Leben zu hinterfragen und daraufhin für sich eine Welt zu schaffen, in der man sich wohl fühlt und in der man weiterleben möchte.
- Die Tabuthemen von Frau Gonzales könnten gerade diese Punkte sein, die Frau Gonzales uns vorenthalten hat: dazu gehört das auffällige Vermeiden von Aggression und Wut. Sie spricht nicht mal, als sie von den Gewalttätigkeiten in ihrer Ehe erzählt, dass sie Wut oder Aggression

empfunden hat. Vielleicht durfte Frau Gonzales nur als „liebes“ Kind, „liebe“ Ehefrau Akzeptanz erfahren und unterdrückt deshalb negative Emotionen, die aber für ihre Selbstfindung wichtig gewesen wären. Ein weiterer auffälliger Punkt ist auch die fehlende soziale Unterstützung seitens ihrer Freundinnen oder auch von ihren Schwestern, die vielleicht von ihrer Erkrankung wussten. Sie erwähnt nur ihren Lebenspartner, der aber 120 km von ihr entfernt arbeitet und sich nicht täglich um sie kümmern konnte. Wer hat sich um ihren Sohn während der Klinikaufenthalte gekümmert? Hat sie ihren Eltern von ihrer Erkrankung erzählt? Hat sie eventuell sogar ihre Krankheit vor anderen verschwiegen? Es sind viele Fragen offen, die das Bild von Frau Gonzales vervollständigen und uns bei der Analyse hilfreiche Ansätze liefern könnten.

- Über die *Werte und Normen* von Frau Gonzales liefert sie uns nur Vorstellungen, die zu der erzählten Geschichte von ihr in Kontext gesetzt werden. Dazu gehören ihre Werte in Bezug auf esoterische Ansichten. Sie schöpft ihre Lebenskraft aus verschiedenen esoterischen oder auch philosophischen Richtungen, die sich allesamt mit der Bewältigung des Lebens und dessen Erklärbarkeit auseinandersetzen. Für Frau Gonzales stellt diese Form von Wissen eine Möglichkeit dar, die eigenen Werte variabel zu gestalten, für das Leben als solches nicht restlos verantwortlich zu sein und die Konsequenzen ertragen zu können. In jeder esoterischen Philosophie steckt eine, für jeden formbare Wahrheit, die psychische Stabilität und Konstanz gewährt, was sonst nur in Religionen zu finden ist. Das Frau Gonzales sich nicht nur auf ein Konzept beschränkt, sondern mehrere gleichzeitig benützt, um für sich im Einklang zu sein, zeigt uns, dass sie sehr sicherheitsbewusst denkt. Sie ist niemand, der sich nur einer Überzeugung hingibt, weil sie sich stetig entwickelt. Vielleicht entwickelt sie auch unterschiedliche Konzepte über ihre Normen und Werte, die von ihren momentanen Gefühlen, Eindrücken und Begegnungen geprägt sein mögen.

Das Gesundheitskonzept, welches den angestauten Ballast bewältigen und verabschieden könnte, stellt sich bei Frau Gonzales wie folgt dar:

