

Wege von an Brustkrebs erkrankten Frauen, die von Gefühlen und Gedanken begleitet werden

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science (B. Sc.)
im Studiengang Psychologie und Psychotherapie der Fakultät für
Gesundheit.

vorgelegt von

Oladeji, Deborah

Matrikel-Nr.

1300213

bei

Frau Dipl.-Psych. Dr. phil. Michaela Zupanic und Frau Apl. Prof. Dr.
med. Elisabeth Götde

Abgabedatum: 05.09.2016

Vorwort

Der Brustkrebs ist eine stets aktuelle Thematik, die vor dem Beginn der Studie unter anderem durch die Geschichte der Schauspielerin Angelina Jolie (2013) für anregende Diskussionen sorgte. Auch in diesem Jahr wurde das Thema Brustkrebs, aufgrund aktueller Sterbefälle verschiedener bekannter Moderatorinnen, in den Medien vielseitig diskutiert und thematisiert. Viele stellen sich die Frage nach den Ursachen von Brustkrebs. Die genetische Komponente könnte als eine mögliche Antwort auf die Frage genannt werden. Es gibt bereits sehr viele wissenschaftliche Arbeiten und Studien zum Thema Brustkrebs. Auch das Erleben und Verarbeiten des Behandlungsverlaufs der erkrankten Patientinnen wurde bereits psychologisch beleuchtet. Doch wie genau sieht die emotionale Entwicklung von Frauen aus, die von Brustkrebs betroffen sind und auf das Ergebnis einer humangenetischen Diagnostik warten? Auf welche Ressourcen können sie dabei zurückgreifen und wie entwickeln sich Coping-Strategien?

Das Arbeiten an dieser Bachelorarbeit hat mir persönlich neue Erkenntnisse geliefert. Viele Ideen über die Bedeutung von Ressourcen und über mögliche emotionale Entwicklungen konnten falsifiziert werden. Dieser Aspekt hat das Projekt für mich enorm spannend gemacht.

Einen Dank möchte ich an meine Familie und insbesondere meine Begleiter richten, die mich stets unterstützt haben und mir mit Rat und Tat zur Seite standen.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie, wurde eine qualitative Forschung zum Thema *Brustkrebs* durchgeführt. Die Studie wurde im Rahmen einer Bachelorarbeit der Privaten Universität Witten/Herdecke durchgeführt. Sie setzt, unter besonderer Berücksichtigung der emotionalen Verarbeitung und genutzter Coping – Strategien betroffener Patientinnen, bei der Thematik Brustkrebs an. Das zeitliche Kontinuum, mit Beginn der Diagnose bis hin zu einem negativen Befund der humangenetischen Diagnostik, wurde in den Fokus gestellt. Dazu wurden N = 3 brustkrebserkrankte Frauen im Alter zwischen 36 und 53 zu ihrem persönlichen Erleben im beschriebenen Zeitraum interviewt. Die Kategorien wurden induktiv ermittelt und nach der qualitativen Analyse von Mayring ausgewertet. Um die Objektivität und Reliabilität zu verbessern, wurde die *Intercoderreliabilität* und eine Form der *Intracoderreliabilität* durchgeführt. Die Interrater – Reliabilität konnte mit Cohen's Alpha statistisch ausgewertet werden. Die Ergebnisse legen eine gute Reliabilität ($\alpha=0,87$) und valide Aussagen der qualitativen Studie dar.

Abstract

The presented study is a qualitative research about *breast cancer*. The study was realized within a bachelor thesis at the *Private University of Witten / Herdecke*. It is estimated to the topic of breast cancer in consideration of the emotional treatment and utilized strategies of Coping by affected patients. The temporal continuum is additional focused. It describes the emotional development of the women from the diagnose in the first place until the negative indication of human genetic diagnostic investigation. Therefore, N = 3 patients of breast cancer aged of 36 and 53 were interviewed about their personal experiences during this described period.

The categories were determinated inductive and evaluated by the qualitative analysis of Mayring. To optimize the objectivity and reliability, an intercoderreliability and a similar type of intracoderreliability were executed. The interraterreliability was statistically interpreted by Cohen's alpha. The results of the qualitative study demonstrated a good reliability ($\alpha=0,87$) and valid statements.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
1.0 Diagnose Brustkrebs	7
1.1 Die Entscheidung zur humangenetische Untersuchung	8
1.2 Theoretischer Hintergrund.....	9
1.2.1 Familiärer Brustkrebs	9
1.3 Emotionen und Ressourcen	15
1.3.1 Emotionen	15
1.3.2 Krisenbewältigung	16
1.3.3 Studie zum Thema: Emotionen und Ressourcen bei Frauen mit Brustkrebs	24
2.0 Globale Fragestellung.....	25
2.1 Zielsetzung	25
3.0 Methoden.....	25
3.2 Untersuchungsinstrument: Der Leitfaden.....	26
3.3 Stichprobe	27
3.4 Durchführung der teilstrukturierten Interviews	28
3.5 Datenanalyse.....	29
3.6 Güte	31
3.6.1 Objektivität.....	31
3.6.2 Reliabilität	32
3.6.3 Validität.....	33
4.0 Ergebnisse.....	34
4.1 Zusammenfassung der Kategorien.....	35
4.2 Induktive Kategorien.....	35
4.2.1 Emotionen nach der Diagnose	35
4.2.2 Ressourcen nach der Diagnose	39
4.2.3 Prozess über die Entscheidung zur humangenetischen Beratung	44
4.2.4 Negativer Befund der humangenetischen Untersuchung	46
4.2.5 Veränderung der humangenetischen Untersuchung	46
4.2.6 Fazit der Patientinnen nach dem Erhalt des negativen Befundes	48
4.3 Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen (Fazit).....	48
5.0 Diskussion.....	49
5.1 Emotionserleben, deren Verarbeitungsstrategien und Nutzung/ Bedeutung der Ressourcen nach der Erstdiagnose.....	50
5.1.1 Die Angst nach der Diagnose Brustkrebs	50

5.1.2 Traurigkeit nach der Diagnose Brustkrebs	51
5.1.3 Die Wut nach der Diagnose Brustkrebs	52
5.1.4 Die externale, personale Unterstützung nach der Diagnose Brustkrebs	52
5.1.5 Spiritualität und Religion nach der Diagnose Brustkrebs	54
5.1.6 Die Frau selbst nach der Diagnose Brustkrebs	55
5.1.7 Die Alltagsstruktur nach der Diagnose Brustkrebs	55
5.2 Der Verlauf	56
5.3 Herausgestellte Faktoren über Emotionen und Ressourcennutzungen und deren Zusammenhänge.....	58
5.4 Fazit	59
5.5 Fazit der Frauen	59
5.6 Methodendiskussion	60
5.7 Klinische Relevanz	61
Abbildungsverzeichnis.....	63
Tabellenverzeichnis	63
Literaturverzeichnis	64
Versicherung der selbstständigen Erarbeitung	67
Einverständniserklärung zur Veröffentlichung	67
Anhang	68

Einleitung

Brustkrebs stellt ein wichtiges Thema dar, da die Prävalenzen und Inzidenzen in Deutschland sehr hoch sind. Zwar existiert nur ein geringer Anteil von Frauen mit einer diagnostizierten Erbanlage, dennoch können bei diesen Indexpatientinnen interessante Aussagen in Bezug auf das eigene Risiko einer Zweiterkrankung und einer erweiterten Krebserkrankung (Ovarialkarzinom) getroffen werden. Zusätzlich können neue Erkenntnisse und Möglichkeiten über den gesundheitlichen Verlauf der Risikopatientinnen gewonnen werden.

Die aktuelle Forschung bietet bislang wenige Studien, die sich auf den Verlauf der Folgen von Brustkrebs aus psychologischer Perspektive beziehen.

Außerdem existieren keinerlei Studien, die speziell den psychologischen Verlauf einer genetisch verdächtigen Krebserkrankung bis hin zu einem solchen negativen Befund, untersuchen.

Inwieweit wirkt sich der Brustkrebs auf die Emotionsentwicklung der betroffenen Frauen aus, die einen negativen Befund einer humangenetischen Untersuchung erhalten? Welche Ressourcen stehen ihnen in dieser speziellen Zeit zur Verfügung? Gibt es sogar einen Zusammenhang zwischen der emotionalen Verarbeitung und den Ressourcen, auf die betroffene Frauen während des Prozesses der Krebserkrankung zurückgreifen?

Die vorliegende Bachelorarbeit soll einen Beitrag zur Psychoonkologie leisten und beschäftigt sich genau mit diesen Fragestellungen.

1 Diagnose Brustkrebs

Das Mammakarzinom ist nach aktuellen Studien, mit einem Anteil der Krebsneuerkrankungen von 28%, die häufigste Krebsart bei Frauen in Deutschland. In Deutschland erkrankt jede achte Frau an Brustkrebs, davon die Hälfte vor dem 65. Lebensjahr. Das waren im Jahr 2012 rund 74.500 Neuerkrankungen innerhalb Deutschlands (Deutsches statistisches Bundesamt, 2014). Jährlich erkranken etwa 10.000 Frauen in Deutschland an Eierstockkrebs. Das Ovarialkarzinom bildet somit die sechshäufigste Krebsart und hat eine hohe Mortalitätsrate. Frühe Symptome fehlen bei dieser Art der Erkrankung oft, deshalb ist sie in 75% der Fälle bei Diagnosestellung in einem fortgeschrittenen Stadium (Petru et al., 2009; Pilarski, 2009 ; zit. n. Rösge, 2014).

Die Risikofaktoren beider Krebsarten sind vielfältig. 75% aller Mammakarzinome sind demnach auf sporadische Ereignisse zurückzuführen, 25% lassen sich durch familiäre Hintergründe erklären (Rösge, 2014). Diese genetische Disposition ist für die Entstehung eines Mammakarzinoms der höchste Risikofaktor. Innerhalb der Gruppe der Brustkrebspatientinnen sind 20-25% von einer familiären Häufung betroffen. Von diesem Anteil sind ca. 5% erblich vorbelastet. Diesem Erblichkeitsanteil wiederum können 25% der BRCA – 1 und – 2 Gene zugeordnet werden. Die verbleibenden 75% teilen sich in *andere Gene* und *unbekannte Gene* auf.

Im Falle einer genetischen Disposition ist eine Mutation der Gene BRCA 1 oder BRCA 2 für die Erkrankung an einem Mammakarzinom verantwortlich. Das Lebenszeitrisko beträgt hier 80% (Moog, 2014). Das Risiko an einem Zweitkarzinom oder an einem Ovarialkarzinom zu erkranken, ist mit bis zu 60% deutlich erhöht (Rösge, 2014). Keine anderen genetischen Risikofaktoren bedingen diese hohen Risiken. Um Patientinnen vor weiteren Erkrankungen zu schützen, können prophylaktische Maßnahmen ergriffen werden. Diese werden Frauen angeboten, bei denen eine DNA-Analyse indiziert wurde und ein pathologischer Befund zur Feststellung von mutierten BRCA 1- oder BRCA 2 – Genen erhoben werden konnte. Der aktuelle Stand der Technik zur Prophylaxe sind –insbesondere beim Eierstockkrebs – die prophylaktischen Operationen, wie im Fall von Angelina Jolie (2013) mit allen Vor- und Nachteilen öffentlich thematisiert wurde.

1.1 Die Entscheidung zur humangenetischen Untersuchung

Frauen, die an Brustkrebs erkranken und deren Eigen- und/oder Familienanamnese die Indikationskriterien der *S3 – Leitlinie Brustkrebs* für die BRCA-Diagnostik erfüllen (Kreienberg, 2012) und bei denen pathogene Mutationen nachgewiesen werden, müssen sich mit der Problematik der prophylaktischen Operationen auseinandersetzen.

Ca. 25% der an Brustkrebs erkrankten Frauen, die die Indikationskriterien zur Gendiagnostik erfüllen, haben tatsächlich eine pathogene Mutation in einem der beiden Hochrisikogene. Dank neuerer Techniken zur Genanalyse (Panel-Diagnostik, Whole Genome Analysis) kann inzwischen umfangreicher untersucht werden. Es wurden weitere Gene identifiziert, deren Mutationen ursächlich an der Entstehung von Brustkrebs beteiligt sein können. Ihnen ist gemeinsam (Rösges, 2014):

- Ihr kumulatives Brustkrebsrisiko ist jeweils gegenüber dem Durchschnitt 1,5 - bis max. ca. 4-fach höher. Damit sind sie keine „Hochrisiko“, sondern „moderate“ Risikogene. Sie würden lediglich zu engmaschigeren Untersuchungen führen, die eine Frau, die an Brustkrebs erkrankte, sowieso hat.
- Sie stellen kein dramatisches Ovarialkarzinomrisiko dar und erfordern keine Entscheidung bzgl. bilateraler Adnexektomie
- Die bisherige Literatur zu möglichen pathogenen Mutationen ist noch „dünn“, sodass mit einem nennenswerten Anteil an unklassifizierten Mutationen gerechnet werden muss, deren Bedeutung im Hinblick auf die individuelle Risikosituation im Einzelfall nicht beurteilt werden kann.
- Einige dieser Gene stellen Risiken für weitere Erkrankungen (z.B. Fanconianämie, Ataxia telangektasia, diffuses Magenkarzinom usw.) dar, sodass die Gefahr besteht, dass Fragen beantwortet werden, die die aktuell an Brustkrebs erkrankte Frau nicht gestellt hat.

Es darf davon ausgegangen werden, dass weitere genetische Untersuchungen der Studienpatientinnen nach dem heutigen Stand der Kenntnis, ihnen und ihren Familien keine zusätzliche Sicherheit für ihre Lebensplanung geben (Rösges, 2014).

Die humangenetische Untersuchung kann dementsprechend eine Hilfestellung zur Selbsthilfe sein, um Ratsuchenden bei ihrer Entscheidungsfindung eine Unterstützung zu sein.

Ziel ist es hierbei, ein besseres Verständnis für den Brust- bzw. Eierstockkrebs zu erhalten, damit verbundene Risiken zu ermitteln, Risikosituationen weiterer Verwandter zu verstehen und genetische Untersuchungsmöglichkeiten kennenzulernen. Die Entscheidung zu der Testung liegt ganz allein bei einer Ratsuchenden. Ist der humangenetische Befund negativ bzw. unauffällig, so kann mit Hilfe von Datenbanken ein individuelles Erkrankungsrisiko für Brust-/ Eierstockkrebs für gesunde Familienmitglieder erhoben werden (Moog und Rieß, 2014).

1.2 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden werden die medizinischen und psychologischen Hintergründe beleuchtet.

1.2.1 Familiärer Brustkrebs

Erbliche Tumorsyndrome

Unter *Tumordispositionssyndrom* wird die klassische Vererbung (nach Mendel'schen Gesetzen der Vererbung) von Krankheiten verstanden, welche aufgrund der entsprechenden genetischen Disposition für ein erhöhtes Tumorrisiko sorgt. In Deutschland treten im Rahmen des hereditären Tumorsyndroms jährlich bis zu 10 000 Malignome auf. Malignome sind monogen – d.h. durch ein einzelnes Gen bedingt – erbliche Veranlagungen, welche demnach 3-5% aller Krebserkrankungen ausmachen. Eine Differenzialdiagnose ist daher unerlässlich, da für eine langfristige medizinische Betreuung der Patienten gesorgt werden kann. Der Grund besteht darin, dass Tumore ein hohes Lebenszeit- und Wiederholungsrisiko aufweisen. Durch eine frühzeitige Diagnostik, können präventive und effiziente Maßnahmen gegen den Krebs getroffen werden (Moog und Rieß, 2014).

Die Einteilung der Tumorsyndrome erfolgt nach klinischen diagnostischen Kriterien (Moog und Rieß, 2014). Ergibt sich demnach bei den Patientinnen der Verdacht auf ein *hereditäres Tumorsyndrom*, ist es sinnvoll einen Humangenetiker aufzusuchen, um weitere Diagnostiken durchzuführen und adäquate Empfehlungen auszusprechen. Mit Hilfe der Stammbaumanalyse und weiteren klinischen Informationen, können die Humangenetiker die Wahrscheinlichkeit der Existenz eines erblichen Tumorsyndroms einschätzen. Sobald die Familienmitglieder der Patientinnen den diagnostischen Kriterien eines speziellen Tumorsyndroms erfüllen, ist das

Erkrankungsrisiko der Patientinnen und deren erstgradigen Verwandten (Risikopersonen) deutlich erhöht (Moog und Rieß, 2014) .

Genetische Ursachen (Molekulare Pathogenese)

Eine Umwandlung einer normalen Zelle in einen Tumor erfolgt schrittweise durch die Ansammlung von schädlichen Mutationen in den Schlüsselgenen (Tumorsuppressorgene, Onkogene, DNA-Reparatur-Gene), die für den Zellzyklus, die schnelle Vermehrung des Gewebes (Zellproliferation) und die genomische Integrität verantwortlich sind.

Es werden zwei verschiedene Formen der Mutationen unterschieden. Die *somatischen Mutationen* und die *Keimbahnmutationen*.

Somatische Mutationen sind genetische Veränderungen, die innerhalb einer transformierten Zelle entstehen und nur im Tumorgewebe zu finden sind. Diese Form der Mutation tritt oft als sporadisch auftretender Tumor auf.

Keimbahnmutationen existieren in der befruchteten Eizelle. Sie sind in allen Körperzellen vorhanden und bieten bei einer erblichen Mutation demnach die Grundlage für erbliche Tumoren. Diese Mutationen werden von den eigenen Eltern geerbt oder können ebenso bei den Betroffenen neu entstehen. Diese Neumutationen können nur in einem Teil der Körperzelle vorliegen (Somatisches Mosaik).

Aufgrund der schädlichen Mutation der o.g. *Schlüsselgene*, transformieren die gesunden Zellen schlüsselgenbedingt zu einem Tumor.

