

Berichte aus den Arbeitsgruppen

Marianne Schrader

Schönheitsideal der Brust im Wandel der Zeit – Körperbild und Selbstwertgefühl im Therapiefeld der Plastischen Chirurgie

In der Arbeitsgruppe wurden drei Themenkomplexe angesprochen und diskutiert: Erstens die Fehlbildung der Brüste mit Einbeziehung der Pubertätsmakromastie und der durch sie ausgelösten Entwicklungsstörungen, zweitens die Hyperplasie und Hypertrophie der Brüste mit später Wahrnehmung als Erkrankung und die Indikation zur Operation, z.B. aus orthopädischer und dermatologischer Sicht, und schließlich drittens die Rekonstruktion bei Mamma-Karzinom als Teil im Therapiekonzept zur Bewältigung der Erkrankung.

Ingrid Olbricht stellt in ihrer Schrift „Brust – Organ und Symbol weiblicher Identität“ (1990) heraus, dass nur ein Viertel aller Mädchen die Entwicklung ihrer Brüste mit Aufmerksamkeit beobachten. Häufiger wird die Brustentwicklung ängstlich oder sogar mit Unbehagen erlebt. Das bedeutet, dass sobald sich Fehlentwicklungen einstellen, Störungen in der Identitätsfindung hervorgerufen werden können. Fehlbildungen, wie wir sie immer wieder beobachten, z.B. das Fehlen einer Brust bzw. der Brustdrüse bei erhaltener, häufig sehr kleiner Mamille oder Deformierungen im Sinne einer tubulären Brust oder einer ausgeprägten Asymmetrie, erfordern häufig frühzeitige erste Aufklärungsgespräche. Von 510 in einem Zeitraum von fünf Jahren von uns wegen Makromastie operierten Frauen hatte bei 69,4% die Fehlentwicklung bereits in der Pubertät begonnen. Bei 72 Frauen, das sind gut 14%, war die Operation bereits im Alter von 16 bis 19 Jahren – also in pubertären und postpubertären Entwicklungsphasen – auf dringenden Wunsch bzw. ärztliche Indikation hin durchgeführt worden. Weitere 144 Patientinnen wurden im Alter zwischen 20 und 24 Jahren

operiert. In beiden Altersgruppen fanden wir in 17,2% bereits Volumina je Brust zwischen 1500 und 2700 ml. Als Symptome der gestörten Entwicklung stellten wir fest:

1. eine erschwerte Identitätsfindung, insbesondere eine erschwerte Akzeptanz des eigenen Frau-Seins,
2. Störungen der Entwicklung mit Einschränkung der Beweglichkeit und damit der sportlichen Betätigung sowie eine Beeinträchtigung der spontanen Kontaktaufnahme und eine Einschränkung des Bewegungsraumes und Erschwerung der persönlichen Entfaltung während der Pubertät und danach,
3. eine fehlende Integration oder sekundäre Desintegration der Brüste aus dem eigenen inneren Körperbild.

Die lange bestehende Makromastie führt zu einem typischen Schmerzsymptomenkomplex im Bereich der Halswirbelsäule, der Schulterregion und der Brüste selbst. Zur Erlangung einer Kostenübernahme wird in unserer Klinik ein standardisierter Dokumentationsbogen verwendet, der neben Messdaten auch die Volumina der Brüste festhält. Der Hinweis auf Normgrößen zwischen 400 und 600 ml ist zur Durchsetzung der Kostenübernahme nicht selten nötig. Von den 510 Patientinnen, über die ich bereits gesprochen habe, wurden etwas weniger als 50% jenseits des 30. Lebensjahres operiert. Davon haben immerhin 27% ihre Makromastie seit der Pubertät mit sich getragen und damit eine viele Jahre dauernde Phase zwischen dem ersten und zweiten kritischen Lebensereignis durchgemacht – jeweils mit ihren spezifisch eigenen Bewältigungsstrategien.

So bewertete eine Patientin die Reaktionen ihrer Familie für entscheidend dafür, wie sie ihr Heranreifen erlebt hatte. Im Alter von 14 Jahren war sie immer wieder von ihrem jüngeren Bruder wegen der Übergröße ihrer Brüste mit dem verletzenden Ausspruch gequält worden: „Deinen Busen müssen wir in einem Extrawagen fahren, damit wir schneller vorwärts kommen“. Die zu dem Zeitpunkt 28-jährige Frau, Mutter von zwei Kindern, beurteilte die Wirkung des Ausspruches auf ihre Entwicklung so, dass sie – obwohl eigentlich sanft und ruhig veranlagt – gelernt habe, überschnell zum schnippischen und gar frechen Gegenangriff überzugehen, wenn sie nur ahnte, dass eine Bemerkung über ihre Brüste gemacht werden könnte. Sie glaubte, dass sie durch diese stete, vermeintlich notwendige Selbstverteidigung weitgehend aggressiv geprägt worden sei. Dadurch hätte sich die Ablehnung der eigenen übergroßen Brüste in der Folge immer weiter verstärkt.

Das Mamma-Karzinom ist das häufigste Karzinom der Frau. Der Schock, den die Patientinnen bei der Diagnose „Mamma-Karzinom“ erleiden, ist geprägt durch den möglichen dro-

henden Verlust des Lebens, aber auch durch den Verlust der Brust und die Angst vor der Entstellung. Entscheidend für den weiteren Verlauf ist das erste aufklärende Gespräch, wobei bei möglicher brusterhaltender Therapie ausführlich über die Besonderheiten dieser Behandlung mit den über Jahre notwendigen, engmaschigen Kontrollen und über mögliche unerwünschte Folgen notwendiger begleitender Therapien wie Lymphknotendisektion und Radiotherapie informiert werden muss. Dass die Rekonstruktion einer Brust nach notwendiger Ablatio als ein fester Bestandteil in das Konzept der Behandlung des Mamma-Karzinoms aufgenommen wurde, bedurfte einer großen Zahl interdisziplinärer, prospektiver und katamnestischer Untersuchungen sowie Verlaufskontrollen. Die subjektive Bewertung kann soweit gehen, dass die Rekonstruktion als psychologisch vital angesehen wird und dass vor dem Wiederaufbau der Brüste Patientinnen sogar latent suizidal sein können. Die Rekonstruktion sollte möglichst durch ein einfaches, komplikationsarmes Verfahren erreicht werden und keine Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens bewirken. Die Brustrekonstruktion kann nicht nur als eine chirurgische Technik, sondern auch als eine psychotherapeutische Behandlung betrachtet werden. Das Ziel ist, die Verbesserung des Selbstwertgefühls und die Erlangung einer tolerablen Körperintegrität. Dieses Konzept wird ganz wesentlich von der Persönlichkeit und der Lebenssituation der Patientin, der sie beratenden und behandelnden Ärztin und ihrer gegenseitigen Beziehung während des gesamten Prozesses bestimmt.