- Frau Gonzales *zentralisiert* sich auf ihren elementaren Wunsch: für ihren Sohn dazusein und ihn nicht dem ungeliebten Schwiegervater ausliefern zu müssen. Das gibt ihr nach ihren eigenen Worten so viel Kraft, um die Diagnose und die Strahlentherapie zu bewältigen. Dieser Überlebenswunsch könnte man als Grundressource von Frau Gonzales betrachten, denn ihr Sohn stellte zu diesem Zeitpunkt die Hauptbezugsperson von ihr dar, welcher in absoluter Abhängigkeit von seiner Mutter stand. (S. 11 Z: 1-4) Das Überlassen des Sohnes an ihren Schwiegervater hätte für Frau Gonzales einen schlimmeren Verlust bedeutet, als den Verlust von Gesundheit. Sie setzte also ihre Krankheit in Bezug zu anderen negativen Ereignissen, was zunächst zu einem Nervenzusammenbruch führte, dann aber als Trigger für die Krankheitsbewältigung fungierte. Später entdeckte sie ihr langsam erwachendes Selbstbewusstsein als Ressource, arbeitete gezielt an der Entwicklung ihres Selbstwertes und der Verarbeitung von biographischen Traumen.
- Dass *Selbstbestimmung* im Leben von Frau Gonzales ein eher unterentwickeltes Phänomen dargestellt hat, ist nicht weiter verwunderlich. Trotzdem entwickelte Frau Gonzales eine andere Möglichkeit, um ihren Wünschen nach Extravaganz und alternativem Denken Ausdruck zu verleihen: sie profitierte durch ihre Opferrolle, welche sie mit einer unvorstellbaren Vehemenz wie eine Theaterrolle vortrug. Für eine kleine, schwache, geschundene Frau haben viele Menschen sehr viel mehr Verständnis als für eine kleine, freche, selbstbewusste Frau, die sich den Anordnungen der Ärzteschaft widersetzt. Wahrscheinlich ist sie so auch zu dem Privileg gekommen, dass ihre Therapie nicht den nationalen Standards entsprach.
- Von einem *Wandel des Selbstbildes* – auch in Bezug zu den vorherigen Punkt, kommen wir nun, denn Frau Gonzales möchte heute niemand

mehr sein, der von allen bemitleidet wird und ihr Gnade halber ihre Wünsche erfüllt. Sie hat heute im Gegensatz zu früher ganz klare Vorstellungen über ihre Person, ihren Fähigkeiten und ihrer persönlichen Bedürfnissen und Wünschen. Sie sieht sich heute als jemanden, der sehr wohl weiß, wie sie sich für sich selbst und ihre Familie einzusetzen vermag. Von dem Mädchen, welches am Anfang von ihrer Biographie verschüchtert in die Welt gezogen ist und von anderen den Weg vorgegeben bekommen hat, ist eine Frau geworden, die reflektiert auf ihren Weg schaut, ihre Handlungen hinterfragt und ihren Lebensweg selbst gestalten will. Hat die Krankheit einen Teil dazu beigetragen, dass diese Entwicklung stattfinden konnte?

- Frau Gonzales hat sehr wohl eine feinfühliges *Körperwahrnehmung*. Sie hätte sonst einen so kleinen Tumor wie den ihrigen nicht wahrnehmen können. Sie schachert mit dem behandelnden Arzt über die Menge des Resektats, um so wenig wie möglich an Brustgewebe zu verlieren. Sie entwickelt nach der ersten Operation an ihrer Brust die Vorstellung, dass ein Mann an ihr nun nichts mehr finden könnte. (S. 5 Z: 17) Ob sie selbst die Operation als Verstümmelung ansah oder einen optischen Verlust erlitten hat, erwähnt sie leider nicht. Es scheint auch so, dass Frau Gonzales ihre Körperwahrnehmung eng an ihre Gefühle gekoppelt hat und deshalb die Beiden nur als Gesamtes wahrnehmen konnte und kann.
- Frau Gonzales macht ihre Welt nicht an anderen Menschen, außer an ihren Sohn und an ihrem Lebenspartner fest. Die Welt von Frau Gonzales ist zu diesem Zeitpunkt sehr klein. Das ändert sich im Laufe der Erkrankung nicht und deshalb findet bei ihr keine *Selektion* von Personen statt. Bei ihr könnte man aber von einer Selektion von positivem Gedankengut sprechen, denn sie orientiert sich durch ihre Krankheit an lebensbejahendem Wissensgut, Psychotherapie und einer gesunden, ego-philen, Lebenseinstellung.

4.4. Fallvergleichende Darstellung

Um eine Übersicht zu gewährleisten, stellen wir nun die unterschiedlichen Kriterien den Untersuchungskriterien gegenüber. Dies erleichtert den Überblick und erläutert Grafik 2.