Molekulargenetische Diagnostik, prädiktive Testung und Zufallsbefunde

Grundsätzlich sollte an eine möglichst präzise, klinische Verdachtsdiagnose sowohl eine humangenetische Einschätzung als auch eine Beratung anschließen. Die Wahrscheinlichkeit eine Mutation zu identifizieren, wird durch das Vorliegen eines typischen klinischen Bildes erhöht. Sobald eine ursächliche Keimbahnmutation einer betroffenen Person nachgewiesen werden kann, können zum einen Einschätzungen eines Wiederholungsrisikos und differentialdiagnostische Abgrenzungen getroffen werden und zum anderen werden sichere prädiktive (vorhersagende) Testungen (noch) symptomfreier Verwandter ermöglicht. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit bei Anlageträgern liegt

zwischen 20 – 100%. Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko kann dann ausgeschlossen werden, wenn die familiäre Keimbahnmutation nicht vorliegt. Spezifische Vorsorgen und psychosoziale Belastungen entfallen somit (Moog und Rieß, 2014, S. 156-157).

Erblicher Brust- und Eierstockkrebs

Der erbliche Brust- und Eierstockkrebs gehört, mit einer Wahrscheinlichkeit von 1: 400-800, zu den häufigsten hereditären Erkrankungen innerhalb der Allgemeinbevölkerung. Der HBOC ist unter anderem monogen und aufgrund einer erblichen Disposition bedingt, die auf hohen Keimbahnmutationen beruht. Vier dieser Gene sind bereits bekannt (BRCA1, BRCA2, RAD51C, RAD51D) und tragen mit einem hohen Lebenszeitrisiko insbesondere für frühmanifeste Mammakarzinome bei (45-80%). Außerdem für Eileiterkrebs, primäre peritoneale Karzinome, Pankreas- und Prostatakarzinome (Moog und Rieß, 2014).

Zur Routinediagnostik zählt die Mutationssuche in den Genen BRCA1 und BRCA2 der erkrankten Patienten (Indexpatienten), da diese den Hochrisikogenen angehören (Moog und Rieß, 2014). Mithilfe einer detaillierten Erhebung der Familiengeschichte und computergestützten Risikokalkulationen, kann eine differenzierte Einschätzung der Verdachtsdiagnose dargeboten werden.

Hierbei werden die zwei folgenden Risiken näher untersucht:

1. *Das Heterozygotenrisiko* (für eine BRCA-Mutation), welches die Wahrscheinlichkeit angibt, selbst die Anlageträgerin für HBOC zu sein.
2. *Das Lebenszeitrisiko*, das die Wahrscheinlichkeit angibt, im weiteren Lebenslauf an Brustkrebs zu erkranken. (Moog und Rieß, 2014).

Die detaillierte Erhebung der auffälligen Familiengeschichte ist insofern unerlässlich, da ein erhöhtes Brustkrebsrisiko Leit- oder Begleitsymptome mehrerer anderer erblicher Tumorsyndrome sein kann (Moog und Rieß, 2014).

Bei familiärem Brustkrebs sollte man demnach viele differenzierte Sichtweisen in Betracht ziehen, um gemeinsam mit den Index- und Risikopatienten optimale Behandlungsstrategien zu erörtern.

Prävention und Therapie

Therapeutische Maßnahmen lassen sich meist nur innerhalb eines interdisziplinären Konzepts realisieren. Daher besteht die humangenetische Aufgabe unter anderem darin, Gutachten von Internisten, Pädiatern, Chirurgen und Gynäkologen mit in das Diagnoseverfahren einzubeziehen. Zur Identifizierung der Risikopersonen wird eine Stammbaumanalyse durchgeführt, die als weiterer Indikator, eine differenzierte Prognose über das Erkrankungsrisiko geben soll (Moog und Rieß, 2014).

Mittlerweile werden im Rahmen überregionaler *interdisziplinärer Verbundprojekte* spezifische Vorsorge bzw. Früherkennungsprojekte durchgeführt. Diese Angebote sollten vor allem von erstgradigen Verwandten eines Erkrankten (Risikopatienten) und von gesicherten Mutationsträgern und Erkrankten, bei denen eine Mutation innerhalb der Familie noch nicht identifiziert werden konnte, wahrgenommen werden.

Retrospektive Studien belegen, dass das Erkennen maligner Frühstadien (Brustkrebs), mit Hilfe dieser Untersuchungen, zu einer verbesserten Prognose führt. Der Krebs kann entfernt und weitere prophylaktische Maßnahmen können durchgeführt werden. Die Effektivität solcher Programme ist derzeit noch nicht abgeschlossen. Für seltene Tumorsyndrome existieren derzeit noch keine konkreten Empfehlungen (Moog und Rieß 2014, S.159).

Brustkrebs kann somit signifikant häufiger im Frühstadium erkannt werden, sofern ein intensives multimodales Früherkennungsprogramm nach der S3-Leitlinie durchgeführt worden ist. Dadurch kann das Erkrankungsrisiko des genetischen Materials (Heterozygoten) für BRCA-Mutationen auf mindestens 20% und ein verbleibendes Lebenszeitrisiko auf mindestens 30% beschränkt werden. Eine Frühzeiterkennung für das Ovarialkarzinom existiert derzeit nicht (Moog und Rieß, 2014).

Prospektive Studien legen dar, dass sich die Risikowahrscheinlichkeit, trotz Teilnahme an einem Früherkennungsprogramm, an Brustkrebs zu erkranken, auf 7% beläuft (Rhiem, 2015).

Eine präventive Maßnahme für Frauen mit einer Brustkrebs- und Eierstockkrebsbelastung ist die prophylaktische Mastektomie. Ein Teil der Patientinnen, die an einer einseitigen Brustkrebserkrankung leiden, entscheiden sich, unabhängig von einem familiär erhöhten Risiko, für die bilaterale Mastektomie. Die individuellen, subjektiven Erkrankungsrisiken sowie neuartige operative Rekonstruktionstechniken, spielen bei der Entscheidungsfindung eine bedeutende Rolle (Rhiem, 2015).

Eine 15-Jahres-Follow-Up Studie belegt, dass BRCA1-Mutationsträgerinnen, die vor dem 40. Lebensjahr

erkrankt sind, unter keinem erhöhten Risikofaktor stehen und ebenso keine Mutation nachweisen, trotzdem ein kontralaterales Erkrankungsrisiko von 9,9% aufweisen (Rhiem, 2015).

Weitere prospektive Analysen der Niederlande haben Daten über den Überlebensvorteil publiziert, den BRCA – Mutationsträgerinnen haben, sofern sie sich einer PCM unterziehen. Die Ergebnisse dieser Studie weisen Inzidenzen von 2% der PCM – Gruppe und 19 % der Nachsorge – Gruppe. Somit ist die Mortalität nach einer PCM mit 9,6/1000 Personenjahre signifikant geringer, verglichen mit der Nachsorgegruppe (21,6/1000) (Razum et al., 2016, zit. nach Rhiem, 2015).

Eine weitere therapeutische Präventionsmaßnahme ist die *prophylaktische beidseitige Salpingo – Oophorektomie (PBSO)*.

Studien belegen, dass das Entfernen der Eierstöcke ein Erkrankten an Brustkrebs um die Hälfte reduziert (Rhiem, 2015). Die Daten aus der bereits angeführten Studie bestätigen, dass das Risiko, an einem zweiten, kontralateralen Brustkarzinom zu erkranken, bei 30-50% liegt. Die Gesamtmortalität kann durch den Eingriff um 75% reduziert werden (Rhiem, 2015). Ein wichtiger Aspekt, der berücksichtigt werden sollte, ist das Alter der Patientin. Die PBSO sollte dann durchgeführt werden, wenn ein weiterer Kinderwunsch ausgeschlossen ist (Rhiem, 2015).

Einen differenzierteren Einblick in diese Thematik bietet die Studie von Jennifer Rösge. Im Rahmen eines Dissertationsprojektes in der Beratungsstelle für Humangenetische Beratung; Prof. Dr. Gödde hat Rösge (2014) zum Thema geforscht:

„Entscheidungskonflikte zur prophylaktischen bilateralen Salpingoovarektomie bei Frauen mit genetischer Belastung für Brust- und Eierstockkrebs.“

Der Fokus der Interviewstudie lag auf dem Erleben des Fertilitätsverlustes der Frauen und dessen Akzeptanz. In der Studie konnte festgehalten werden, dass die Frauen mehrheitlich eine gute Akzeptanz der prophylaktischen bilateralen Salpingoovarektomie (PBSO) erkennen ließen. Dies könne sich vor allem mit dem zufriedenstellenden Informationsstand über die OP, ihre Risiken und Folgen der betroffenen Frauen erklären lassen (Rösge, 2014).

Neben den Möglichkeiten der Vorsorge (Operation) gibt es Therapiemöglichkeiten gegen eine unkontrollierte Vermehrung weiterer Metastasen. Unter anderem zählen die *Radiotherapie* oder die *Chemotherapie* dazu.

Aktuelle Studien ermöglichen einen Überblick über die Nebenwirkungen von einer *Chemotherapie*. Demnach liegt die Häufigkeit einer Fatigue bei 30-60%. Schlafstörungen können in 20-70% der Fälle auftreten. Eine effiziente Möglichkeit der Behandlung bietet hier die Verhaltenstherapie. Ebenso treten in 20-30% der Mammakarzinom – Patientinnen, depressive Episoden auf, die mit Hilfe von psychosozialen Interventionen, Antidepressiva und körperlichem Training signifikant verbessert werden können (AGO e.V., 2016).

Die Frauen werden in den Brustkrebszentren beraten und auf Basis der Tumorkonferenzen erfolgen dann die individuellen Maßnahmen der Therapien.

Der Brustkrebs kann somit durch therapeutische Maßnahmen, mit dem Ziel einer gesundheitlichen Förderung, beeinflusst werden. Direkt veränderbare Einflussfaktoren sind u.a.:

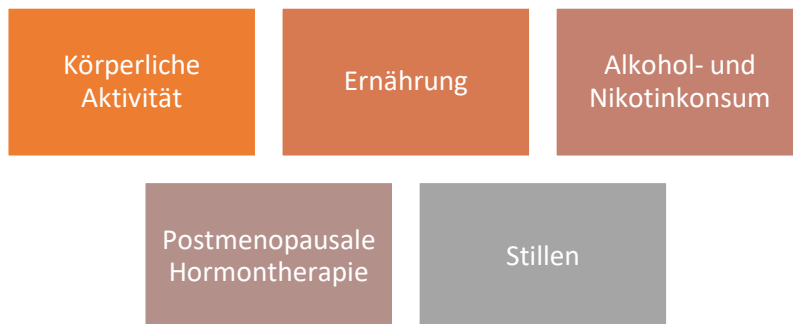


Abbildung 1: Veränderbare Faktoren, die Einfluss auf den Brustkrebs haben
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Kast et al., 2014)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine diagnostizierte Brustkrebserkrankung in einem frühen Stadium durch das Reduzieren von Risikofaktoren und das Anwenden moderner therapeutischer Maßnahmen heilbar ist und in einem günstigen Fall auf eine Chemotherapie verzichtet werden kann.

1.3 Emotionen und Ressourcen

Im Folgenden wird das Feld der Emotionen und Ressourcen näher untersucht.

1.3.1 Emotionen

Definition

Emotionen sind in der Wissenschaft nicht exakt definiert. Dennoch existieren viele Ansätze, wie der von William James (1844), der Emotionen als Wahrnehmung einer körperlichen Veränderung betitelte (Meyer, 2001).

Emotionen lassen sich auf fünf verschiedenen Ebenen erörtern. Sie unterliegen einer körperlichen Grundlage.



Abbildung 2: Die fünf verschiedenen Komponenten der Emotionen
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Lang et al., 1998)

Neurophysiologische Komponente

Diese *Neurophysiologische Komponente* legt dar, dass Emotionen, zentralnervös basierend, in Kernen und diversen Verschaltungen des limbischen Systems zu erkennen sind. Des Weiteren können Emotionen als periphere Begleiterscheinung auftreten. Diese so genannten *unspezifischen Emotionen* werden grundlegend im Konzept der Aktivierung aufgefasst und können mit spezifischen physiologischen Veränderungen (Herzklopfen,

Zittern, Unruhe) und subjektiven Empfindungen (Angst) einhergehen (Lang et al., 1998, S. 54).

Motivationale Komponente

Eine weitere Komponente der Emotionen ist die der *Motivation*. Sowohl die Verarbeitung von Konflikten, als auch das Auslösen von Handlungen, werden innerhalb des Prozesses von Emotionen begleitet. Dieser Ansatz geht auf die Theorie von Darwin (1859) zurück. Der evolutionäre Nutzen von Emotionen zeigt sich, in Bezug auf das Selbst, in der Verbesserung einer Informationsaufnahme, der Regulierung von Erregungen, der Handlungsvorbereitung, der Energiebereitstellung und der Möglichkeit des adaptiven Verhaltens. Auch interpersonal können Emotionen Funktionen einnehmen. Demnach kann der eigene Gefühlszustand, das beabsichtigte Verhalten und die Beziehungsgestaltung beeinflusst werden (Lang et al., 1998, S. 54).



Abbildung 3: Beispiel der Motivationalen Komponente
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Lang, et al., 1998, S.55)

Ausdruckskomponente

Emotionen, können auf vier verschiedenen Ebenen sichtbar ausgedrückt werden.

- Vokalisation (Stimme)
- Mimik (Gesichtsausdruck)
- Gestik
- Körperhaltung

Ein Kodierungsverfahren zur Beschreibung von Gesichtsausdrücken, wurde in der Langzeitstudie von Paul Ekman et. al (1978) entwickelt. Die *FACS* ordnen nahezu jeder sichtbaren Bewegung der mimischen Muskulatur eine „Bewegungseinheit“ zu. Diese Einheiten fassen die eine einzelnen oder mehreren Muskelbewegungen zusammen. Mit dieser Klassifikation ist es möglich, Gesichtsausdrücke schriftlich zu notieren und eine entsprechende Vergleichbarkeit ist realisierbar. Insgesamt konnten 44 solcher Einheiten innerhalb des Gesichtes festgelegt werden. In einer Unterteilung konnten demnach 12 Einheiten innerhalb des Obergesichtes und 32 Einheiten innerhalb des Untergesichtes fixiert werden (Ekman, 1997).

Gefühlskomponente

Eine Darstellung des Erlebens kann mit der *Gefühlskomponente* beschrieben werden. Diese introspektive Komponente ermöglicht vor allem einen verbalen Bericht und eine Integration der bereits aufgeführten Komponenten (Lang et al., 1998, S. 55). Diese fünf Komponenten bilden die Entstehung von Gefühlen. Schreckreaktionen oder erste Impulse des Annäherns oder Vermeidens werden, zunächst durch unbewusst ablaufende, prä-kognitive, affektive Bewertungsschritte geprüft und anschließend als *angenehm* oder *unangenehm* bewertet. Diese sogenannten Reiz-Reaktionen können innere Vorstellungen oder äußere Ereignisse verbalisiert hervorrufen (Lang et al., 1998, S.55).

Grundemotionen

Eine genaue Festlegung der Definition der *Grundemotionen* ist in der Wissenschaft umstritten.

Die Ergebnisse der PNAS – Studie „Bodily Maps of Emotions“, welche an der Aalto Universität in Finnland durchgeführt wurden, konnten deutliche interkulturelle Übereinstimmungen unter den unterschiedlichen Formen von Emotionen feststellen. Eine Auswertung ergab folgende Auflistung von Grundemotionen mit entsprechender Aktivität innerhalb des Körpers (Lauri Nummenmaa et al., 2013).

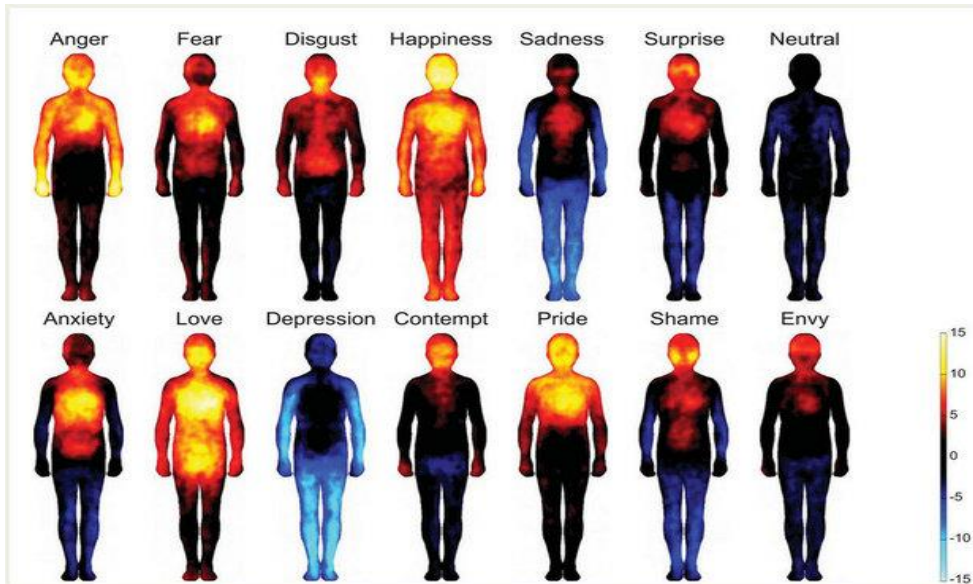


Abbildung 4: Bodily topography of basic (Upper) and nonbasic (Lower) emotions associated with words (Nummenmaa et al., 2014)

1.3.2 Krisenbewältigung

Gesundheits- und Krankheitsverhalten

Definiton

Der Begriff der *Krankheit* kann auf unterschiedlichen Modellen basierend, entsprechend definiert werden.

