

Brust ~ Brüste / sehen & fühlen

Über 15 Jahre (Berufs-)Erfahrung mit brustoperierten Frauen

Brust ~ Brüste ... Die Brust als Körperbereich, die Brüste als Körperteile.

Eine Brust haben mit zwei Brüsten – oder auch nur noch mit einer oder gar mit keiner mehr.

Ich berühre Frauen mit operierten Brüsten: mit den Händen oder mit meinen Worten.

- als Physiotherapeutin mit der Zusatzqualifikation „Manuelle Lymphdrainage“
- als Heilpraktikerin z.B. mit Shiatsu und Visualisierungen
- privat:

mich selbst als Frau (mit Lust und Sorge) und andere Frauen (mit Lust, auch Unsicherheit)

Das sind Rollen, Situationen: Brüste zu sehen und zu fühlen, die Eigenwahrnehmung zu erforschen, mögliche Perspektiven zu hinterfragen. Daher werde ich einleitend – mit feministischem Blick – auf den gesellschaftlichen Kontext hinweisen, bevor ich dann versuche, die die unterschiedliche Gründe, Techniken und Folgen von Brustoperationen darzustellen.

AUTORIN

Silvia Mosen

Mariannenstraße 30

10999 Berlin

Tel: 030 / 612 857 50

frauenbewegung@freenet.de

Heilpraktikerin (HP)

Physiotherapeutin

Linguistin M.A.

Manuelle Lymph-
drainage,

Visualisierungen,

Shiatsu,

Fußreflex,

Beckenboden



Wir leben in einer patriarchalen Tradition, was heißen müsste: in einer phallogozentrischen Kultur. Aber im Alltag, vor allem in den Medien und in der Werbung, präsent sind Brüste, bzw. Busen oder Dekolleté – je nach Wortwahl und Kontext.

Parteilichkeit ist ein gern genanntes Merkmal feministischer Haltung. Mir ist wichtig zu betonen, dass es für mich ‚die Frau‘ nicht gibt, sondern weibliche Individuen. Dagegen suggeriert schon die Existenz von Behandlungsleitlinien, als gäbe es eine objektive Wahrheit, was richtig ist.

Ich denke, dass Kriterien für Bewertungen und Entscheidungen immer subjektiv sind und auch sein sollten. Als Betroffene muss ich für mich klären, was mir wichtig ist. Erst dann kann ich entscheiden, was ich tue / machen lasse. Als Begleiterin sollte ich transparent machen, was meine Kriterien sind, wenn ich berate.

Damit will ich mich nicht nur inhaltlich, sondern auch in der Herangehensweise abgrenzen von Artikeln und Bro-

schüren, die zwar den Anspruch vertreten, verschiedene Möglichkeiten nebeneinander darstellen zu wollen, die ich aber in der Wahl der dargestellten Kriterien als beeinflussend bis manipulativ empfinde. Nach dem, was ich berichtet bekomme, gilt das nicht selten auch für persönliche Beratungen sowie für ärztliche Aufklärungsgespräche.

Es wird deutlich werden, dass ich für mich klare Entscheidungskriterien habe – oder hätte. Einerseits soll das erkennbar sein, andererseits ist mir wichtig, jede Leserin einzuladen – sei sie Kollegin oder / und Betroffene – sich bewusst zu machen, was Kriterien sein können und ihre eigenen zu finden.

Ich möchte hier keine Angst schüren, sondern Mut machen: Fragen zu stellen – vor einer Operation – Fragen an sich selbst und an beratendes medizinisches Personal. Ich möchte ermutigen, sich dabei auch dem Thema Sexualität zu stellen: was Brüste, die eigenen Brüste für die erotische Lebensqualität bedeuten und darüber mit anderen zu sprechen, auch – aber nicht nur – mit wem Sexualität gelebt wird.

Bei der Frage, was ‚Brüste‘ bedeuten, was sie der jeweiligen Frau bedeuten, die sie (noch) hat, wird deutlich, dass es unterschiedliche Kriterien und Ebenen gibt, um sich eine Meinung zu bilden, eine Entscheidung zu fällen.

Ich analysiere hier, was kaum trennbar ist: Was ist der eigene Maßstab und was der übernommene fremde, der evtl. gar nicht als solcher erkannt wird oder dessen Einfluss abgestritten wird, vor allem von sich als ‚emanzipiert‘ verstehenden Frauen.¹

Subjekt-/Objekt-Ebene

- für mich = was bedeutet es für mich als Frau, auch als ‚erotisches Subjekt‘
- für andere = wie nehmen mich andere wahr, auch als sexuelles Gegenüber, als ‚Sex-Objekt‘

Wahrnehmungsebene

- optisch für andere welche (Schönheits-)Ideale haben andere, wer setzt Maßstäbe?
für mich selbst welche (Schönheits-)Ideale habe ich?
habe ich unterschiedliche (Schönheits-)Ideale an mich / an andere?
will ich anderen gefallen?
möchte ich mir gefallen?
- taktil für andere haptisch
wie fühle ich mich für andere an?
für mich selbst sensitiv
wie fühlt sich Berührung für mich an?
kinästhetisch
Körperempfinden, z.B. in Bewegung, ohne Berührung

Brust-Operationen

Ich schreibe hier über Brust-Operationen verschiedenster Ursache und Motivation sowohl im Zusammenhang mit Brustkrebs als auch über plastische, sog. kosmetische Operationen. Medizinisch gesehen begegnen sich Disziplinen wie

- Onkologie chirurgische Entfernung von (vermutlich oder potentiell) bösartigem Gewebe
- Orthopädie Rückenbelastung durch Beugung und Asymmetrie, Fehlhaltung (auch psychisch)
- Psyche Fehlhaltung, Selbstwert, Körperspüren, Frau-Sein (Leidensdruck)
- Kosmetik Ästhetik – wer immer das wie definieren mag

Brustkrebs-Operationen

Bei Brust-Krebs kommt zusätzlich zum Schock der Krebsdiagnose noch die Dramatik hinzu, dass die Brust als weibliches Organ zur Lebensbedrohung wird. Viele Frauen stehen ihren Brüsten sowieso ambivalent gegenüber oder haben sich endlich mühsam mit ihnen angefreundet – und nun drohen sie als tödliche Zeitbombe.