Untersuchungs-kriterium	Frau Zorro	Frau Fuchs	Frau Gonzales
Präsentation	<p>„Innere“ Bedingungen werden dem Zuhörer durch ausführliche Erzählung beschrieben, um die Handlungen erklärbar zu machen. Die „äußeren“ Bedingungen werden im Interview durch eine gekonnte Selbstperformanz als Konsequenz der inneren Bedingungen präsentiert. Es werden – und dies macht eine geglückte Selbstdarstellung aus – von außen negativ und positiv bewertete Handlungen erzählt.</p>	<p>„Innere“ Bedingungen bleiben weitgehend im Hintergrund. Es werden nur kleine Andeutungen von Frau Fuchs gemacht, die auf eine komplexe Lebensgeschichte schließen lassen. diese werden aber bewusst oder unbewusst verschwiegen. Die Selbstperformanz im Interview sieht eine andere Intention an den Zuhörer vor und es wird deshalb ein sehr rationales Bild vermittelt. Frau Fuchs legt Wert auf positive Selbstdarstellung, die aufgrund der Erzähllücken nur bedingt erfolgreich ist.</p>	<p>„Innere“ und „äußere“ Bedingungen werden beschrieben. Für Frau G. besonders bedeutsame Situationen ragen als Höhepunkte des Interviews heraus. Frau G. lenkt in für sie schwierigen Erzählpassagen ab und geht nicht ins Detail, spricht diese aber an. Ihre Performanz wird von ihren eigenen Erfahrungen, erlebter Situationen, psychologischer Intervention und esoterischer Lebens-auffassungen bestimmt.</p>

Ballast	Sehr ausführliche Darstellung aller bedeutenden Formen von Ballastansammlung. Erkennen des entstandenen Drucks. Verknüpfung zwischen Krankheitsentstehung und Ballast wird erkannt.	Andeutungen werden dazu gemacht. Verbindung mit Krankheit wird nur oberflächlich geknüpft.	Mehrere Andeutungen werden gemacht. Die Hintergrundinformationen lassen auf extreme Ballastansammlung schließen. Die Ursache von Krankheit wird mit Ballastansammlung mittels Psychotherapie erkannt.
Biographie	Wird ausführlich beschrieben und wird als problematisch dargestellt.	Wird weitgehend verschwiegen, Andeutungen lassen auf psychosomatische Beschwerden schließen.	Es werden gezielte Andeutungen gemacht, durch die Hintergrundinformationen sind die Zusammenhänge klarer. Die Kindheit wird als problematisch beschrieben.
Rolle	Ihr Rollenverhalten – sowohl als Mutter, als auch als Lebenspartnerin – trug zur Ballastansammlung bei.	Das eingeübte Rollenverhalten gab Frau Fuchs nach der Diagnose und Therapie den nötigen, psychischen Halt.	Das Rollenverhalten wurde als gesundheitsschädlich identifiziert. Rolle des schwarzen Schafes wird nicht weitergeführt.
Sinnsuche	Ballastansammlung führte zur Krankheit – meint Frau Zorro	Krankheit als Entdeckung des „Auf-sich-gestelltseins“ (Frustration seitens	Krankheit entsteht durch kranke

		des sozialen Umfeldes führt zu dieser Erkenntnis)	Vorstellungen, Lebens-einstellungen, kranken Mustern
Tabuthemen	gezieltes Angehen von persönlichen Tabuthemen wie Angst vor dem Tod	Das Wort „Krebs“ wird von Frau Fuchs weitgehend gemieden – Krankheit wird als Tabuthema behandelt	Verschweigen von Tabuthemen (Wut und Aggression, vielleicht sogar Auto-aggression???)
Werte Normen	Veränderung der Werte und Normen von materiellen Gütern zu Gunsten von Lebensqualität und persönlicher Zufriedenheit.	Steigerung der intellektuellen Anforderungen und Ablenkung durch Reisen.	Variable Vorstellung von Werten und Normen die situations-bezogenen Veränderungen unterworfen werden. Das Leben wird durch philosophische, religiöse Ansätze erklärbar gemacht.
Gesundheits-Konzept	Befreiung von Ballast durch Selbstbestimmung, Ablösung von unliebsamem sozialem Umfeld, Entwicklung persönlichem Wohlbefinden durch intuitive Handlungsweise.	Flucht vor der Wirklichkeit und den Ängsten, durch intellektuelle Beschäftigung und Reisen.	Psychotherapie erlöste sie von biographischem Ballast. Ihre persönliche Gesundheits-förderung besteht nun aus komplexen philosophischen Denkansätzen, die sich je nach Anforderungen verändern können.