In der vorliegenden Studie wird die Krankheit als ein Zustand / Prozess angesehen, der auf Grund einer spezifischen Verursachung (Ätiologie), eines voraussehbaren Ablaufs (Prognose), einer deskriptiven Darlegung von Symptomen, einem Handlungsergebnis (Therapie) und von einer Nosologie (Krankheitslehre) geprägt ist. Eine *Krankheit* kann also als die Darbietung der Zusammenhänge dieser differenzierten Aspekte angesehen werden (Lang et al., 1998, S. 257).

Die Erklärungsmodelle

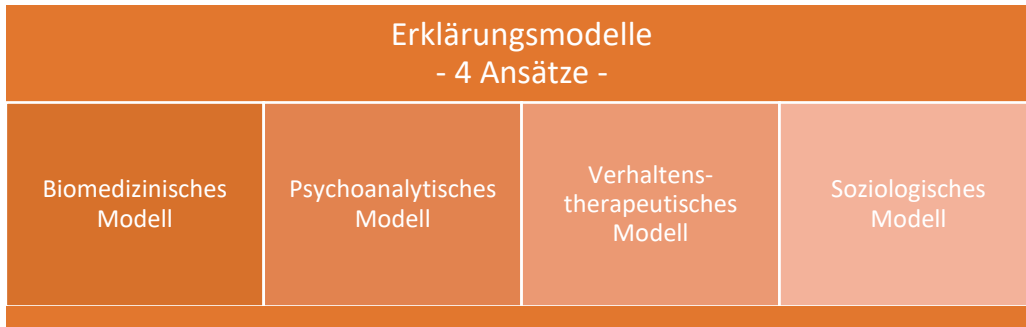


Abbildung 5: Vier Erklärungsmodelle für die Entstehung von Krankheiten
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Lang, et al., 1998, S.259-261)

Der *biomedizinische* Ansatz basiert vor allem darauf, dass die biologischen Vorgänge als Ursachen der Erkrankung angesehen werden. Symptome sind demnach Ausdruck der Erkrankung. Auch psychopathologische Phänomene können wie folgt erläutert werden, da sie auf Veränderungen der Neurotransmitter basieren (Lang et al., 1998, S. 258).

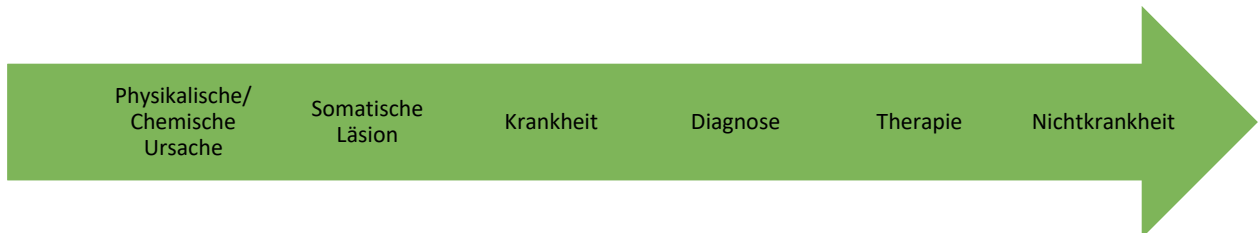


Abbildung 6: Krankheitsprozesse nach biomedizinischen Ansatz
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Lang, et al., 1998, S.258)

Innerhalb des *psychoanalytischen* Ansatzes wird die Krankheit als eine sprachliche Ausdrucksmöglichkeit angesehen, die sich in Form von körperlichen oder seelischen Störungen ausdrücken kann. Die Konflikte auf den Ebenen des Strukturmodells (ES, ICH, Über-ICH), basierend auf Freud (1896), haben demnach Einfluss auf das Ausmaß der Symptome (Lang et al., 1998, S. 259-261).

Der *verhaltenstherapeutische Ansatz* basiert auf behavioristischen Prinzipien, wie der klassischen Konditionierung (Pawlow, 1874) und der operanten Konditionierung (Skinner, 1952). Das menschliche Verhalten und somit auch „krankes Verhalten“ ist demnach eine Reaktion, auch Response genannt, auf Umweltbedingungen, die als Reize verstanden werden. Aufgrund von Kausalattributionen (Zuschreibungsprozessen) wird dieses Verhalten verstärkt. Reaktionen dieser Reize können beispielsweise in Form von Herzfrequenzbeschleunigung oder Blutdruckerhöhung erscheinen. Lernprozesse (Erfahrungen) verfestigen solche Formen von Grundmustern (Lang et al., 1998, S. 261-262).

Das *soziologische Modell* geht davon aus, dass soziale Strukturen und Faktoren an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten beteiligt sind (Pathosozio-genese). Für die Erhaltung der Gesundheit stehen hier vor allem soziale Einflüsse im Vordergrund. Auch die Etikettierung (Zuschreibung) als „gesund“ oder „krank“ kann zwischen einer Selbst- und Fremdzuschreibung differieren (Lang et al., 1998, S. 262).

Krankheitsverarbeitung

Nachdem eine Patientin sich ihrer Krankenrolle bewusstgeworden ist, beginnt der Prozess, die Krankheit zu verarbeiten. Die betroffene Person muss nun versuchen, Beschwerden und Krankheitsfolgen zu bewältigen, um eine neue Balance der eigenen Lebensweise zu finden (Lang et al. 1998, S. 279). An dieser Stelle wird auf individuelle *Coping-Strategien* zurückgegriffen. *Coping* stammt ursprünglich aus der Stressforschung. Die Qualität und Intensität eines Stressors hängt demnach nicht nur von dem belastenden Ereignis ab, sondern von der Art und Weise wie die betroffene Person dem Stressor begegnet. Darunter fallen ebenso diverse Abwehrmechanismen, zur Verfügung stehende Ressourcen und Resilienzfaktoren.

Abwehrmechanismen

Die Erfahrungen der Brustkrebspatientinnen bilden einschneidende Erlebnisse, die sie individuell psychisch verarbeiten. Eine Möglichkeit der intraindividuellen Verarbeitung ist das Feld der *Abwehrmechanismen*. Die Abwehrmechanismen beruhen auf dem psychoanalytischen Konzept nach Freud (1925). Die *Verdrängung* ist eine Form der

Abwehr, bei dem die Person versucht, Motive bzw. Konflikte aus dem bewussten Erleben auszuschalten (Lang et al., 1998, S. 66-74). Des Weiteren können Personen sich weigern, die Realität einer belastenden, traumatischen Wahrnehmung anzuerkennen. Demnach wird die Aufmerksamkeit so gelenkt, dass nicht wahr sein kann, was nicht wahr sein darf. Diese Abwehrform wird als *Verleugnung* beschrieben und kann Ängste hervorrufen (Lang et al., 1998).

Ressourcen

Der Begriff der *Ressource* ist vielseitig definiert worden. Eine exakte Begriffsbestimmung ist daher schwierig. Das Konzept könnte trotzdem als eine mögliche Hilfsquelle beschrieben werden, die dazu dient, Ziele, Zustände, Veränderungen, Optimierungen und Ähnliches zu erreichen. Diese Hilfsquelle kann aktiviert und mehr oder weniger bewusst eingesetzt werden (Auhagen, 2004).

Resilienzfaktoren

Der Begriff der *Resilienz* wird als eine innere Kraft verstanden, die es den Menschen ermöglichen soll, schwere Lebenskrisen und Hindernisse innerhalb der Entwicklung erfolgreich zu meistern. Sie kann aus zwei unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. Zum Einen beschreibt sie einen empirischer Begriff, der zum Anderen als Rückgriff auf Fähigkeitskonzepte erklärt werden kann (Nittel und Seltrecht, 2013).

Der Risikofaktor Brustkrebs bringt einen langen Heilungs- und Regenerationsprozess mit sich. Die Angst der betroffenen Person vor einem Rückfall der Erkrankung ist innerhalb dieses Prozesses stets vorhanden. Damit steigt sowohl die physische Belastung (Krebserkrankung) also auch psychosoziale Belastungen (Hormontherapiemaßnahmen, Chemotherapien, eventuelle Mastektomie). Hinzu kommen soziale Aspekte (Arzt-Patienten-Kommunikation, Belastungen durch Veränderung des Körperbildes, Leiden der Familien), die den Heilungsprozess dieser Frauen deutlich erschweren. Aufgrund dieser verschiedenen Gesichtspunkte, gibt es eine deutlich erhöhte Korrelation mit psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise einer *Angststörung* oder einer *affektiven Störung* (Nittel

und Seltrecht, 2013). Studien belegen, dass innerhalb der ersten sechs Monate nach Diagnose, 20-30% der Brustkrebspatienten an einer Depression erkranken. Die Rate der Entwicklung einer Angststörung liegt zwischen 6 und 14% (Nittel und Seltrecht, 2013). Diese Gedanken des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlustes kann das eigene Gefühl der Kohärenz in eine Form des Schocks versetzen. Auch das Umfeld ist oftmals stark von der Situation der Patientinnen betroffen. Gleichzeitig bilden sie eine wichtige Komponente der Ressourcen (Nittel und Seltrecht, 2013).



Abbildung 7: Gliederung der Ressourcen (Eigene Darstellung in Anlehnung an Nittel und Seltrecht, 2013)

Die einzelnen Komponenten der Ressourcen sind in Abb. 7 graphisch dargestellt.

Unter dem Gesichtspunkt der *sozialen Unterstützung* fallen vor allem Personen des persönlichen Umfeldes. Diese können Partner, Eltern, Kinder, Freunde, Bekannte, Verwandte sein, die den Patientinnen Mut machen und sie beratschlagen. Diese Unterstützung kann zu einem gestärkten Bewältigungsverhalten führen (Nittel und Seltrecht, 2013).

Normalität beinhaltet vertraute Strukturen und die Möglichkeit diese durch Kontrollierbarkeit und Vorhersehbarkeit zu bewältigen. Das Streben nach Normalität kann dadurch eng mit einem positiven *Kohärenzgefühl* verbunden sein. Diese Art des Gefühls erweckt den

Anschein, dass die Bewältigung von diversen konfrontativen Lebensanforderungen lohnend und sinnhaft ist. Dieses Kohärenzgefühl kann durch die Brustkrebsdiagnose stark beeinträchtigt werden, denn die Krankheit kann dazu führen, die Kontrolle über Körper, Leben und sogar die eigene Existenz zu verlieren (Nittel und Seltrecht, 2013).

Die Fähigkeit, Emotionen und Handeln zu steuern, wird *Selbstregulation* genannt. Während einer Brustkrebserkrankung setzten sich viele betroffene Frauen mit dem Thema des Todes auseinander. Der Umgang damit erfordert eine hohe emotionale Selbstregulationskompetenz, um diese Thematik des Todes erfolgreich verarbeiten zu können (Nittel und Seltrecht, 2013).

Des Weiteren ist die *Selbstwirksamkeit* eine weitere persönliche Ressource, auf die Betroffene in schwierigen Situationen zurückgreifen. Innerhalb dieser Ressource können die Patientinnen ihre Erwartungen und ihre gewünschten Ergebnisse mit Hilfe der eigenen Kompetenz und des eigenen Handelns erreichen (Nittel und Seltrecht, 2013).

Angeschlossen an die *Selbstwirksamkeit* folgt die *Selbstbehauptung*. Mit dieser Fähigkeit wird es ermöglicht, eigene Grenzen zu erkennen und diese auch deutlich zu markieren. Innerhalb einer Krebserkrankung werden diese Grenzen deutlich, denn der Wille, sein Leben nicht vom Krebs bestimmen zu lassen, beleuchtet einen wichtigen Aspekt im Umgang mit der Erkrankung (Nittel und Seltrecht, 2013).

Zudem benötigt es *Optimismus*, der sich vor allem in der Vitalität und dem Lebenswillen nach einer Diagnose zeigt. Dieses positive Verhalten kann als persönliche Ressource genutzt werden (Nittel und Seltrecht, 2013).

Der Umgang mit Krisen ist vielfältig beleuchtet. So bietet sich auch als weitere Komponente das *Reframing* an. Ziel dieser Strategie ist es, eine primär negative Situation neu und dafür positiv zu bewerten (Nittel und Seltrecht, 2013).

Frauen, die von Brustkrebs betroffen sind, nutzen vermehrt die Coping – Strategie der *Religiosität*. Die Studie von Appel et. al (2010) hat genau diesen Aspekt untersucht. Es konnte festgestellt werden, dass die Gruppe der Brustkrebsprobanden insgesamt religiöser waren als die der Schmerzgruppe. Ebenso gab es vermehrte Ängste in der Brustkrebsgruppe. Dieser Zusammenhang kann dennoch nicht als Ursache – Wirkung interpretiert werden, da das angewandte Design (Cross-Lagged-Panel-Design) dies nicht zulässt. Dennoch lässt sich festhalten, dass die Diagnose Brustkrebs eine Suche nach Hilfe

und Trost innerhalb der Religion auslöst. Die Autoren vermuten, dass die Hinwendung zum Glauben mit einem besseren Befinden einhergeht bzw. dazu beiträgt. Dabei berufen sie sich auf amerikanische Studien (Appel et al., 2010).

Weitere Möglichkeiten innerhalb des Bereiches der *Spiritualität* ist die Komponente der *Komplementärmedizin*. Die Wirksamkeit von Yoga wurde als ergänzende Therapieform bei Brustkrebspatientinnen von Chandwani et al. untersucht. Demnach konnte festgehalten werden, dass Yoga ein signifikantes Wachstum innerhalb der körperlichen Funktionalität hervorruft und des Weiteren Fatigue reduzieren kann (Blom et al., 2014).

Weitere Studien haben den Einfluss von *Achtsamkeit* auf die Depressivität nach einer Brustkrebsdiagnose untersucht. Ziel der Studie von Hofner und Michalak (2013) war es, die prädiktive Bedeutsamkeit von Achtsamkeit und Körperachtsamkeit für den Verlauf der Depressivität nach einer Brustkrebsdiagnose zu erörtern. Die Studie wurde mit Patientinnen diagnostiziert, die ein erstdiagnostiziertes Mamma-Karzinom hatten. Diese Ergebnisse ergaben, dass Körperachtsamkeit keinen Hinweis auf eine prädiktive Bedeutung von Achtsamkeit für den Verlauf von Depressivität gibt. Dieses Ergebnis ist für die Autoren unerwartet, da eine konsistente Kovariation von Achtsamkeit und seelischer Gesundheit aus früheren Untersuchungen bekannt ist. Faktoren, wie die der sozialen Unterstützungen, einem stabilen religiösen Konstruktsystem und weiteren nicht erhobenen Variablen könnten bei einem derartigen einschneidenden Erlebnis von Bedeutung sein (Hofner und Michalak, 2013).

1.3.3 Studie zum Thema: Emotionen und Ressourcen bei Frauen mit Brustkrebs

Kruse et al (2003) stellen verschiedene Ergebnisse aus Studien zu psychosozialen Interventionen bei Brustkrebspatientinnen vor. Nach einer ersten Mitteilung der Diagnose erfolgt eine emotionale Reaktion, wie Schock, Angst, Furcht und Trauer. Abhängig von der Intensität dieser Reaktion, entwickeln 34% der Patientinnen in einer Rehabilitationsklinik psychische Störungen und 24% in der Akutversorgung. Diese Prävalenzraten zeigen, dass die emotionale Verarbeitung im Stadium der Diagnose und progressiv gerichtet von Bedeutung ist. Um Informationen über psychische und soziale Aspekte, die mit der Krankheit Brustkrebs verbunden sind, zu erhalten, bedarf es bei mehr als 80% der onkologischen Patienten an einem persönlichen Gespräch mit den behandelnden Ärzten.

Des Weiteren können neben psychosozialen Basisversorgungen ebenso psychotherapeutische Gruppeninterventionen eine hilfreiche Ressource sein. Supportiv – expressive Psychotherapie, Gruppeninterventionen mit Stressmanagementprogrammen, Einzelpsychotherapie oder auch Interventionen mit Angehörigen, können diese psychische Symptomatik reduzieren und die Lebensqualität verbessern (Kruse et al., 2003).

2 Globale Fragestellung

Diese empirischen Ergebnisse lassen sich einer eher allgemeinen und kurzgefassten Darstellung von Emotionen und Ressourcen zuordnen. Hier wird die vorliegende Studie ansetzen und unter besonderer Berücksichtigung der Patientinnenselektion, auf Emotionen und Ressourcen im Kontext des gesamten Prozesses und auf mögliche Zusammenhänge eingehen.

Die Forschung von Rösger (2014) wurde an den gleichen Standorten (Bielefeld und Recklinghausen) fortgesetzt, jedoch mit einem anderen Schwerpunkt. Die vorliegende Studie bezieht sich auf den Prozess der Emotionsentwicklung und auf die Ressourcen von Frauen, bei denen in der molekulargenetischen Testung keine BRCA-Mutation festgestellt werden konnten.

2.1 Zielsetzung

Ziel der geplanten Studie ist es, das Erleben und die zur Verfügung stehenden Ressourcen betroffener Frauen vor, während und nach der genetischen Diagnostik widerzuspiegeln. Besonders soll hier dem Prozess, beginnend mit der Diagnose Brustkrebs bis hin zum negativen Befund der humangenetischen Untersuchung, nachgegangen werden.

3 Methoden

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen näher erläutert.

3.1 Durchführung der Studie

Die aufgestellte Hypothese ist ungerichtet. Einen Zusammenhang könnte es hier zwischen der emotionalen Verarbeitung und den Ressourcen, auf die betroffene Frauen während des Prozesses zurückgreifen, geben.