<p>Zentralisation der Kräfte</p>	<p>Frau Zorro kämpft um ihre Gesundheit, als sie sieht, dass ihre medizinische Behandlung ihren Körper an die Belastbarkeitsgrenze bringt. Durch gezieltes Eintreten für sich selbst erlangt sie schließlich Gesundheit.</p> <p>Fokussierung auf <i>individuelle Gesundheit</i> brachte ihr die Heilung.</p>	<p>Frau Fuchs muss durch die Psychotherapeutin erkennen, dass sie von ihrem Ehemann nicht die Unterstützung erwarten kann, die sie sich erhofft hatte. Dadurch war sie gezwungen, ihre bedeutende Lebensphase selbst zu bewältigen. Durch emotionszentrierter Bewältigungsstrategie wurde dies erreicht.</p>	<p>Überlebenswunsch für den Sohn, macht alle Kräfte mobil.</p>
<p>Selbst-Bestimmung</p>	<p>Frau Z. übernimmt durch ihre Krankheit Verantwortung für sich selbst. Sie überlässt es nicht weiter anderen, über ihre Psyche, ihren Körper zu verfügen und handelt dementsprechend.</p>	<p>Frau F. handelt weiterhin wie bisher.</p>	<p>Frau G. übernimmt Verantwortung für sich selbst, aber auch für ihre Gedanken, ihren Handlungen und möglichen Konsequenzen, die durch die Ablehnung der medizinischen Interventionen folgen können.</p>

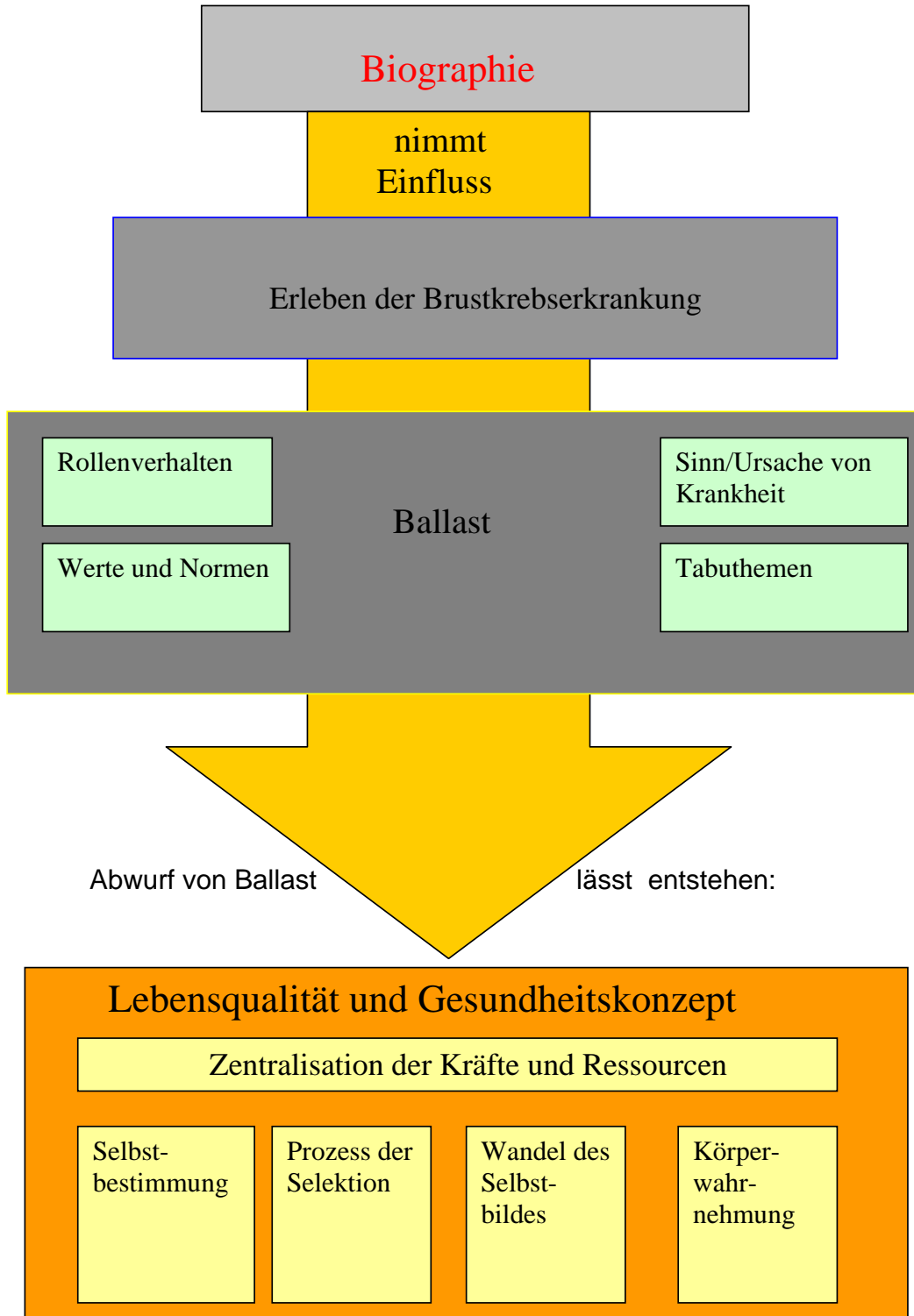
<p>Selbstbild</p>	<p>Bei Frau Z. drängt sich die Assoziation von „Aschenputtel“ zur „Königin“ auf. Sie wurde von Außen gesteuert und manipuliert, bis sie erkrankte. Dadurch entwickelte sie ein neues Selbstbild, welches ihre wahre Identität zum Vorschein brachte.</p>	<p>Frau Fuchs´ inneres Selbstbild bleibt für uns weitgehend verborgen. Sie erwähnt nur ihr körperliches Erscheinungsbild, welches nur wenig beeinträchtigt zu sein scheint.</p>	<p>Wie bei Frau Z., entwickelte auch Frau Gonzales ein neues Selbstbild, weil sie in der Lage war, auf ihre Tabuthemen zu schauen und diese zu bearbeiten. Diesem Entwicklungsschritt sollte Beachtung geschenkt werden, da er für den Heilungsprozess wichtig ist.</p>
<p>Körperwahrnehmung</p>	<p>Vor der Therapie war ihr Körper ein einfacher Nutzgegenstand. Während der Therapie bekommt sie durch die erschreckende Situation Bezug zu ihrem Körper, dem sie dadurch mehr Beachtung schenkt und durch einen langsamen Prozess eine individuelle Körperwahrnehmung entwickelt. Heute könnte davon ausgegangen werden, dass sie sorgsam mit ihrem Körper umgeht.</p>	<p>Frau Fuchs ist ein sehr körperorientierter Mensch. Sie hat womöglich mehr Körperwahrnehmung als Emotionszugang. Durch ihre Bemerkungen merkt man sehr genau, dass sie ihren Körper beobachtet und Angst vor einer Progression ihrer Erkrankung hat.</p>	<p>Frau G. ist ein sehr feinfühliges Mensch. Sowohl im emotionalen Bereich als auch in ihrer Körperwahrnehmung kann man bei ihr von einer besonderen Sensitivität ausgehen. Dies macht für sie selbst eine medizinische Standardtherapie unmöglich.</p>

<p>Selektion</p>	<p>Frau Zorro selektiert sowohl die medizinische Therapie, als auch ihr belastendes Umfeld, dass sie nicht mehr bereit ist zu ertragen. Dadurch erlangt sie eine persönliche Erleichterung und Befreiung von Ballast.</p>	<p>Frau Fuchs selektiert nicht ihre medizinische Behandlung. Sie konzentriert sich später auf ihr soziales Umfeld. Dieses wird auf intellektuelle Fähigkeiten geprüft und für gut oder schlecht bewertet. Ob sie persönliche Dinge, wie der Umgang mit ihrem Mann, selektiert, bleibt uns leider verborgen.</p>	<p>Da Frau G. ein sehr zurückgezogenes Leben führt, fand nur Selektion auf dem medizinischen Sektor statt. Sie verweigerte vieles davon und konzentrierte sich auf für sie bedeutsame Therapien wie Psychotherapie und alternative Heilmethoden.</p>
-------------------------	---	---	--