Innerhalb des persönlichen Gespräches werden diese Aspekte genauer untersucht. Die Fragen zielen zunächst auf das Emotionserleben, zu Beginn des Verdachtes auf eine Mutation, ab. Hierbei werden besonders Gedanken und Gefühle der betroffenen Frauen berücksichtigt. In einem nächsten Schritt wird es um die Wartephase auf den Befund gehen. Dabei werden die zur Verfügung stehenden Ressourcen erfragt. Die Patientinnen wurden den langen Prozess von Gefühlen begleitet. Dies wirft die Frage nach Veränderungen auf, die die Frauen selbst an sich beobachten konnten. Auch dieser Aspekt wird in dem persönlichen Gespräch berücksichtigt. Zuletzt wird dem Erleben und den hilfreichen Ressourcen nachgegangen, nachdem der Befund der molekulargenetischen Testung für negativ bestätigt wurde. Die Entwicklung der Emotionen und vor allem das verschieden, situativbedingte Erleben derselben Emotionen ist ein weiterer Aspekt, der untersucht wird.

Auch eine mögliche Beziehung zwischen Gefühlen und hilfreichen Ressourcen, wird eine Komponente der Untersuchung sein.

Ein positives Ethikvotum der Fakultät für Gesundheit für Psychologie der Privaten Universität Witten/ Herdecke liegt vor.

3.2 Untersuchungsinstrument: Der Leitfaden

Die Arbeit wurde als eine qualitative Forschungsarbeit angelegt. Die Datenerfassung erfolgte in Form von semistrukturierten, leitfadengestützten Interviews.

Zu Beginn des Leitfadens stehen *Sondierungsfragen*. Diese ermöglichen einen allgemeinen Einstieg in die Thematik. Hierbei wurden persönliche Daten und subjektive Bedeutungen der Thematik eruiert (Mayring, 2008). Für den Interviewleitfaden wurden des Weiteren Leitfadenfragen verfasst. Diese gehören den Themenaspekten an, die als Fragestellung innerhalb des Interviewleitfadens festgehalten werden können (Mayring, 2008). Zusätzlich wurden darüber hinaus spontane Fragen gestellt, die als *Ad-hoc-Fragen* bezeichnet werden können (Mayring, 2008).

3.3 Stichprobe

Nach einer Hospitation in der Sprechstunde von Prof. Gödde, für humangenetische Beratung, konnte ein erster Kontakt zu Patientinnen mit Brustkrebs aufgenommen werden. In der vorliegenden Studie handelt es sich demnach um Frauen, die ehemalige Patientinnen aus dieser Beratungsstelle sind und von Prof. Gödde rekrutiert werden konnten. Um eine Probandin für diese Arbeit zu rekrutieren, mussten eine Brustkrebserkrankung und ein anschließend negativer Befund nach einer humangenetischen Untersuchung vorliegen. Unter Ausschlusskriterien zählten mangelnde Sprachkenntnisse, Einwilligungsunfähigkeiten und das schriftliche Verweigern der Einverständniserklärung. Im Verlauf des Gespräches könnten folgende Komplikationen auftreten. Zum Beispiel könnte es eine mangelnde Bereitschaft der Probandinnen geben, sich zu öffnen und ausführlich über Emotionen zu berichten, wodurch Komplikationen bei der Auswertung auftreten würden. Von Nutzen für die Probandinnen konnte es sein, im Interview Erlebtes, erneut zu reflektieren und für sich neu zu ordnen beziehungsweise umzuwerten. Ein mögliches Risiko konnte sein, schon abgeschlossene Themen erneut zu bearbeiten und die dazugehörigen negativen Emotionen erneut zu durchleben. Hier bot Frau Prof. Dr. Gödde nachträglich Beratungsgespräche an, die die Patientinnen in Anspruch nehmen konnten.

Auf diese Weise wurden drei Probandinnen rekrutiert.

Tabelle 1: Persönliche Daten der ausgewählten Patientinnen (Oladeji, 2016)

Frau W.	Frau K.	Frau H.
Alter 52	Alter 36	Alter 53
Nationalität deutsch	Nationalität türkisch	Nationalität deutsch
Beruf Rentnerin	Beruf Verkäuferin	Beruf Krankenschwester
Familienstand Geschieden 2 Kinder 2 Enkelkinder	Familienstand Verheiratet 4 Kinder	Familienstand Verheiratet 2 Kinder
Ersterkrankung 2009 Tumor erkannt durch eigenes Abtasten der Brust	Ersterkrankung 2015 Tumor erkannt durch eigenes Abtasten der Brust	Ersterkrankung 2015 Tumor erkannt durch einen Mammographiebefund
Therapie Chemotherapie, bilaterale Mastektomie, Bestrahlung	Therapie Operative Tumorentfernung, unilaterale Mastektomie	Therapie Operative Tumorentfernung, Bestrahlung

3.4 Durchführung der teilstrukturierten Interviews

Zunächst wurde die globale Fragestellung verfasst und in Zusammenarbeit mit den Betreuerinnen fixiert. Die qualitativen Interviews wurden Mitte April 2016 mit den drei Probandinnen in 45 bis 60 Minuten durchgeführt. In Abstimmung mit den Probandinnen fanden die Interviews bei ihnen zu Hause statt. Vor dem Interview erhielt die Probandin ein detailliertes Informationsblatt über die Forschungsarbeit. Nach schriftlicher Einverständniserklärung fand das persönliche Gespräch statt, das sich am Leitfaden orientierte.

Es erfolgte eine allgemeine Einleitung in das Gespräch. Darauffolgend wurden die Sondierungsfragen gestellt. Weitergehend folgten dann strukturiert aufgebaute Fragen zum

Thema Emotionen und Ressourcen, die chronologisch (dem entsprechenden Weg von der Diagnose bis hin zur molekulargenetischen Testung) aufgebaut waren. Um das strukturierte Vorgehen zu unterstützen, wurden Übergangsformulierungen konstruiert, die die jeweiligen neuen Themenblöcke einleiten konnten. Außerdem wurden zusätzlich mögliche Nachfragen vorbereitet, die sowohl den Bereich einer negativen Antwort als auch den einer Positiven abdeckten. Zum Ende hin wurde ein den Probanden gegenüber wertschätzender, Schluss des Interviews eingeleitet. Anschließend wurden persönliche Eindrücke über die Gestik und Mimik der Probandinnen und Eindrücke über die Gesprächsatmosphäre schriftlich festgehalten.

Die geführten Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend in Form einer Teiltranskription verschriftlicht.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt pseudonymisiert. Die Initialen der Probandinnen wurden zur Bezeichnung der Interviewtranskripte entsprechend verändert. Die Teiltranskripte befinden sich im *Anhang* der Bachelorarbeit. Die Aufnahmen der Interviews werden auf der beiliegenden CD gespeichert und anschließend im Archiv der Privaten Universität Witten / Herdecke archiviert und nach zehn Jahren vernichtet.

3.5 Datenanalyse

Ausgewertet wurde das Gesamtmaterial, welches die Teiltransskripte der drei durchgeführten Interviews umfasst. Die Auswertung erfolgt auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Diese zielt darauf ab, Rückschlüsse auf gewisse Aspekte der Aussagen des Interviews zu ziehen (Mayring, 2015, S. 17).

Die Analyse der Ergebnisse mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring erfolgte nach induktivem Vorgehen. Die Kategorien werden dabei am Material gebildet und nicht vor der ersten Sichtung des Materials im Vergleich zum deduktiven Ansatz (Mayring 2000, S. 85). Das Material und nicht die theoretischen Vorannahmen stehen hier im Vordergrund. Daher bietet sich die induktive Art der Kategorienbildung für die qualitative Forschung an (Mayring 2000, S. 85). Der Inhalt wird nicht verfälscht und dennoch eingegrenzt. Mayring bezeichnet das induktive Vorgehen als zusammenfassende Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2000, S. 85).

Den zentralen Punkt der qualitativen Inhaltsanalyse bildet das Kategoriensystem (Mayring 2015, 44). Die Kategorien werden theoriegeleitet am Material entwickelt und dienen in diesem Fall der systematischen Analyse der transkribierten Interviews. Für das Bilden von Kategorien gibt Mayring eine konkrete Vorgehensweise vor. Grundvoraussetzung hierfür ist vor allem das Erfassen von *Schemata*. Der Begriff wird wie folgt definiert:

„Unter Schema wird eine aktive Organisationseinheit des Wissens verstanden, die aufgrund von Erfahrungen verschiedener Konzepte über Gegenstände, Zustände, Ereignisse und Handlungen in einem Wissenskomplex vereinigt.“

(Schnotz/Ballstaedt/Mandl 1981, S.113; zit. n. Mayring 2015, S. 44).

Vor dem Hintergrund des zentralen Themas der Bachelorarbeit wird eine Kategorie definiert, sobald eine passende Textstelle dazu gefunden wird. Eine neue Kategorie wird hinzugefügt, wenn eine neue Textstelle der bisher vorhandenen Kategorie nicht zugeordnet werden kann. Nach Bearbeitung von 10-50 % des Materials erfolgt eine Revision der bisher erstellten Kategorien, bevor die Interviews endgültig durchgegangen werden (Mayring 2002, S. 116).

Nicht zur Thematik passende Stellen im Interview hätten bei der Teiltranskription unberücksichtigt bleiben können. Solche eindeutig irrelevanten Passagen gab es in den Interviews jedoch nicht. Es wurde wörtlich transkribiert. Umgangssprache und grammatikalische Fehler wurden daher in das Transkript übernommen um das Gesprochene nicht zu verfälschen (Dresing und Pehl, 2015). Die Verständnislauter der Interviewteilnehmerinnen wurden mittranskribiert, sofern diese als Antwort fungierten. Lachen und Weinen wurde zum besseren Verständnis notiert. Die Pausen wurden jedoch nur teiltranskribiert. Umweltgeräusche, Betonungen und Dehnungen wurden nicht berücksichtigt.

Das so reduzierte und in das Kategoriensystem eingeordnete Material, wurde anschließend ausgewertet und interpretiert.

Die endgültige Analyse des Materials erfolgte mit Hilfe der computergestützten Programmsoftware, *MAXQDA*. Diese wird für die qualitative Analyse von unstrukturierten Daten wie Interviews, Feldnotizen, Umfragen, Tabellen, Bildern, Video- und

Audioaufnahmen, bibliographische Datenbanken und Ähnlichem angewandt (MAXQDA, 2016). Für die Strukturierung des Kategoriensystems wurden die drei Interviews mit einbezogen. Dabei konnten die einzelnen Zitate der Interviews innerhalb der einzelnen Kategorien gewichtet werden. Die Gewichtung ist für das Erstellen des späteren Kodierleitfadens von großer Bedeutung. Des Weiteren konnten die Kategorien erneut reduziert und differenziert werden.

Auf dieser Basis konnte die Erstellung des *Kodierleitfadens* nach Mayring folgen (Mayring, 2015). Dieser wurde in drei Oberkategorien gegliedert.

Tabelle 1: Struktureller Aufbau eines Kodierleitfadens (Eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring, 2015)

Bestandteile des Kodierleitfadens	Erläuterung
<ul style="list-style-type: none"> • Kategorie 	Resumée des 10-50% überarbeiteten Materials
<ul style="list-style-type: none"> • Definition 	Nähere inhaltliche Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> • Ankerbeispiel 	Zitate aus den Interviews zur Untermalung der Kategorien

3.6 Güte

Um die Güte der Studie zu untersuchen, wurden die Intercoderreliabilität und die Intracoderreliabilität bestimmt. Mit diesem Vorgehen kann sowohl die Objektivität als auch die Reliabilität von qualitativen Studien gemessen werden (Mayring, 2015).

3.6.1 Objektivität

Der Interviewleitfaden wurde nach Sichtung des aktuellen Forschungsstandes entwickelt. Dadurch und durch die nicht vorhandene persönliche Erfahrung der Forschenden mit der Brustkrebserkrankung wurde die Wahrscheinlichkeit verringert, dass eigene Erfahrungen die Entwicklung des Leitfadens beeinflussen. Während der durchgeführten Interviews traten

seitens der Probandinnen kaum Verständnisfragen auf und diese konnten bei Bedarf durch näheres Erläutern der Frage geklärt werden.

Die geringere Standardisierung eines teilstrukturierten Interviews gegenüber einem strukturierten Interview war erforderlich, um freies Erzählen der Probandinnen in Gesprächsatmosphäre zu ermöglichen. Dennoch war durch den Leitfaden ein Orientierungsrahmen gegeben, der Vergleichbarkeit ermöglicht. Auch das Setting der Interviews bei den Probandinnen zu Hause war nicht standardisiert, trug jedoch ebenfalls zum vertrauensvollen, offenen Klima der Datenerhebung bei. Da alle Interviews von nur einer Interviewerin durchgeführt wurden und es im Vorhinein keine persönlichen Begegnungen zwischen beiden Personen gab, kann die Durchführungsobjektivität als gegeben betrachtet werden.

3.6.2 Reliabilität

Die Reliabilität ist Voraussetzung für die Validität. Die inhaltsanalytischen Gütekriterien nach Krippendorf (1980) teilen die Reliabilität in *Stabilität*, *Reproduzierbarkeit* und *Exaktheit* auf.

Für die Überprüfung der *Stabilität* konnte ein zweiter Beurteiler mit Hilfe der gleichen Interviews ein eigenes Kategoriensystem erstellen. Anschließend wurden die beiden Kategoriensysteme miteinander verglichen. Dieses Vorhaben gilt der weiteren inhaltlichen Untersuchung des bestehenden Kategoriensystems und weist Parallelen zur *Intracodereliabilität* auf (Mayring, 2015, S.124).

Aus dem Vergleich der beiden Kategoriensysteme kann festgehalten werden, dass es eine vollständige Übereinstimmung der Hauptkategorien gibt. Sowohl in der Anzahl als auch in der Benennung. Auch die jeweiligen Unterkategorien haben große Überschneidungen mit minimaler Abweichung im Bereich der Begrifflichkeiten. Grundsätzlich kann die inhaltliche Übereinstimmung des bestehenden und des neuentwickelten Kategoriensystems für gut bis sehr gut bewertet werden. Auch dieser Gesichtspunkt unterstützt eine gute Reliabilität des gesamten Kategoriensystems.

Um die Unabhängigkeit der Ergebnisse von der untersuchenden Person innerhalb der *Reproduzierbarkeit* zu messen, wurde mit Hilfe eines Beurteilers die *Interrater-Reliabilität* an den Interviews Frau H. und Frau K. bestimmt. Diese kann anhand der Beurteiler-Übereinstimmung der jeweiligen Kodierungen berechnet werden. Die erste Beurteilerin

erhielt einen Kodierleitfaden und die zwei Interviews und teilte diese, mit Hilfe des bestehenden Kategoriensystems, ein. Anschließend wurden die Einteilungen der Kategorien gezählt und mit Hilfe des statistischen Programmes SPSS ausgewertet. Somit konnte die *Interrater Reliabilität* durch *Cronbachs Alpha* berechnet werden.

Tabelle 3: Interrater Reliabilität

Reliabilitätsstatistiken	
Cronbachs	
Alpha	Anzahl der Items
,868	2

In Tab. 2 wird dargestellt, dass die Reliabilität der Kategorieinteilung einen Wert von 0,87 hat. Dieses Gütekriterium kann gut bewertet werden und weist somit auf eine geringere Messfehleranfälligkeit der vorliegenden Studie hin.

Die *Exaktheit* setzt Stabilität und Reproduzierbarkeit voraus und bildet das stärkste allerdings auch das am schwierigsten zu überprüfende Gütekriterium. Das Überprüfen des Analytikers (Interrater Reliabilität), der einzelnen Kategorien (inhaltliche Prüfung durch weiteren Rater) und eine Kategoriendifferenzierung wurde in der Studie durchgeführt und untermauert die als reliabel einzuschätzenden Ergebnisse der Studie (Mayring, 2015, S.128).

3.6.3 Validität

Die Studie wurde *materialorientiert* durchgeführt. Unter materialorientierter Vorgehensweise fällt die *semantische Gültigkeit*, die durch das Bilden des Kodierleitfadens gegeben wird. Dazu gehörig ist auch die *Stichprobengültigkeit*, die sich nach den Kriterien des Umfangs einer Bachelorarbeit orientiert (Mayring, 2015, S. 126).

4 Ergebnisse

Ziel der geplanten Studie war es, Einblicke in die Situation von Frauen zu gewinnen, die ihren Weg von der Diagnose bis hin zum negativen humangenetischen Befund beschritten haben. Besonders wurden an dieser Stelle die erlebten Emotionen und die zur Verfügung stehenden Ressourcen berücksichtigt.

Um die in Kapitel 2.0 definierte Fragestellung zu untersuchen, sollen im Folgenden die Ergebnisse der Interviews anhand der in 3.5 beschriebenen systematischen Analyse dargestellt werden.

Die Zitate aus den Einzelinterviews sind in Klammern mit der pseudonymisierten Form sowie der Blocknummer der Kategorien gekennzeichnet, die sich in den bearbeiteten Interviews nach MAXQDA wiederfinden.

In Darstellung 4 wird zunächst die Einteilung der einzelnen Kategorien dargestellt. Diese induktiven Kategorien ergaben sich nach einer ersten Sichtung des Materials. Innerhalb der dargelegten Kategorien wurden die einzelnen Zitate gewichtet. Dies bedeutet, dass festgelegt wurde, welches Zitat die Kategorie am sinnvollsten repräsentiert. Die grün hinterlegten Kategorien bilden die Hauptkategorien und sind für die Studie von großer Relevanz. Im Folgenden werden sie und die dazugehörigen Unterkategorien näher erläutert.