Durch diese Tabelle wurden die Antworten auf die Untersuchungskriterien gegenübergestellt. Es konnten sowohl Ähnlichkeiten, als auch große Unterschiede im Umgang mit den Kriterien festgestellt werden und dadurch wurde genau diese Komplexität der Verhaltensstrukturen erfasst, für die die Grounded Theory -Methode so bekannt geworden ist. Wir konnten mit Hilfe der Grounded Theory Methode eine Hypothese entwickeln, dass das individuelle Erleben von der Brustkrebserkrankung und deren Bewältigung von den biographischen Einflüssen abhängig ist. Das bedeutet aber nicht, dass sich Frauen so verhalten müssen, wie sie es aufgrund ihrer Biographie erlernt haben, sondern sie können durch den Impuls der Krankheitssituation eine andere Handlungsstrategie entwickeln und ein für sich selbst stimmiges Konzept erstellen. Ihren bis dahin angesammelten biographischen Ballast kann gezielt angegangen, oder aber – so sahen wir es im Fall von Frau Fuchs – mit Aktivitäten überspielt werden.

Wir wollen deshalb die Graphik 2 als Konstruktion verstehen, die zwar die wesentlichen Vorgänge erfasst, aber für jeden Menschen ganz andere Bedeutungen haben kann. Dies wurde uns sehr eindrücklich von unseren Interviewpartnerinnen vermittelt und wir konnten damit nachvollziehen, dass der individuelle Prozess, mit einer Situation umzugehen, von Faktoren abhängig ist, welcher von Außen nur schemenhaft erfasst werden kann.

Graphik 2



5. Diskussion und Ausblick

Es wurde mit dieser Studie versucht, die Frage zu beantworten, ob Menschen einen Zusammenhang zwischen ihrer Erkrankung und psychosozialen Faktoren sehen. Diese Frage kann man mit Hilfe dieser Studie uneingeschränkt mit ja beantwortet werden.

Bei den Untersuchungen wurden viele interessante Faktoren aufgedeckt, die in weiterführenden Studien genaueren Untersuchungen unterzogen werden sollten, weil dabei weitere, sowohl für die Betroffenen, als auch für die Therapeuten, hilfreiche Elemente zu Tage kommen könnten. Diese wären wiederum in der Lage, Krankheitsbewältigung zu erleichtern und somit dem Studium der Gesundheitsförderung bzw. der Wiederherstellung von Gesundheit gerecht zu werden.

Der Autorin ist bewusst, dass die Anzahl der Interviewpartnerinnen nicht als quantitatives Ergebnis gewertet werden darf, sondern als Einzelfallstudien, die durch ihre persönliche Einmaligkeit dazu beigetragen haben, von ihren individuellen Erlebniserzählungen eine Verallgemeinerung zu entwickeln, die vielleicht im einen oder anderen Fall unpassend erscheint. Das berechtigte Streben nach einer individuellen Therapie soll durch diese Studie eher bestätigt, als dementiert werden und möchte als solche verstanden werden.

Dass Erinnerungsprozesse von psychologischen Faktoren beeinflusst werden und damit immer Verzerrungen beim Erzählen entstehen, muss ebenso berücksichtigt werden. Es können Wahrnehmungstäuschungen entstehen, wie z.B. das Nivellieren, d.h. die Vereinfachung von Vorgängen, um es für sich und nach Außen verständlich zu machen, was besonders bei medizinischen Ereignissen in den Erzählungen berücksichtigt werden musste. Andere Verzerrungen waren: das Akzentuieren (sharpening), bei welchem bestimmte Details hervorgehoben und überbetont werden, und schließlich das Assimilieren, in denen Einzelheiten so verändert werden, dass sie besser zum Erfahrungshintergrund und/oder Wissen der Person passen.