4.1 Zusammenfassung der Kategorien

Tabelle 4: Zusammenfassung der Kategorien

K 1.0	K 2.0	K 3.0	K 4.0	K 5.0	K 6.0	K 7.0
Emotion	Ressourcen	Reaktion Umfeld	Entscheidung zur HGU*	Veränderung nach HGU	Optimierungsbedarf	Vorgeschichte
K 1.1 Angst	K 2.1 Externale, personale Unterstützung		K 4.1 Entscheidung zur HGU	K 5.1 Emotion		K 7.1 Job
K 1.2 Traurigkeit	K 2.2 Alltagsstruktur		K 4.2 Vermutete Konsequenzen	K 5.2 Verhalten		K 7.2 Krebs
K 1.3 Wut	K 2.3. Die Frau selbst					K 7.3 Familiärer Hintergrund
	K 2.4 Spiritualität und Religion					

*HGU = Humangenetische Untersuchung

4.2 Induktive Kategorien

4.2.1 Emotionen nach der Diagnose

Die erste Kategorie ist die der Emotionen. Diese Kategorie bezieht sich auf die emotionale Reaktion der Patientinnen, zu Beginn der Diagnose (vgl. 1.3.1). Denn dieser Lebensabschnitt ist für die Frauen ein einschneidendes Erlebnis, der eine extreme Belastungssituation beinhaltet.

Die Emotionen lassen sich als die Äußerungen definieren, die zu den Gefühlen der Befragten, während des Zeitraums von der Diagnose bis hin zur molekulargenetischen Testung, angehören. Diese Kategorie der Emotionen können in drei Unterkategorien unterteilt werden.

K 1.1 Angst

Zum einen existiert bei den Betroffenen eine große Angst, welche sich vor allem auf die Existenz der Frauen bezieht. Ein Auszug aus dem dritten Interview mit Frau K. untermalt diese Existenzangst.

„Dass das vorbei sein kann, dass das von heute auf morgen vorbei sein kann. Das war schlimm. Und ich habe mich in deren Situation reinversetzt (Weint). So dass ich gedacht habe, vielleicht werde ich auch so sein wie sie und kann das alles nicht vertragen, keine Ahnung, Brustkrebs ist zwar eine heilbare Situation, aber trotzdem sterben viele Frauen dann. Man muss es nur frühzeitig erkennen, irgendwie.“ (Frau K., B. 287;287).

Zudem empfinden die Patientinnen ebenso Ängste, aufgrund von den bereits erlebten negativen Erfahrungen.

„Nach wie vor habe ich genauso Angst wieder an Krebs zu erkranken, wie vorher.“ (Frau W., B. 216;216).

Die Angst geht einher mit einer starken, psychischen Belastung. Sie korreliert mit den wiederkehrenden, lebendigen Erlebnissen, die an Gefühle geknüpft sind.

„Ja. Man kann das nie vergessen und es hängt immer im Kopf drin. Die Ängste bleiben. Man sieht im Fernseher Berichte und man steigert sich da rein. Und auch, wenn ich Filme sehe, wo so was passiert und alles wieder hoch kommt. Also das kann sich niemand vorstellen. Das ist genauso, wenn jemand einen Autounfall gesehen hat und man wird diese Bilder auch nicht los. Genauso ist es beim Krebs auch, die Ängste bleiben. Man kann zwar versuchen ein bisschen abzuschalten, aber es geht nicht. Es geht einfach nicht. Es kommt immer wieder durch die Psyche; die spielt da halt nicht mit. Ich war vorher so stark und dies und jetzt ist alles eigentlich vorbei, wenn man dran denkt und schon den Gedanken hat. Also ist wirklich nicht einfach (Weint)“ (Frau W, B. 80;80).

Des Weiteren besitzen alle drei Frauen ein starkes Schamgefühl, welches mit der Angst einhergeht.

„Es war wie, wenn dir einer was wegnimmt. Die Weiblichkeit halt. Damit kam ich nicht klar. Und wenn du dich dann anziehst und vor dem Spiegel stehst und du drehst dich auf einmal um und dann oh, was ist das denn für eine Statur. Da fehlt was. So, ne. (Seufzen).“ (Frau K., B. 92;92).

K 1.2 Traurigkeit

Zum Anderen existiert neben der *Angst*, die Komponente der *Traurigkeit*.

„Ja, also ich stelle oft fest, dass ich traurig bin und dass ich auch. Also ich war früher auch ein sehr fröhlicher Mensch. Ich bin auf die Leute zugegangen. Und manchmal merke ich dann schon, wie die Leute mich dann manchmal angucken, wo ich denke, was gucken die denn so. Ich muss wohl ein trauriges Gesicht machen und einfach gedankenlos sein. So, dass ich manchmal einfach gar nicht in der Welt bin und ich einfach die Welt anders sehe. Dass ich die Welt negativer sehe und nicht freudig gucken kann. Dann merke ich manchmal, ich ziehe dann so ein Gesicht. Also ich merke das manchmal selber. Dann versuche ich auch immer ein bisschen anders zu sein. Aber es gelingt nicht immer. An trüben Tagen sowieso nicht, da ist jeder Mensch ein bisschen traurig“ (Frau W., B. 172;172).

Die Traurigkeit gehört der Grundemotionen an und hat Überschneidungen mit Ruminaton, Zukunftsängsten und der eigenen Ästhetik. Ruminaton beschreibt ein ständiges Gedankenkreisen.

„Und was ist dann passiert, wenn die ganzen Ablenkungen nicht mehr da waren? Wenn Sie wirklich in Ihrem Bett lagen, für sich waren, ging das dann mit Gedankenkreisen los?“

„Gedankenkreisen, ja. Gedankenkreisen, was machst du jetzt, was machst du jetzt. Wie entscheidest du dich. Wird das...“ (Frau K., B. 117;118).

Die Traurigkeit lässt sich in zwei allgemeine Unterkategorien einordnen,

- Depressive Verstimmung, die in einer Form der Verzweiflung enden kann
- Allgemeine Traurigkeit aufgrund der Krankheit, die Vorreiter für Ängste und Resultat eines neuen Körperbildes ist (Ästhetik)

In allen durchgeführten Interviews mit den Patientinnen konnten depressiv verstimmte Gefühle *und Gedanken* wahrgenommen werden, wie dem obigen Transkriptausschnitt zu entnehmen (Frau W., B. 172;172).

Diese depressive Verstimmung geht einher mit einer tiefen Verzweiflung, die nach einiger Zeit verstärkt wird.

„Ja, man hat das Gefühl, man befindet sich in einer Endlosschleife und die hört nicht auf. Sie kommen aus diesem Karussell nicht raus, da ist dann kaum so ein positiver Gedanke möglich. Man lebt auch in der Erkrankung und auch in der AHB, wie in so einer Blase. Die Realität, die kommt nicht wirklich an einen ran. Man lässt sie nicht an einen ran. Nur bis zu einem gewissen Punkt. Man kriegt natürlich alles mit, nur ich habe auch im Nachhinein festgestellt, dass mir auch Leute was erzählt haben, das habe ich überhaupt nicht abgespeichert. Die erzählen mir das dann nochmal und ich habe gedacht, wo ist das. Das habe ich dir erzählt, sagt die dann, ganz bestimmt und das habe ich dann gesagt, tut mir Leid, aber ich habe in den letzten Monaten einiges wirklich nicht aufgenommen. Das ist wirklich so.“ (Frau H., B. 62,62)

Die Ängste um die eigene Ästhetik spielen eine bedeutende Rolle. Dies wird vor allem bei der jüngeren Frau deutlich.

„Ja, schlimm eigentlich. Dir wurde ein weibliches Körperteil entfernt und damit... wenn man sich am Spiegel angeguckt hat, war das ... Dir hat jemand die Weiblichkeit weggenommen. Für meinen Mann war das jetzt nicht so dramatisch, aber er muss ja nicht in dem Körper drin stecken. Aber wenn man sich so im Spiegel anguckt, man muss immer aufpassen, sitzt der BH richtig, du darfst nicht ohne BH rausgehen“ (Frau K., B. 82;82).

K 1.3 Wut

Wut ist ebenso den Grundemotionen zugehörig und ein weiteres Ergebnis der von den Patientinnen wahrgenommenen Emotionen. Auch hier können Überschneidungen mit der Emotion *Traurigkeit (Depressivität)* und *Angst (Verzweiflung)* festgestellt werden. Das einschneidende Erlebnis an Brustkrebs zu erkranken, löst in den Frauen eine Wut aus. Gründe hierfür können von den Interviewteilnehmerinnen beschrieben werden. Zum Einen erleben sie eine plötzliche Einschränkung, innerhalb ihrer Mobilität, aber auch der gesamten Lebensqualität.

„Ich hatte so eine fürchterliche Wut, dass ich nochmal das dritte Mal ins OP musste. Und habe dann den in der Zeitung gelesen und dachte, den machst du jetzt mal. Weil man hatte mir ja meinen Sport geklaut. Ich bin zwar einmal die Woche ins Fitnesscenter gegangen, Gerätetraining gemacht. Also das ging jetzt gar nicht mit dem. Ja, das war schrecklich für mich. Also dann bin ich ja nach der zweiten OP, gegen ärztlichen Rat, auch wirklich vor Wut dahin und habe mich ausgetobt. Ist Gottseidank nichts passiert. (Lachen).“ (Frau H., B. 112;112)

Zum anderen äußerte sich die Wut in dem Verhalten der Frauen. Dies wurde durch eine Art der Gereiztheit gegenüber den Mitmenschen deutlich.

„Kaum war ein böses... kaum war ein Wort da, ich habe es als böse empfunden. Ich habe mich aggressiv gefühlt, ich habe mich depressiv gefühlt. Habe bei jedem kleinen (Pause), bei jeder kleinen Mücke, habe ich einen Elefanten draus gemacht. Also ich war sehr gereizt, wie gehst du jetzt damit um, wie kommst du mit der Situation klar. [...] So, ne. (Seufzen)“ (Frau K., 112;112)

4.2.2 Ressourcen nach der Diagnose

Die zweite Hauptkategorie ist die der Ressourcen. Hier werden Äußerungen der Frauen über Unterstützungen getroffen, die sich auf die ihre persönlichen Fähigkeiten und weiteren Hilfen beziehen.

K 2.1 Externale, personale Unterstützungen

Die Kategorie der *externalen, personalen Unterstützung* erscheint sowohl in bereits beschriebenen Studien (1.3) als auch in der vorliegenden Studie als die Kategorie, die mit einer bedeutenden Rolle einhergeht.

Diese Form der Unterstützung, auf die die Interviewpartnerinnen zurückgreifen können, beinhaltet vor allem das soziale Umfeld. Darunter werden Familie, Freunde, Partner und auch psychologische Institutionen, wie Reha-Gruppen und Selbsthilfegruppen, verstanden.

„Ja. Also, wenn ich meine Familie und meine Freunde nicht gehabt hätte, dann hätte ich das wahrscheinlich nicht geschafft.“ (Frau W., B. 94;94)

Eine wichtige Rolle übernehmen die Partner, bei den in einer Beziehung lebenden Interviewpartnerinnen. Als Bezugsperson, sind sie stets an der Seite der Frauen und vermitteln das Gefühl, nicht alleine zu sein.

„Mein Mann war für mich da, also er war meiste Zeit nur an meiner Seite, das war das tolle daran.“ (Frau K., B. 140;140)

Die bereits genannten Peers können weitergehend in differenzierte Unterkategorien eingeordnet werden. Somit sind es gerade die Enkelkinder und auch eigenen Kinder, die den Frauen eine Unterstützung, auch in Form einer Ablenkung, sind.

„Wie gesagt, für mich ist es sehr wichtig gewesen, meine Enkelkinder. Also wenn ich dann damit zusammen bin.“ (Frau W., B. 88;88)

*„Also das ist schon was, was Sie bei Kräften hält, Ihre Kinder.“
„Ja, sehr. Sehr. (Pause) [...]. Aber, wenn man Kinder hat, dann ist man ganz anders drauf. [...] Es geht nicht anders, man muss funktionieren. Es gibt niemanden, der sagt, ich passe jetzt auf deine Kinder auf. Man ist immer auf sich selber gestellt. [...]“ (Frau K., B. 288;289)*

In Bezug auf eine angemessene medizinische Aufklärung und dem damit einhergehenden modifizierten Wissen über den derzeitigen Stand der Brustkrebsforschung, übernahm die Hebamme der jüngeren Patientin eine wichtige Rolle.

„Sehr viel. Also, sie hat mir Infobroschüren gegeben, sie hat mir gesagt, sie hat mir diese Krebsarten gezeigt, sie hat sich diesen Bericht durchgelesen und dann hat sie mir erstmal gesagt, was ich wirklich habe.“ (Frau K., B. 267;267)

Die Interviewpartnerin, die alleinlebend war, griff auf die Möglichkeit der Psychotherapie zurück und gewichtete diese Form der Hilfe als die Stärkste und Wirksamste.

„Nein ich bin ja schon, seitdem ich mein Krebs hatte, bin ich schon zur Psychotherapeutin gegangen, also das hilft mir weiter. Also, wenn ich die nicht gehabt hätte, dann hätte ich das gar nicht geschafft, also da kann man dann auch so die Probleme besprechen, die Ängste, die Sorgen und ich habe eine sehr gute Therapeutin, also mit der kann ich über alles reden, so was mich beschäftigt. Und die gibt mir dann auch den ein oder anderen Tipp, wie ich damit umgehen kann. Und dann haben wir zusammen herausgefunden, was mir gut tut, was man selber für sich hört. Was tut mir gut, was hilft mir? Kann ich mich beschäftigen, kann ich mich ablenken?“ (Frau W., B. 88;88)

Die eigentlichen REHA Maßnahmen wurden von zwei Frauen als angenehm betitelt. Als wirksamer, für die Verarbeitung des einschneidenden Erlebnisses, wurde dann allerdings das Knüpfen neuer sozialer Kontakte mit Mitpatienten angesehen. Die gemeinsame Gestaltung der Freizeit ist an dieser Stelle vordergründig (vgl. Frau W., B.174;174). Selbsthilfegruppen wurden von allen drei Interviewpartnerinnen nicht in Anspruch genommen bzw. für unwirksam befunden (vgl. Kofahl et al., 2016).

K 2.2 Alltagsstruktur

Das soziale Umfeld ist Teil der Alltagsstruktur der Patientinnen. Diese bietet ihnen einen Rahmen für die Entwicklung weiterer Coping-Strategien.

„Ja. Diese Struktur ist wichtig. Die ist wichtig. Die darf nicht zu fest sein, dann beengt sie auch aber so eine Gewisse muss ein, sonst geht das auch sich achten unter.“ (Frau H., B. 215;216)

Zu einer strukturierten Lebensführung führen die Interviewpartnerinnen den Aspekt der Sicherheit durch einen festen Wohnsitz an (vgl. Frau W., B. 186;186).

Des Weiteren wird die Aktivität innerhalb der Tagesstruktur betont.

„[...] Man hat natürlich auch Tage, wo man einen Durchhänger hat. Wo ich mich dann auch selber zwingen und denken immer komm, raff dich jetzt auf und geh. Weil sonst fällt man wieder in so ein Loch, wo man dann auch ganz schlecht wieder rauskommt. Also die Phasen habe ich auch schon hinter mir. Wo ich dann gesagt habe, nein nicht wieder. Weil man lässt sich dann total hängen, ist unmotiviert und kriegt sein Leben nicht mehr auf die Reihe. Man muss sich da ein bisschen zusammenreißen und sagen, komm raff dich auf, mach was, was dir guttut.“ (Frau W., B. 187;190)

Innerhalb dieses Rahmens wird versucht, die Freizeit möglichst aktiv zu gestalten. Diese Form der Ablenkung ist bei allen Interviews von wichtiger Bedeutung: *„ich habe versucht, mein Leben weiter zu leben und mich nicht einschränken zu lassen, das darfst du nicht und das darfst du nicht mehr.“ (Frau W., B. 94;94)*

Im Bezug darauf werden weitere Komponenten genutzt. Eine davon ist die der Entspannung:

„Das ist ein Ziel zur Ruhe zu kommen.“ (Frau H., B. 130;130)

Unter Entspannung verstehen die Frauen das Ausüben von Progressiver Muskelrelaxation, den Gang in die Sauna, das Entspannen am Pool und das Trinken einer Tasse Tee (vgl. Frau H., 88;88 und 137;138).

Zudem scheint es den Befragten ebenso wichtig zu sein, innerhalb ihrer Freizeitgestaltung Zeiten zu haben, in denen keine Gespräche über das Thema Krebs geführt werden:

„Und einfach auch so, auch manchmal gar nicht über die Krankheit zu reden. Wenn jeder fragt, och wie geht es dir denn, und och; Also dieses Bemitleiden, das ist gar nicht gut.“ (Frau W., B. 88;88)

Sport wird als eine weitere Komponente beschrieben, die einen körperlichen Ausgleich schafft. Darunter wird das Fahrradfahren, das Fitnesscenter, Yoga, Nordic Walking und die REHA-Gymnastik verstanden.

„Ja, also, ich bin ganz viel Fahrrad gefahren. Das ist eine Sache, die mir gut getan hat.“ (Frau H., B. 86;86)

K 2.3 Die Frau selbst

Der Rückgriff auf autonome Ressourcen wird von allen Frauen als sehr entscheidend beschrieben. An dieser Stelle geht es vor allem um das eigene Verhalten, Fühlen und die Regulation und Anwendung der inneren Kräfte bzw. der eigenen Coping-Strategien (vgl. Kapitel 1.3.2).

„Durch die Krankheit müssen Sie alleine durch. Sie können zwar immer mal wieder mit jemanden reden und Ihre Gedanken mitteilen. Aber im Enddefekt, durch die Krankheit müssen Sie alleine durch. Das kann Ihnen keiner abnehmen.“ (Frau W., B. 90;90)

Unter diese Kategorie fallen Aspekte wie der der Wissensaneignung:

„Ich habe meine Krankheit, bin informiert, setzte mich damit auseinander und reagiere auf das, was ich reagieren, muss.“ (Frau H., B. 202,202)

Die Patientinnen beschäftigen sich intensiv mit der Krankheit Brustkrebs. Sie lernen viel über die Thematik und ebenso viel über sich selbst. Eine adäquate Einschätzung der eigenen Person und die entsprechende persönliche Fürsorge/ Selbstständigkeit sind unerlässlich.