Gabriele Rosenthal behandelt diese Einflussfaktoren nicht als Erfindung eines Menschen und sieht sie auch nicht als beliebig an. Es gibt ein „warum“ – sowohl

in der Art der Präsentation des Interviews, dem Inhalt des Gesagten, als auch dem Zeitpunkt der Erzählung. Dazu gibt es einen Zusammenhang zwischen den Erzählstrukturen mit den Erlebensstrukturen, den Strukturen der Erfahrungsaufschichtung mit denen des Erzählaufbaus, was keineswegs eine Homologie von Erzähltem und Erlebtem impliziert. (G.Rosenthal, 1995,S.17)

Es können also eine Vielzahl von Faktoren bei der Erzählung von Lebensereignissen eine Rolle spielen, deren gesamte Erfassung eine Unmöglichkeit darstellt.

Genauso spielt die Verzerrung bei der Interpretation der Interviews eine Rolle, denn auch die Autorin, wie jeder Mensch, verfügt über psychologische Verhaltensmuster und genügend biographischem Material, welches sie das Erleben von Situationen und Erzähltem nicht wertfrei und objektiv sehen lässt.

Durch das Studium der Gesundheitsförderung wurde von Dr. Paul Pass tiefenpsychologische Kenntnisse vermittelt, die dabei geholfen haben, die Aufmerksamkeit auf „blinde Flecke“ zur richten, um keine eigenen Thematiken in die Aussagen hineinzupinterpretieren. Besonders hilfreich waren dazu allerdings auch die sehr konstruktiven Beiträge von Frau Prof. Dr. Beate Blättner, die der Autorin durch das Aufzeigen von unterschiedlichen Denkstrukturen Anstöße zum pluralistischem Denken gab.

Psychosoziale Gesundheitsförderung bei brustkrebserkrankten Frauen sollte also bedeuten, dass auf ihre individuelle Situation stärker eingegangen werden sollte, dabei ihre Ballastfaktoren weitgehend bearbeitet und verabschiedet werden. Ihre Ressourcen zur Steigerung ihre Gesundheit sollten individuell analysiert und gefördert werden. Dabei könnten vor allem psychotherapeutische Maßnahmen, aber auch komplementäre Therapieansätze den Heilungs- und Genesungsprozess unterstützen. Dem psychosozialen Einfluss des persönlichen Umfeldes sollte Beachtung geschenkt werden, um gegebenenfalls Hilfestellungen zu geben – sowohl für die Betroffene, als auch den Angehörigen.

Erstrebenswert wäre deshalb eine Studie, die Frauen mit Brustkrebs begleitet, die eine solche psychosoziale Unterstützung erfahren. Vielleicht könnte so eine

neue Behandlungsperspektive errungen und eine Verbesserung der Überlebensrate erzielt werden. Hoffen wir darauf!

5. Quellenverzeichnis

Austin, Avis: Growth and Meaning-Making in Women after Breast cancer, University Stanford, 2000.

(Url: <http://www.meaning.ca/pdf/2000proceedings/avis-austin.pdf>.) (Stand: 06.06.04)

Bettelheim, Bruno: Die Geburt des Selbst. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1983. S. 488ff.

Blättner, Beate: Gesundheit fördern, an Ressourcen orientieren – Gesundheitsfördernde Grundlagen – Modul Salutogenese, Graz, 2002.

Bohler, Karl Friedrich / Hildenbrand, Bruno: Fallrekonstruktion in der klinischen Soziologie. In: Ostermann, Thomas / Matthiesen, Peter F.: Einzelfallforschung in der Medizin. VAS – Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt am Main, 2003

Corbin, Juliet M./ Strauss: Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Hans Huber Verlag, Bern et al. 2004

Endler P.C. Curriculum des interuniversitären Lehrganges für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitsförderung. college@inter-uni.net, www.inter-uni.net 2002.

Flick, Uwe: Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: Flick, Uwe et.al.: Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Beltz, Psychologie-Verl.-Union, 1995. S. 147ff.

Glaser, Barney / Strauss Anselm: Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung. Hans Huber Verlag: Bern et al,1998.