„Das darf nicht sein. Das durfte vorher schon nicht sein, ich meine, ich bin keine 30 mehr und man muss mit seinen Kräften haushalten. Und das wusste ich schon vorher. Von daher kann ich das jetzt mitnehmen. Ich muss es nicht komplett erlernen. Aber an einigen Dingen schon pfeilen; das muss ich schon machen.“ (Frau H., B. 138,138)

Außerdem ist der Optimismus der Frauen von großer Bedeutung. Darunter wird eine positive Sichtweise, das Festlegen eines Zieles, eine positive Selbstverbalisierung und das Leben im Hier und Jetzt verstanden.

„Und auch wenn irgendwelche Zukunftsängste kommen, zu sagen, so ein Blödsinn, da muss ich erstmal hinkommen. Du bist jetzt im Hier. Also mach dir nicht so viele Gedanken. Also was ich daraus mitgenommen habe.“ (Frau H., B. 172,172)

K 2.4 Spiritualität und Religion

In dieser Kategorie wird der Glaube an Gott als eine weitere Hilfsinstanz genutzt. Die Glaubensrichtung (Islam, Christentum), unterscheidet sich hier nur innerhalb der Vorgehensweise des Glaubens, allerdings nicht in dem Resultat dieser Coping-Strategie, welches die Gedanken positiv beeinflusst, Vertrauen schenkt und Hoffnung erzeugt.

„Und wenn ich alleine bin, dann bete ich halt, dann versuche ich mich mit dem Beten abzulenken. Das vergesse ich dann auch, was mich dann halt bedrückt. Das lenkt mich dann ab. Das ist das Schöne daran.“ (Frau K., B. 334;334)

K 3.0 Reaktion Umfeld nach der Diagnose

Unter dem Begriff *Umfeld* werden die an der Situation beteiligten Personen verstanden, wie Bekannte, Kinder, Mutter, Partner, Schwester und weitere Personen des sozialen Umfeldes. Der Begriff der *Reaktion* bezieht sich auf das Umfeld und wird durch Gefühle und Verhalten ausgedrückt. Dabei tauchen innerhalb des sozialen Netzwerkes Gefühle der Angst, Belastung, Traurigkeit und Ungewissheit auf. Verhaltensweisen der Personen aus dem Umfeld werden von den Patientinnen und Angehörigen als besorgt, interessiert an der Thematik und optimistisch in Gedanken an die Zukunft beschrieben.

„Die haben auch sehr gelitten, ihre Mutter zu verlieren und dann die Ängste zu haben, ihre Tanten haben auch alles. Die haben natürlich auch Panik, dass sie das auch alles vererben können.“ (Frau W., B. 202,202)

4.2.3 Prozess über die Entscheidung zur humangenetischen Beratung

Nachdem die Patientinnen ihre positive Diagnose erhielten, konnten zwei Gründe festgehalten werden, die weitere Untersuchungsmaßnahmen im Rahmen der molekulargenetischen Testung befürworteten.

- **Auf Ratschlag des Arztes**

Wie in 1.2.1 bereits beschrieben, ist eine belastende familiäre Vorgeschichte und u.a. Grund, Patientinnen an eine humangenetische Untersuchung zu vermitteln. Auch im Fall der Frau W. war es der Arzt, der ihr den Ratschlag erteilte, nachdem sie eine unilaterale Mastektomie und Behandlungstherapien erhielt (vgl. Frau W., B. 23;23).

- **Eigenes Interesse**

So kann zusätzlich festgehalten werden, dass der Antrieb der brustkrebserkrankten Mütter darin bestand, die mögliche Weitergabe an die Nachfahren von belastenden Genen aufklären und ausschließen zu können.

„Achso, der Arzt hat mir dazu geraten, ich muss ein, ich sollte ich sollte eine humangenetische Untersuchung machen. Der Frauenarzt und der Chefarzt hat das gemacht. Über die Konsequenzen habe ich mich gar nicht drüber schlau gemacht, bzw. ich habe überhaupt nicht drüber nachgedacht. Die haben mir gesagt, mach es. Dann habe ich es einfach gemacht. So, dass ich dann einfach genau wissen sollte, woher diese Krankheit kommt. Ich habe nicht über die Konsequenzen nachgedacht, überhaupt nicht.“ (Frau K., B. 53;53)

Neben dem Aspekt der beschränkten Gewissheit für die eigenen Kinder, geht es auch um die Frage nach der Ursache für die Krankheit. An dieser Stelle weisen alle drei Interviewpartnerinnen inhaltsgleiche Aussagen auf, in denen Gründe für das Existieren der Krankheit erörtert werden (vgl. Frau K., B. 57;59).

Diese Kategorie befasst sich allerdings nicht nur mit den Gründen für eine solche Entscheidung, sondern auch mit den davon begleiteten bereits beschriebenen Gefühlen und Gedanken der Interviewpartnerinnen (vgl. 4.2.1 / 4.2.3). Es gibt also eine hohe Überschneidung zwischen den beiden Kategorien.

Vermutete Konsequenzen

Für das Fällen der Entscheidung, eine molekulargenetische Testung durchführen zu lassen, spielten Gedanken über mögliche negative Konsequenzen keine Rolle: *„Ich habe nicht über die Konsequenzen nachgedacht, überhaupt nicht.“ (Frau K., B. 53;53)*

Positive Konsequenzen ergaben sich wiederum, hinsichtlich der erweiterten Möglichkeiten in Bezug auf die eigenen Kinder:

„Also ich denke [...] Ich habe dieser Untersuchung aber auch zugestimmt, weil im Rahmen der Krebsvorsorge meiner Tochter sich ja ganz andere Möglichkeiten ergeben hätten. Wenn ich positiv gewesen wäre, darum habe ich das gemacht.“ (Frau H., B. 31;35)

Zeit bis hin zum Befund

Nachdem die Patientinnen sich dazu entschieden hatten, den Gentest durchführen zu lassen, mussten sie durchschnittlich zwischen sechs und zwölf Wochen auf das Ergebnis des Befundes warten. In dieser Zeit des Wartens kann festgehalten werden, dass es innerhalb des Emotionserlebens und der zur Verfügung stehenden Ressourcen, fast identische Überschneidungen zu denen, der in 4.2.1 erlebten Komponenten gab.

Zusätzlich wird hier der Gesichtspunkt der Aufregung vor dem ungewissen Ergebnis bzw. die Unsicherheit beleuchtet (vgl. Frau H., B. 164;164).

4.2.4 Negativer Befund der humangenetischen Untersuchung

Nachdem die Patientinnen sich dazu entschieden hatten, den Gentest durchführen zu lassen, erhielt jede Frau einen negativen Befund (Siehe 1.1). Dieses Ergebnis führte zu Veränderungen innerhalb des Gefühlserlebens und des Verhaltens der Patientinnen. Im Vordergrund stand hier zunächst die Freude über das negative Ergebnis (vgl. Frau W., B. 200;200).

4.2.5 Veränderungen nach der humangenetischen Untersuchung

Diese Kategorie beschreibt das genannte Gefühlserleben und die Verhaltensweisen nach einer humangenetischen Untersuchung.

Emotionale Veränderung

Zu Beginn der Diagnose waren die Gefühle stark von Ängsten, Scham, Traurigkeit und Wut (Siehe 4.2.1) überlagert. Der negative Befund löst an erster Stelle eine starke Freude aus, wie das folgende Beispiel probandenübergreifend repräsentiert.

„Ja, das kann man eigentlich so beschreiben, dass man die ganze Welt umarmen könnte. Weil man da endlich mal nach so vielen negativen Erfahrungen auch endlich mal was Positives gesehen hat.“ (Frau W., B. 200;200)

Zudem nehmen die Interviewpartnerinnen an sich eine große Erleichterung wahr.

„Die Erleichterung ist auf jeden Fall in der Beziehung da, dass man in der Hinsicht erstmal keine Konsequenzen ziehen muss.“ (Frau H., B. 159;160)

Es lässt sich jedoch eine gewisse Ambivalenz festhalten, beispielsweise, weil neben der Freude auch Angst vor der Zukunft auftritt (vgl. Frau H., B. 172;172 / Frau K., B. 218;218 und 340;340).

„Nach wie vor habe ich genauso Angst wieder an Krebs zu erkranken, wie vorher.“ (Frau W., B. 216;216)

Verhaltensveränderung

Das Verhalten nach dem Befund der humangenetischen Untersuchung wird durch das Erfahren neuer Gedanken über das Erlebnis des Befundes beeinflusst. Somit beginnen die Patientinnen damit, sich erneut eine Normalität aufzubauen (vgl. Frau H., B. 182;182), in der sie vor allem mehr Bewusstsein für die eigene Gegenwart schaffen und eine verbesserte präventive Selbstsorge pflegen (vgl. Frau H., B. 218;218)

„Mir ist bewusster, dass das Leben ja, endlich ist. Ich versuche, nicht so weit im Voraus zu planen. Ich versuche, mehr im Hier und Jetzt zu sein.“ (Frau H., B. 172;172)

Zum Teil lassen sich zusätzlich kognitive Wesensänderungen feststellen, die sich in der Änderung von Persönlichkeitseigenschaften ausdrücken (Vgl. Frau W., 174;174) und in einer ruhigeren Lebensführung bzw. Haltung gegenüber neuer Ansichten des Lebens zum Vorschein treten (vgl. Frau K., B. 291;291).

4.2.6 Fazit der Patientinnen nach dem Erhalt des negativen Befundes

Für die Patientinnen war der Weg der Diagnose des Brustkrebses bis hin zur humangenetischen Untersuchung ein ständiges Auf und Ab.

„Also ganz klar, es gibt im Leben immer mal wieder Phasen mit einem Auf und Ab. So ist das Leben nun mal, aber das verschont niemanden. Es gibt immer Phasen, wo es einem mehr oder weniger gut geht, wo in der Familie was läuft oder nicht läuft, wo Krankheiten, Mutter, Kinder, Ehemann, einen wieder runterreißen, aber so extrem habe ich das nie erlebt.“ (Frau H., B. 76;76)

Sie wurden nicht nur von den beschriebenen Gefühlen und Gedanken begleitet und konnten während dieses zeitlichen Kontinuums dabei auf die genannten Ressourcen zurückgreifen, sondern sie wurden ebenso von einem vielfältigen, ärztlichen Netzwerk betreut.

Aus den drei geführten Interviews lässt sich grundsätzlich ein Optimierungsbedarf (K 6.0) innerhalb der Kommunikation zwischen den behandelnden Onkologen/Allgemeinmedizinerinnen und den Patientinnen ableiten.

Dieses Problem kann zeitlich gesehen nach der Verkündung der ersten Krebsdiagnose eingeordnet werden. Probleme spiegeln sich hier in der fehlenden Empathie (vgl. Frau W., B. 72;72) und der Art und Weise, der Verkündung einer solchen Diagnose (vgl. Frau K., B. 226;226).

4.3 Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen (Fazit)

Die Hypothese wurde zunächst ungerichtet aufgestellt. Es wurde vermutet, dass es einen Zusammenhang zwischen der emotionalen Verarbeitung und den Ressourcen, auf die betroffene Frauen während des Prozesses zurückgreifen, geben könnte.

Nach einer ersten Auswertung der Ergebnisse, kann die Hypothese nicht falsifiziert werden. Dennoch lassen sich anhand der Ergebnisse vier gerichtete Hypothesen aufstellen.

1. Brustkrebspatientinnen können innerhalb des zeitlichen Kontinuums (Diagnose – HGU) des Krankheitsverlaufes auf Ressourcen zurückgreifen, die parallel in stetiger Entwicklung bleiben
2. Die Emotionen und Ressourcen der Brustkrebspatientinnen hängen während des Verlaufes eng miteinander zusammen
3. Die Emotionen der Brustkrebspatientinnen beeinflussen das Gefühlserleben und können über den zeitlichen Verlauf bei weiteren diagnostischen Maßnahmen mit einer negativen Befundlage für stabilere emotionale Verhältnisse sorgen bzw. für Sicherheiterleben generieren
4. Die Emotionen der Brustkrebspatientinnen können das Verhalten und Persönlichkeitsmerkmale beeinflussen

5 Diskussion

Ziel der geplanten Studie war es, das Erleben und die zur Verfügung stehenden Ressourcen betroffener Frauen vor, während und nach der genetischen Diagnostik widerzuspiegeln. Besonders sollte hier dem Prozess, beginnend mit der Diagnose Brustkrebs bis hin zum negativen Befund der humangenetischen Untersuchung, nachgegangen werden. Gleichzeitig war von Interesse, ob innerhalb des Verlaufs, Zusammenhänge zwischen dem Emotionserleben (vgl. Kapitel 1.3.1) und den Ressourcen bestehen würden.

Im Folgenden sollen von den in Kapitel 4 dargestellten Analyseergebnissen ausgewählte Einzelaspekte, die sich innerhalb des Krankheitsverlaufes als besonders und zusammenhängend erwiesen haben, vergleichend aufeinander bezogen und einer kritischen Würdigung unterzogen werden. Dabei werden die zentralen Aspekte des persönlichen Forschungsinteresses fokussiert, nämlich die Möglichkeiten des Emotionsempfindens und deren Verarbeitungsstrategien (vgl. Kapitel 1.3.2) bei Brustkrebspatientinnen und die Nutzung und Bedeutung der zur Verfügung stehenden Ressourcen (vgl. Kapitel 4.1). Darauf aufbauend sollen anschließend die so identifizierten Faktoren und Zusammenhänge der emotionalen Verarbeitung in Bezug auf die Ressourcen

und deren Nutzung diskutiert werden (vgl. Kapitel 4.2). Anschließend werden diese Aspekte unter dem Gesichtspunkt der Verlaufskomponente beleuchtet (vgl. Kapitel 4.3).

Von den drei in die Studie eingeschlossenen Frauen erhielten alle die Diagnose Brustkrebs und einen negativen Befund der humangenetischen Diagnostik. Zu dem Zeitpunkt des Interviews waren sie zwischen 36 und 53 Jahren alt (vgl. Kapitel 3.3). Die drei Teilnehmerinnen haben ihren Krankheitsverlauf noch nicht komplett emotional verarbeitet und leben stets mit den Gedanken an eine ungewisse Zukunft in Hinblick auf den Krebs.

Bei allen drei interviewten Frauen gestaltet sich der Prozess, beginnend bei der Brustkrebsdiagnose bis hin zum Ergebnis der humangenetischen Untersuchung grundsätzlich, individuell. Dennoch lassen sich viele Parallelen bezüglich des Emotionserlebens und der Nutzung von Ressourcen ziehen.

Auch in der Literatur werden diese Aspekte der Emotionen und Ressourcen bei Brustkrebs diskutiert. Kruse et. al (2003) beschreiben die unterschiedlichen Emotionen, wie Angst, Trauer, Furcht, Schock und die genutzten Ressourcen, wie die der psychotherapeutischen Interventionen und den psychosozialen Basisversorgungen nach einer Krebsdiagnose.

In den folgenden Kapiteln wird es vor allem darum gehen, nicht nur die wichtigsten Emotionen und Ressourcen zu benennen, sondern Zusammenhänge unter Berücksichtigung des zeitlichen Kontinuums darzustellen und zu diskutieren.

5.1 Emotionserleben, deren Verarbeitungsstrategien und Nutzung / Bedeutung der Ressourcen nach der Erstdiagnose

5.1.1 Die Angst nach der Diagnose Brustkrebs

Die Diagnose von Brustkrebs betroffen zu sein, ist für alle drei Frauen ein emotionales, einschneidendes und für sie neuartiges Erlebnis. Diese Situation versetzt sie zunächst in einen Schockzustand, der mit einer Art Gedankenkreislauf (Rumination) einhergeht. Innerhalb dieses Zustandes ergeben sich zusätzliche Ereignisse, mit denen die Frauen sich auseinandersetzen müssen. Darunter fielen zum einen sichtbare Veränderungen des

Körpers aufgrund der Operationen, zum Anderen existieren Veränderungen innerhalb der Patienten-Umfeld-Beziehung.

Unterschiede in der Verarbeitung des neuen Körperbildes stellten sich hier vor allem im Alter der Frauen heraus. Emotional betroffen von einer derartigen körperlichen Veränderung durch den Krebs waren alle drei Frauen. Die jüngste interviewte Patientin (36J.) setzt ihren Fokus auffallend auf das eigene Körperbild (vgl. Frau K., B. 92;92) und repräsentiert damit die Scham, der Brustkrebspatientinnen nach einer Mastektomie ausgesetzt sind. Die interviewten Frauen mittleren Alters wiederum beschreiben primär eine Existenzangst / Zukunftsangst (vgl. Frau H., B. 76;76). In der PNAS – Studie „Bodily Maps of Emotions“ zählt die Angst ebenso zu den Grundemotionen (vgl. Kapitel 1.3.1).

Die *Existenzangst* wird an dieser Stelle als Sorge um die persönliche Existenz angesehen. Was passiert, wenn mein *Ich* nicht mehr auf der Welt existieren wird? Der Selbstwert und das Auseinandersetzen mit dem Thema Tod, spielt hier eine bedeutende Rolle.

Die Zukunftsangst weist Überschneidungen mit der Ungewissheit und Unsicherheit in Bezug auf die zukünftige Lebensführung auf. Alle drei interviewten Frauen nennen das häufige Warten auf Befunde und das Erleben neuer Umgangsformen mit neuartigen Erlebnissen als Hauptgründe. Die erlebten negativen Erfahrungen können damit verknüpfte Gefühle durch einen Stimulus auslösen. Durch das wiederholte Geschehen kann eine solche Diagnose mit den verbundenen Erfahrungen, traumatisierend auftreten.

5.1.2 Traurigkeit nach der Diagnose Brustkrebs

Die Interviewpartnerinnen zeigten emotionale Ausbrüche in Form von Weinen und drückten teilweise während der Interviews eine tiefe Niedergeschlagenheit aus. Nach ihren Angaben verspürten sie nach der Diagnose wenig Glück und Freude (vgl. Frau W., B. 200;200). Sie haben schlecht schlafen können und führten eine intensive Ruminaton. Diese Anzeichen lassen auf tiefe Gefühle der Verzweiflung schließen. Auch in aktuellen Studien kann ein Zusammenhang zwischen Depressivität und Brustkrebspatientinnen nicht wiederlegt werden (Ketterer, 2009).

Die Traurigkeit hängt stark mit der Angst zusammen. Die Gesamtsituation ist eine extreme Belastung für alle drei Interviewteilvernehmerinnen.

5.1.3 Die Wut nach der Diagnose Brustkrebs

Gerade im Fall der Frau H. wird die Wut, auf die neuartige und zum Teil eingeschränkte Lebensführung deutlich (vgl. Frau H., B. 110;110). Nach zahlreichen Untersuchungen und Operationen dürfen bestimmte Freizeitaktivitäten, wie Sport oder Saunagänge, nicht mehr ausgeführt werden. Diese Komponenten zählen zu den Ressourcen, auf die die Frauen zurückgreifen, um zu entspannen und zudem tragen sie zur individuellen Krankheitsbewältigung bei. Ein Ausbleiben solcher Aspekte löst das Gefühl der Wut aus und fördert das Auftauchen weiterer Gedanken und somit auch entsprechende Emotionszustände, welche Einfluss auf das Verhalten (bspw. dem Rückzug) der Frauen haben.

Diese drei Formen der Emotionen mit ihren jeweiligen Unterkategorien treten vor allem nach einer Diagnose in den Vorschein. Um negative Symptomatiken (Rückzug) und weitere Kriterien, die für eine Depression oder Angststörung definiert sind, zu reduzieren, wählen die Frauen individuell betrachtet unterschiedliche Coping-Strategien. Diese zielen darauf ab, ein verbessertes Wohlbefinden zu fördern (vgl. Kapitel 1.3.2).

5.1.4 Die externalen, personale Unterstützung nach der Diagnose Brustkrebs

Zum gleichen Zeitpunkt greifen die Befragten auf Ressourcen zurück. Wie bereits beschrieben, benennen die interviewten Frauen die Diagnose als eine Art Schockzustand. An dieser Stelle nutzen sie die externalen, personale Unterstützung am Stärksten. Der Kontakt zu anderen Mitmenschen ist ein wichtiger Faktor für eine erfolgreiche Erlebnisverarbeitung. Dies belegen die Studien von Nittel und Seltrecht (2013).

Die drei Patientinnen befinden sich in einer ähnlichen familiären Situation. Unterschiede bestehen beim Alter der Kinder. Auffällig ist, dass gerade die Patientinnen mit kleineren Kindern oder Enkelkindern, diesen Aspekt als eine stärkere Motivation sehen, gegen den Krebs zu kämpfen (vgl. Frau K. B. 100;100 / Frau W. B. 31;35). Zusätzlich können die Kinder/ Enkelkinder als Ressource gesehen werden, auf die die interviewten Frauen zurückgreifen können. Dies kann in Form einer Ablenkung passieren, indem sie sich intensiv mit ihnen beschäftigen (vgl. Frau K., B. 311;311). Sobald die eigenen Kinder erwachsen und die Patientinnen partnerlos sind, können diese nach Diagnose kurzfristig als erster

Ansprechpartner fungieren (vgl. Frau W., B. 153;156). Jedoch unabhängig von der Partnerschaft fällt auf, dass erwachsene Kinder eher Halt geben und mit der Zeit weniger die Rolle des Ansprechpartners übernehmen. Dies könnte mit der Rücksichtnahme begründet werden, die die Frauen auch im Verlauf immer wieder in einer unterschiedlichen Weise aufzeigen.

Des Weiteren spielt bei den in einer Beziehung lebenden interviewten Frauen, die Partnerschaft eine bedeutende Rolle. Der Partner war grundsätzlich an der Seite der Frauen und oft der erste Ansprechpartner, mit dem regelmäßige Gespräche ausgetauscht werden konnten. Er zählt zu der Kategorie der *Externalen, personalen Unterstützung* und nimmt demnach gerade nach der Diagnose einen hohen Stellenwert ein (vgl. *Abbildung 8*). Einen ähnlichen Stellenwert tragen die Geschwister der Patienten, die in keiner Beziehung leben. Gerade Schwestern sind von größerer Bedeutung. Gründe könnten hierfür in der gemeinsamen und ähnlichen Situation liegen. Die Angst, dass das Geschwisterpendant ähnlich betroffen sein könnte und die Angst um ein weiteres, einschneidendes Erlebnis, weist bei gutem geschwisterlichen Verhältnis auf einen engen Zusammenhalt der Beziehung hin.

Auffallend ist zusätzlich, dass Frauen die in einer festen Beziehung leben, weniger psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben. Es wird an dieser Stelle von den Frauen eine klare Grenze zwischen Psychotherapeuten und Psychoonkologen gezogen. Alle drei Frauen geben an, dass ein aussagekräftiger Effekt der psychoonkologischen Therapieeinheiten, innerhalb der REHA-Maßnahmen, ausblieb. Erfolgreichere Ergebnisse konnten innerhalb der regulären Psychotherapie festgestellt werden. Gründe hierfür könnten in der regelmäßigeren und zeitlich länger andauernden Therapie liegen. Die Unterschiede zwischen den beiden Maßnahmen könnten in einer weiteren Studie diskutiert werden.

Dieses psychologische Angebot kann unter anderem in der REHA-Maßnahme wahrgenommen werden. Alle drei Frauen haben zunächst einmal an einer Maßnahme teilgenommen. Faktoren, die sich hier besonders effektiv zeigten, waren z.B. das Kennenlernen Gleichgesinnter. Mit ihnen konnten sich die Patientinnen sowohl über die Krankheit also auch über andere Themen unterhalten. Wie bereits in Kapitel 4.2.3 beschrieben, ist es für die Frauen eine wirksame Strategie, nicht über den Brustkrebs zu reden, sondern sich mit anderen Thematiken auseinanderzusetzen und sich abzulenken.

Auch das Durchführen von Aktivitäten mit Gleichgesinnten scheint eine wirksame Strategie zu sein, die zu einem allgemeinen positiveren Gemütszustand führt (vgl. Frau W., B. 88;88).

Ausgehend von den persönlichen Kontakten zu anderen Mitmenschen mit ähnlichem Schicksal, bieten die Selbsthilfegruppen eine weitere Möglichkeit der Coping-Strategien, innerhalb des privaten Umfeldes. Auch nach bekannten Studien (Kuhner et al., 2006) kann die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei Brustkrebspatientinnen nachgewiesen werden. Die Interviewteilnehmerinnen lehnen Selbsthilfegruppen, ohne und mit dahingehend gesammelten Erfahrungen, zum größten Teil ab (vgl. Frau K., B. 126;126). Im Fall der Frau H., besteht noch keine Erfahrung bzgl. der Teilnahme an entsprechenden Gruppen, aber das Interesse und die Absicht, diese Methode auszuprobieren.

5.1.5 Spiritualität und Religion nach der Diagnose Brustkrebs

Innerhalb der drei durchgeführten Interviews stellte sich heraus, dass die Religion nach Eintreffen des Resultates der Erstdiagnose, eine verstärkte Rolle übernimmt. Frau W. hat im Vergleich zu den anderen interviewten Frauen keinen religiösen Bezug. Der Glaube wird zum Einen als eine Krankheitsbewältigungsstrategie genutzt, indem unausgesprochene Ängste und Wünsche in Verbindung zu Gott, während des Betens, still verarbeitet werden können. Das Resultat des Betens ist eine meditative Ruhe, in der die Frau längere Momente ohne Ängste verbringen kann und nach der ein verbesserter Schlaf möglich ist (vgl. Frau K., B. 158;162). Zum Anderen wird der Glaube genutzt, um der Schuldfrage nicht weiter nachzugehen, da die Frau nicht an jemanden glaubt, der in Form eines Gottes in das Schicksal eingreift (vgl. Frau H., B. 110;110). Die Frage nach der Schuld ist demnach nicht weiter von Bedeutung und führt zu einer gedanklichen Ruhe. Zudem können solche Metaphern Hoffnung schenken, sodass positive Gedanken ausgelöst werden und für Wohlbefinden sorgen.

5.1.6 Die Frau selbst nach der Diagnose Brustkrebs

Auch die Frau selbst entwickelt oder greift auf bereits bestehende Ressourcen nach der Erstdiagnose zurück.

Innerhalb dieser Kategorie konnte aus den Interviews am Stärksten erfasst werden, dass die Frauen trotz der externalen, personalen Unterstützung, vor allem die eigene Kraft bilden, aus der sie Mut schöpfen. Dazu zählt vor allem die eigenständige Wissensaneignung und der präsente Optimismus, den weitestgehend alle Interviewteilnehmerinnen beschreiben. Sowohl die optimistische Vorgehensweise als auch die Motivation, möglichst umfangreich informiert zu sein, basiert auf dem Sicherheitsbedürfnis nach Maslow. Die Sicherheit gehört dem zweiten Grundbedürfnis an und muss erfüllt sein, damit eine graduelle Vorgehensweise das Ziel der Selbstverwirklichung erreicht wird (Maslow, 2016). Diese kann als entscheidender Aspekt betrachtet werden, da das Nutzen positiver Gedanken (Optimismus) und auch die Aneignung des Wissens eine Strategie widerspiegeln, um Sicherheit zu erlangen und somit ein verbessertes Wohlbefinden zu erfahren.

Eine weitere wichtige Voraussetzung dafür spiegelt die Selbstständigkeit wieder. Den Patientinnen ist es wichtig, autonom zu bleiben und die eigene Unabhängigkeit zu bewahren.

Ein guter Selbstwert, sorgt für ein angenehmes Gefühl und positivere Gedanken. Dies kann aus den Ergebnissen durch die Falsifizierung dieser Hypothese geschlossen werden. Eine körperliche Veränderung bedingt durch die Operationen, sorgt für Unwohlsein und nimmt Einfluss auf den Selbstwert. Dieser geht einher mit unangenehmen Gefühlen und Gedanken (vgl. Kapitel 4.2.1, K.1.2).

Eine weitere Strategie der Frauen ist es, den Vergleich mit anderen Mitpatientinnen durchzuführen. An dieser Stelle werden im Vergleich zu den schwerwiegenderen Situationen der anderen Patientinnen, die eigenen Probleme abgeschwächt und Gedanken des „besseren-Dastehens“ treten auf.

5.1.7 Die Alltagsstruktur nach der Diagnose Brustkrebs

Insgesamt kann festgehalten werden, dass es den Frauen hilft, in einer festen Tagesstruktur zu leben. Eine der wichtigsten Tätigkeiten ist der körperliche Ausgleich. Alle drei Frauen

sind, sofern es ihnen möglich ist, sportlich aktiv und beschreiben die körperliche Freiheit als wichtige Komponente für eine Genesung (vgl. Frau H., B. 208;208). Der Begriff des Lebens bedeutet demnach aktiv zu sein. Ziel der Patientinnen ist es, zu leben und den Krebs zu besiegen. Die Metapher der körperlichen Aktivität kann demnach als eine Form der Ausdrucksweise, zu leben und dafür zu kämpfen, interpretiert werden. Unter Aktivität verstehen die Frauen diverse Sportarten (vgl. Kapitel 4.2.3), aber auch Kirchesbesuche und ähnliche Freizeitgestaltungen. Phasen der Entspannung und Ruhe sind innerhalb der Interviews insgesamt von großer Bedeutung.

5.2 Der Verlauf

Einen ersten Überblick über die Entwicklung der Bedeutungen der jeweiligen Ressourcen stellt Abbildung 8 dar.

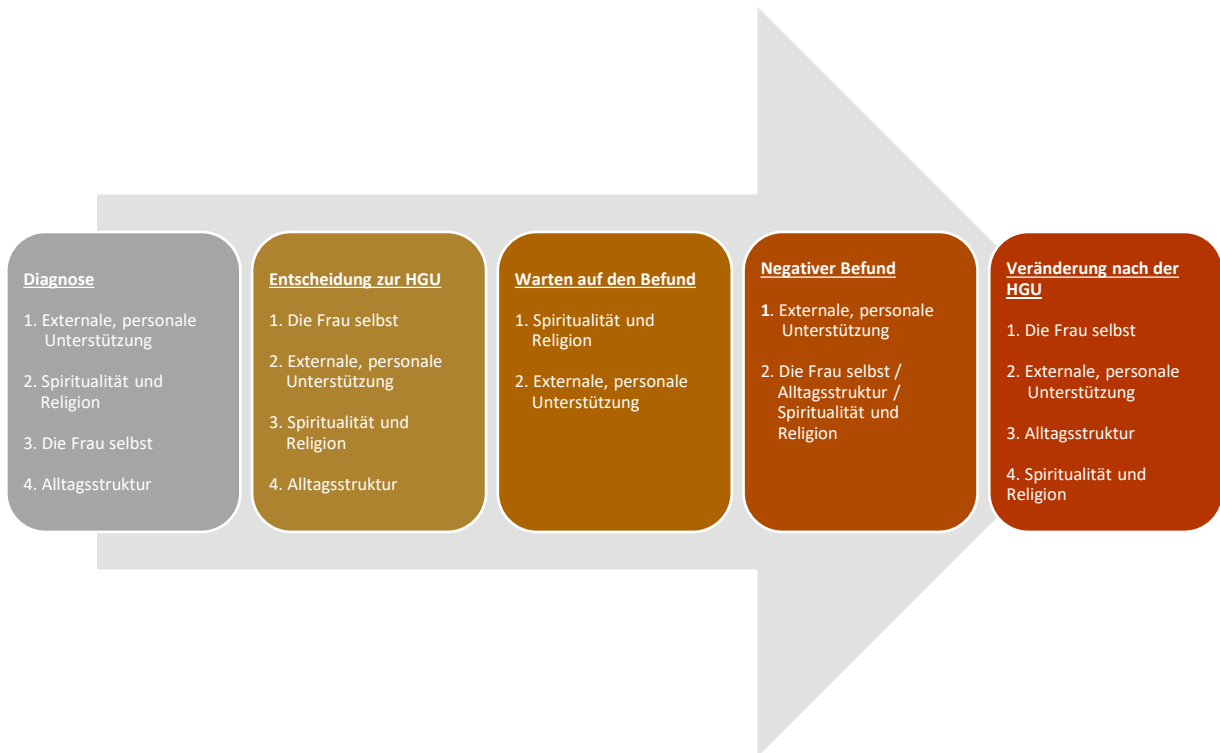


Abbildung 8: Verlauf in Bezug auf die Bedeutung und die Zusammenhänge der Ressourcen; HGU steht in Abkürzung für die Humangenetische Untersuchung

Zunächst einmal lässt sich aus den Ergebnissen (vgl. 3.0) festhalten, dass sich der untersuchte Verlauf in fünf Schritte einteilen lässt. Innerhalb dieser einzelnen zeitlichen Sequenzen, kann eine gewichtete Reihenfolge der einzelnen Ressourcen-Kategorien festgelegt werden. So wird dargelegt, dass die *externale, personale Unterstützung* innerhalb der Zeit der Erstdiagnose und nach Erhalt des negativen Befundes eine bedeutende Rolle für Brustkrebspatientinnen spielt. *Die Frau selbst* gewinnt bei der Entscheidung zu einer humangenetischen Untersuchung und innerhalb der Veränderung nach dem humangenetischen Befund an Bedeutsamkeit. An dieser Stelle kann innerhalb der genannten Kategorien vermutet werden, dass die Frauen, welche direkt und indirekt aktiv gefördert werden, primär auf ihre eigenen Ressourcen zurückgreifen. Innerhalb der Zeiten, in denen Neues über das Feststehen und die Entwicklung der Krebserkrankung bekannt gegeben wird, greifen die Patientinnen vor allem auf Ressourcen aus dem externalen, persönlichen Umfeld zurück. Zeiten, in denen die Ungewissheit vordergründig ist, wie das Warten auf den Befund, weisen eine hohe Nutzung von spirituellen und religiösen Ressourcen auf. Unter Berücksichtigung dieses Aspektes der Faktenlosigkeit, kann vermutet werden, dass der Glaube und weitere Spiritualität Halt und Hoffnung schenken können.

Auch die Emotionen können einen Verlauf darstellen. Aus den Ergebnissen (vgl. 3.0) kann festgehalten werden, dass die Frauen nach Bekanntgabe der Erstdiagnose *Angst* und die dazugehörigen Emotionen wie Scham, Existenzangst, Zukunftsangst wahrnehmen. *Traurigkeit*, die mit der allgemeinen Traurigkeit (Angst und der Traurigkeit über das veränderte Körperbild) und der depressiven Verstimmung zusammenhängt, zählt ebenso zu der weiteren wahrgenommenen Emotion. An letzter Stelle schließt sich die *Wut* an. Neue Einschränkungen und Verzweiflung können hier auch als Gründe angeführt werden.

Auch die *Reaktion des Umfelds* spielt nach der Diagnose eine entscheidende Rolle. Die Frauen müssen nun nicht nur für ihre eigene Diagnose einen Umgang finden, sondern zusätzlich mit der Betroffenheit ihrer sozialen Umfeldler umgehen. Die Reaktion der Familienmitglieder, Freunden und Bekannten, äußern sich u.a. in ähnlichen Gefühlen, wie die der Frauen. Angst und Traurigkeit stehen an erster Stelle. Belastende Gedanken über die Ungewissheit der Zukunft der Frauen werden in Besorgtheit, Wissbegierde und mit unterstützendem Optimismus geäußert (vgl. Frau W., B 202,202).