Harrison, et al: Innere Medizin. ABW Wissensverlag, Berlin, 2003

Herzlich, Claudine/Pierret Janine: Kranke gestern Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. C.H. Beck, München, 1991

Kuno, Manfred: Krebs in der Naturheilkunde. Pflaum Verlag: München et al., 1998. S.239ff.

Larbig, Wolfgang/ Tschuschke, Volker: Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2000.

Breast Cancer information on needs and seeking: Towards an intelligent, user sensitive portal to Breast Cancer knowledge – Online abstract

Url: <http://www.sims.monash.edu.au/research/eirg/assets/isic.pdf> (Stand: 6.6.04)

mamazone (Url: <http://www.mamazone.de/mamazone.html>)

Meuret, G. : Das Mammakarzinom. Thieme, Stuttgart, 1980.

Pöppel, Ernst/ Bullinger, Monika/ Härtel, Ursula: Medizinische Psychologie und Soziologie. Chapman & Hall, Weinheim,1994.

Rosenthal, Gabriele: Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Campus Verlag, Frankfurt am Main et al, 1995.

Spiegel, David/ Kato, Pamela: Psychosoziale Einflüsse auf Inzidenz und Progression von Krebs. In: Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse. Larbig, Wolfgang/Tschuschke, Volker, München, Reinhardt 2000, S. 111 ff.

Tschuschke, Volker: Psychoonkologie: Schattauer Verlag, Stuttgart, 2002.

Wiedemann, Peter: Gegenstandsnahe Theoriebildung. In: Flick, Uwe et.al.: Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Beltz, Psychologie-Verl.-Union, 1995. S. 440 ff.

Yalom ID. Greeaves C.: Group therapy with the terminally ill. Am J Psychiatry 1977; 134: 396-400.

Yalom ID.: Die Reise mit Paula. btb-Wilhelm Goldmann-Verlag, München, 2000.

Yalom ID.: Die Liebe und ihr Henker. btb-Wilhelm Goldmann-Verlag, München, 2001.

Zimbardo, Philip G. /Gerrig, Richard: Psychologie. Springer Verlag, Berlin et al. 1999

<http://www.highlights->

[forschung.de/medikamente/taxol/texte/bms/asco2_2001.html](http://www.highlights-forschung.de/medikamente/taxol/texte/bms/asco2_2001.html) (Stand: 06.06.04)

(Url:http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ilm_g1.htm Stand:01.06.04)

Masterlehrgang für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitsförderung /
Master's Programme for Complementary, Psychosocial and Integrated Health Sciences:

www.inter-uni.net/hs

P.C. Endler & EU-team@inter-uni.net

edition@inter-uni.net, 2004

Salutogenetische Grundlagen

Health Promotion & Promotion of Health: Orientieren an Ressourcen

im Kontext komplementärer Heilkunde

Beate Blättner & EU-team@inter-uni.net

edition@inter-uni.net, 2004

Tiefenpsychologische Grundlagen

Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit

im Kontext komplementärer Heilkunde

Paul F. Paß & EU-team@inter-uni.net

edition@inter-uni.net, 2004

Regulationsbiologische Grundlagen

Naturwissenschaftliche Grundlagen und Konzepte regulativer Verfahren

im Kontext komplementärer Heilkunde

Heinz Spranger & EU-team@inter-uni.net

edition@inter-uni.net, 2004

Vorstellung regulativer Verfahren im Kontext komplementärer Heilkunde -
Systematik, Beschreibung und Stand der Forschung
Peter Ferdinand & EU-team@inter-uni.net
edition@inter-uni.net, 2004

Vergleich und Integration komplementärmedizinischer Verfahren
Menschenbild und Heilkunde
Karl W. Kratky & EU-team@inter-uni.net
edition@inter-uni.net, 2004

Wissenschaftliches Arbeiten

im Kontext komplementärer Heilkunde und integrativer Gesundheitsförderung
P. C. Endler & EU-team@inter-uni.net
edition@inter-uni.net, 2004

7. Abbildungsverzeichnis

Corbin, Juliet/ Strauss, Anselm, Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung
chronischer Krankheiten. Hans Huber, Bern, 2004. S. 61