Sowohl bei der Entscheidung zu einer humangenetischen Beratung, als auch beim Warten auf den Befund, dominiert das Gefühl der Angst bei den Patientinnen. Gründe können hier vor allem in der Unsicherheit bzgl. eines Ergebnisses vermutet werden.

Nachdem die Frauen ihren negativen Befund erhielten, konnte zunächst die *Freude* über das Ergebnis festgehalten werden. Dieser emotionale Zustand besteht bis hin zur Veränderung nach der HGU. Allerdings existieren an dieser Stelle auch gegenteilige Emotionen, wie die der Angst. Der Konflikt zwischen diesen beiden wahrgenommenen Emotionen beschreibt den aktuellen Zustand der interviewten Brustkrebspatientinnen.

5.3 Herausgestellte Faktoren über Emotionen und Ressourcennutzungen und deren Zusammenhänge

Wie in Abb. 9 dargestellt, werden die Ressourcen und Emotionen im Verlauf parallel wahrgenommen. Das Dominieren aller erörterten Emotionen wird aufgefangen durch die externe, personale Unterstützung. Trotz der bestehenden Angst, entwickelt und entdeckt die Frau eigene Ressourcen, mit denen sie versucht, Ängste zu kontrollieren. In einem weiteren Schritt, der von Unsicherheit bestimmt ist, werden Ängste mit Spiritualität und Religionen versucht, zu verarbeiten. Auch im Fall der Freude können Ressourcen der Frau selbst und Religion in einen Zusammenhang gebracht werden. Der Konflikt zwischen Angst und Freude innerhalb der Zeit nach dem Befund, wird aufgefangen durch die Ressourcen, die die Frau selbst aufbringt.

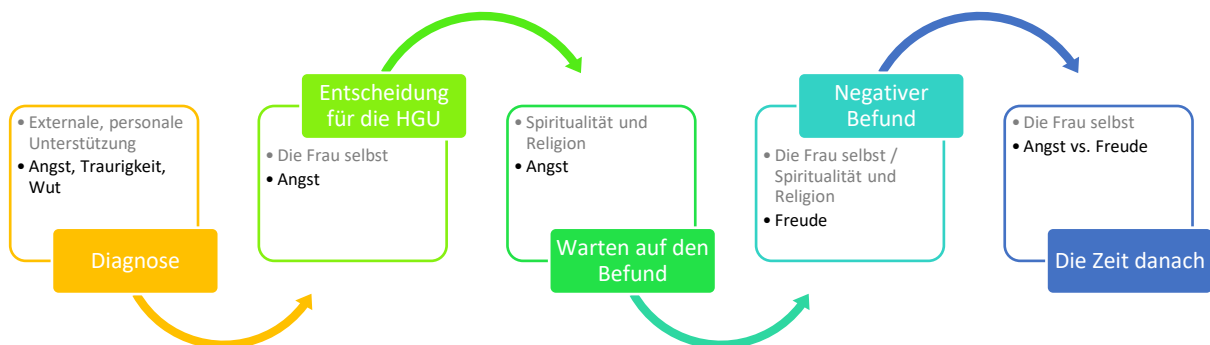


Abbildung 9: „Achterbahnfahrt“ – Weg der Brustkrebspatientinnen unter besonderer Berücksichtigung der genutzten Ressourcen und erlebten Gefühlen

Aus der Analyse der drei Interviews kann geschlossen werden, dass die weiteren Hilfsinstanzen eine wichtige Rolle spielen, die eigentliche Problembewältigung dennoch selbst erledigt werden muss. Das Ausprobieren verschiedener Strategien und deren gezielte Einsetzung, kann eine Möglichkeit für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung sein. An dieser Stelle, stehen die Frauen in ihrer Person dennoch an erster Stelle, indem sie die Entscheidungen über die Nutzung dieser treffen.

5.4 Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Erstdiagnose eines Mammakarzinoms ein einschneidendes und prägendes Ereignis im Leben der davon betroffenen Frauen ist. Der Entschluss, eine molekulargenetische Testung durchführen zu lassen, erfolgt meistens auf Ratschlag der Ärzte und wird von Gedanken der Hoffnung, des Kampfes und voller Angst vor der ungewissen Zukunft begleitet. Mögliche Coping – Strategien können über den Verlauf der Diagnose bis hin zum Leben nach dem humandiagnostischen Befund entwickelt und genutzt werden, um das Erlebte zu verarbeiten und einen besseren Umgang mit dem Ziel des Wohlbefindens zu finden. Dazu gehören vor allem die externale Unterstützung (vgl. Lang et al., 1998), die Fähigkeiten der Frau selbst, die Alltagsstrukturen und Spiritualität / Religion. Diese Ressourcen stellen sich durchweg effektiver dar, als die der Selbsthilfegruppen (vgl. Kapitel 5.1.4).

Als besonders relevant stellt sich das Sicherheitsbedürfnis heraus. Mit der Unsicherheit über den weiteren gesundheitlichen Verlauf leben zu müssen, lässt vor allem Gefühle der Angst entstehen. Die in der Angst integrierten Scham, die Wut und Traurigkeit sind weitere Emotionen, die die Frauen in dieser Zeit wahrnehmen. Ein emotionaler Konflikt zwischen Freude und Angst existiert in der aktuellen Lebenslage der Interviewteilnehmerinnen.

5.5 Fazit der Frauen

Insgesamt konnte in allen drei Interviews festgehalten werden, dass die Frauen neben der emotionalen Verarbeitung der Diagnose und außerdem innerhalb des Krankheitsverlaufes, einen Optimierungsbedarf in der Arzt – Patienten Kommunikation sehen. Inhaltlich geht es um verbessertes, empathische Verhalten während eines Behandlungsabschnittes. Im Rahmen des derzeitigen Gesundheitssystems sehen die interviewten Frauen

Modifizierungsmöglichkeiten in der sekundären und tertiären Prävention (vgl. Frau K., B 202,202).

Für die interviewten Patientinnen waren die Gespräche eine Möglichkeit, in einem neutralen und unabhängigen Rahmen, über ihr persönliches Erlebnis zu berichten. Nach einer kurzen angeschlossenen Reflexion mit den Frauen, konnten positive Rückmeldungen über die Studie und das Durchführen der Gespräche festgehalten werden.

5.6 Methodendiskussion

Um die Studie den Gütekriterien entsprechend objektiv durchführen zu können, fanden vorab keine inhaltlich bedeutsamen Vorgespräche mit den Interviewteilernehmerinnen statt. Lediglich ein kurzes Telefonat zwecks der Terminabstimmung. Die Durchführungsobjektivität ist demnach gegeben. Da die Auswertung streng nach Mayring durchgeführt wurde und zusätzlich die Interrater – Reliabilität überprüft wurde, ist die Auswertungsobjektivität ebenso gegeben.

Eine methodische Schwierigkeit in der durchgeführten Studie besteht in dem nicht standardisierten Setting. Gründe über die Wahl des nicht standardisierten Settings lagen in der vertrauten Umgebung für die Frauen und einer daraus resultierenden offenen Atmosphäre.

Um die Reliabilität der Studie zu überprüfen, wurden die Kategorienübereinstimmungen der Interrater – Reliabilität mit einem Rater berechnet. Ein weiterer Rater diente zur Überprüfung der inhaltlichen Übereinstimmung der Kategorien. An dieser Stelle kann die Anzahl der Rater als gering angesehen werden. Auch die geringere Stichprobenanzahl trägt dazu bei, dass die Ergebnisse nicht oder nur eingeschränkt extrapoliert werden können. Aufgrund des begrenzten Rahmens der Bachelorarbeit bestand allerdings eine vorgegebene Einschränkung der Stichprobenanzahl. Um die Reliabilität zu erhöhen, wurde eine Kategoriendifferenzierung durchgeführt, bei der eindeutige Kategorien zusammengefasst werden konnten. Durch dieses Verfahren wurden die Kategorien größer, dennoch übersichtlicher.

Die Studie kann als valide bezeichnet werden, da innerhalb der materialorientierten Vorgehensweise entsprechende Ergebnisse erzielt werden konnten. In Bezug auf die

Validität, besteht allerdings eine Schwierigkeit in der *ergebnisorientierten* und *prozessorientierten* validen Untersuchung. An dieser Stelle konnte im, Rahmen des Formats einer Bachelorarbeit, keine Korrelative Gültigkeit, Vorhersagegültigkeit oder Konstruktgültigkeit bestimmt werden.

5.7 Klinische Relevanz

Im Bereich der Brustkrebsforschung, mit besonderem psychologischen Fokus auf Emotionen und Ressourcen, existieren viele Forschungsprojekte und Studien zu der Thematik. Das Feld der humangenetischen Beratung kann zusätzlich bis hin zu einem fest integrierten, diagnostischen Verfahren in der medizinischen Forschung führen und bekommt in psychoonkologischer Hinsicht eine deutliche psychologische Relevanz. Das erörterte Wissen der Studie über einen derartigen Verlauf in Bezug auf die Emotions- und Ressourcenentwicklung, kann ein weiterer Schritt für andere gleichgesinnte Patientinnen sein, eine Identifikation mit den interviewten Frauen zu finden und die gewünschte Aufklärung zu erhalten.

Die vorliegende Studie weist an diversen Stellen auf Ansätze hin, an der weitere Forschung betrieben werden kann. Die Komponente *Partner* der Ressource *externale, personale Unterstützung* stellte sich in der Studie als eine von großer Bedeutung bestehende Ressource heraus. An dieser Stelle ergaben sich beispielweise Ansätze zum Thema der Unterschiede innerhalb dieser Ressource. Inwiefern existieren also Unterschiede bei in einer Beziehung lebenden Brustkrebspatientin im Vergleich zu einer ledigen Brustkrebspatientin im Verlauf beginnend bei der Diagnose bis hin zur humangenetischen Untersuchung?

Die vorliegende Studie wurde an zwei deutschstämmigen und einer türkischstämmigen Patientin durchgeführt. Hier ergaben sich Unterschiede innerhalb der Ressource, Spiritualität und Religion. Ein neuer Forschungsansatz könnte demnach darin bestehen, inwiefern es Unterschiede in der Krankheitsbewältigung von an Brustkrebserkrankten Frauen innerhalb der Krankheitsbewältigung gibt, unter besonderer Berücksichtigung der Nationalität/Glaubensrichtung und dem Zeitintervall bis hin zur humangenetischen Untersuchung.

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit den interviewten Frauen, die einen negativen Befund der humangenetischen Diagnostik erhielten. Interessant wäre es an dieser Stelle eine weitere Studie durchzuführen, bei der die Probandinnen einen positiven Befund aufweisen, um die zur Verfügung stehenden Ressourcen, deren Verlauf und die emotionale Verarbeitung mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie zu vergleichen und Unterschiede herauszuarbeiten.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Veränderbare Faktoren, die Einfluss auf den Brustkrebs haben	14
Abbildung 2: Fünf verschiedene Komponenten der Emotionen	15
Abbildung 3: Beispiel der Motivationalen Komponente.....	16
Abbildung 4: Bodily topography of basic (Upper) and nonbasic (Lower) emotions associated with words	18
Abbildung 5: Vier Erklärungsmodelle für die Entstehung von Krankheiten	19
Abbildung 6: Krankheitsprozesse nach biomedizinischem Ansatz	19
Abbildung 7: Gliederung der Ressourcen	22
Abbildung 8: Persönliche Daten der ausgewählten Patientinnen	28
Abbildung 9: Verlauf in Bezug auf die Bedeutung und die Zusammenhänge der Ressourcen.....	56
Abbildung 10: „Achterbahnfahrt“ – Weg der Brustkrebspatientinnen unter besonderer Berücksichtigung der genutzten Ressourcen und erlebten Gefühlen.....	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Persönliche Daten der ausgewählten Patientinnen.....	28
Tabelle 2: Struktureller Aufbau eines Kodierleitfadens	31
Tabelle 3: Interrater Reliabilität	33
Tabelle 4: Zusammenfassung der Kategorien.....	35

Literaturverzeichnis

AGO e.V. (2016): *Therapie (assoziiert) . Fatigue*. PDF. Hg. v. AGO e.V. in der DGGG e.V./ DKG e.V. Online verfügbar unter http://www.ago-online.de/fileadmin/downloads/leitlinien/mamma/Maerz2016/de/2016D%2014_Nebenwirkungen%20der%20Therapie.pdf.

Appel, C.; Muller, C.; Murken, S. (2010): *Strain experience and religiosity. A comparison of patients with chronic pain and breast cancer*. In: *Schmerz (Berlin, Germany)* 24 (5), S. 449–457. DOI: 10.1007/s00482-010-0942-y.

Auhagen, Ann Elisabeth (2004): *Positive Psychologie. Anleitung zum „besseren“ Leben*. 2.Auflage: Beltz.

Blom, Kimberly; Baker, Brian; How, Maxine; Dai, Monica; Irvine, Jane; Abbey, Susan et al. (2014): *Hypertension analysis of stress reduction using mindfulness meditation and yoga: results from the HARMONY randomized controlled trial*. In: *American journal of hypertension* 27 (1), S. 122–129. DOI: 10.1093/ajh/hpt134.

Deutsches statistisches Bundesamt (2014): *Die 10 häufigsten Todesfälle durch Krebserkrankungen - Sterbefälle weiblich*. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabelle n/Krebserkrankungen.html>, zuletzt aktualisiert am 2016, zuletzt geprüft am 10.06.2016.

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (Hg.) (2015): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 6. Auflage. Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH.

Ekman, Paul (Hg.) (1997): *What the face reveals. Basic and applied studies of spontaneous expression using the facial action coding system (FACS)*. New York, NY: Oxford Univ. Press (Series in affective science). Online verfügbar unter <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0605/96036655-d.html>.

Hofner, Marion; Michalak, Johannes (2013): *Die Rolle sozialer Unterstützung, Religiosität und Achtsamkeit im Rahmen der Krankheitsverarbeitung bei Brustkrebspatientinnen*. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 42 (2), S. 127–136. DOI: 10.1026/1616-3443/a000192.

Ketterer, Juliane (2009): *Zusammenhang zwischen klinischen, psychosozialen und soziodemographischen Faktoren und Angst und Depressivität gemessen in der Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D) – zu einem definierten postoperativen Zeitpunkt bei Patientinnen mit Brustkrebs*. Dissertation. Medizinische Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin. Online verfügbar unter http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000008283.

Kofahl, Christopher; Schulz-Nieswandt, Frank; Dierks, Marie-Luise (Hg.) (2016): *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland*. Berlin: LIT (Medizinsoziologie, Band 24).

Kreienberg, Rolf (Hg.) (2012): *Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms*. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012, AWMF-Register-Nummer: 032-045OL. Office des Leitlinienprogramms Onkologie. Germering/München: Zuckschwerdt. Online verfügbar unter <https://itex-web.de/files/Othertext/23/486/9783863710736.01.pdf>.

Kruse, Johannes; Grinschgl, Achim; Wöllner, Wolfgang; Söllner, Wolfgang; Keller, Monika (2003): *Psychosoziale Interventionen bei Patientinnen mit Brustkrebs*. In: *Psychotherapeut* 48 (2), S. 93–99. DOI: 10.1007/s00278-003-0295-4.

Kuhner, Sophie; Fietkau, Rainer; Bruns, Sonja; Gonzalez, Dagmar Villarroel; Geyer, Siegfried (2006): *Do members of self-help groups know more about breast cancer?* (11). Online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2006-951810>.

Lang, Hermann; Faller, Hermann; Koepsell, Kornelia (1998): *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch).

Maslow, Abraham H. (2016): *Motivation und Persönlichkeit*. Unter Mitarbeit von Paul Kruntorad. 14. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt (rororo rororo-Sachbuch, 17395).

MAXQDA (1995 - 2016): *Professionelle Software*. Für die qualitative Analyse von unstrukturierten Daten. Hg. v. VERBI GmbH. Online verfügbar unter <http://www.maxqda.de/produkte/maxqda/>, zuletzt geprüft am 13.08.2016.

Mayring, Philipp (2008): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz (Beltz Studium).

Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse*. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik). Online verfügbar unter http://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407293930.

Meyer, Wulf-Uwe (2001): *Einführung in die Emotionspsychologie*. 2., überarb. Aufl. (Aus dem Programm Huber).

Moog, Ute; Rieß, Olaf (Hg.) (2014): *Medizinische Genetik für die Praxis*. Diagnostik, Beratung, Fallbeispiele. 1. Aufl. s.l.: Georg Thieme Verlag KG.

Nittel, Dieter; Seltrecht, Astrid (Hg.) (2013): *Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Nummenmaa, Lauri; Glerean, Enrico; Hari, Riitta; Hietanen, Jari K. (2014): Bodily maps of emotions. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 111 (2), S. 646–651. DOI: 10.1073/pnas.1321664111.

Razum, Oliver; Breckenkamp, Jürgen; Brzoska, Patrick (2016): *Epidemiologie für Dummies*. 2., aktualisierter und überarbeiteter Nachdruck. Weinheim: Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA (... für Dummies).

Rhiem, Kerstin (2015): *Präventive operative Optionen für Frauen mit einer familiären Brust- und Eierstockkrebsbelastung*. In: *medgen* 27 (2), S. 231–236. DOI: 10.1007/s11825-015-0046-2.

Rösger, Jennifer (2014): Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Grades der Medizin der Universität Witten-Herdecke im Bereich Medizin. *Entscheidungskonflikte zur prophylaktischen bilateralen Salpingoovarektomie bei Frauen mit genetischer Belastung für Brust- und Eierstockkrebs*. Eine Interviewstudie unter besonderer Berücksichtigung des Erlebens des Fertilitätsverlustes. Dissertation.