Fast immer wird schulmedizinisch eine Operation angeraten, heute in den meisten Fällen als **brusterhaltende OP**. Das Ergebnis (optisch und sensibel) einer OP ist abhängig von Größe und Lage des Tumors sowie vom operativen Geschick. Die Brustwarze wird nach Möglichkeit erhalten. Die Narbe richtet sich nach der Lage des Tumors, meist wird ein zweiter Schnitt in der Achsel nötig, um Lymphknoten entnehmen

zu können. Nicht nur außen, auch innerhalb der Brust entstehen Narben, weil Gewebe für ein kosmetisch befriedigendes Ergebnis geschoben und vernäht wird. Diese Narben ändern nicht nur die Konsistenz der Brust, sondern auch die Empfindsamkeit und zwar sogar der Brustwarze, selbst wenn diese nicht versetzt wurde. Häufig ist das Ergebnis optisch so symmetrisch, dass ein Größenunterschied allenfalls durch ein Kissen im BH ausgeglichen wird. Jedoch kann die operierte Brust durch Lymphödeme – oft verbunden mit Spannungsgefühlen und Überempfindlichkeit – auch größer werden oder größer und straffer erscheinen, wenn innere Narben verwachsen und die Brust fester ist als die andere. Das kann auch eine (dauerhafte) Folge der Bestrahlung sein, die nach einer brusterhaltenden OP Standardbehandlung ist.

Ist der Tumor groß bzw. die Brust sehr klein oder die Frau lehnt eine Bestrahlung ab, wird schulmedizinisch eine **Ablatio** empfohlen. Bei der heute üblichen Form der Amputation bleibt der Brustmuskel auf den Rippen erhalten, entfernt werden die gesamte Brustdrüse mit dem Fettgewebe und fast immer auch die Brustwarze. Damit ist alles Gewebe verloren, was auf sexuelle Erregung mit Blutfülle und Erektion reagieren könnte. Es bleibt eine waagerechte Narbe, die so liegt, dass von da aus auch die Lymphknoten in der Achsel erreichbar waren.

Die **Rekonstruktion** ist sofort möglich oder auch später, d.h. es besteht eigentlich kein Zeitdruck, sich sofort bei der Krebs-Operation zu entscheiden. Das kann nach einer Ablatio oder bei Asymmetrie nach einer brusterhaltenden OP in Ruhe überlegt werden. Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten für den Aufbau: mit Implantat oder mit Eigengewebe oder auch eine Kombination.

Für ein **Implantat** wird meist erst mal ein sogenannter Expander eingesetzt, der dann von außen über Wochen und Monate langsam auf die erwünschte Größe gefüllt wird (mit Kochsalzlösung über ein Ventil). So wird der Hautmantel gedehnt, bis dann in einer weiteren OP das eigentliche Implantat (meist Silikon) platziert wird. Das geschieht meist unter den Brustmuskel, damit das Gewebe darüber besser untersucht werden kann. Nicht nur Konsistenz und Bewegungsverhalten sind anders als vorher. Es gibt kein natürliches Gewebe, das reagieren kann, z.B. mit Blutfülle und Wärme. Implantate müssen, auch wenn es keine Komplikationen gibt (Verrutschen oder Kapselfibrose), nach 10-15 Jahren ausgetauscht werden, wodurch weitere Operationen nötig werden. Die **Brustwarze** wird tätowiert oder **rekonstruiert** durch Gewebe aus der Leistengegend oder Teilung der Brustwarze auf der anderen Seite. Empfindsamkeit und Erektionsfähigkeit der Brustwarze sind, wenn überhaupt vorhanden, reduziert – meist auch auf der eigentlich nicht betroffenen, aber geteilten Seite.

Ein Brustaufbau mit **Eigengewebe** ist aus Bauchfett/-muskeln („Tram“) und/oder Rückenmuskeln („Lat“) möglich. Dabei entstehen dort Narben und Lücken in der Muskulatur. Am alten wie neuen Ort drohen Wundheilungsstörungen und Sensibilitätsdefizite. Auch wenn es eigenes Gewebe ist, es ist kein

Drüsengewebe, das sich bei Erregung mit Blut füllt und eine entsprechende Sensitivität besitzt. Zu dieser sehr großen OP kommt die Rekonstruktion der Brustwarze, also evtl. weitere OPs (s.o.).

Eine andere Möglichkeit der Symmetrisierung bei brusterhaltenden OPs ist die **anpassende Reduktion** der verbleibenden gesunden Seite, was vor allem bei (ehemals) großen Brüsten empfohlen wird. So werden weder Fremdkörper implantiert noch entstehen große anderweitige Narben an Bauch oder Rücken. Ich habe Frauen erlebt, die der Situation etwas Positives abgewinnen konnten, weil sie so letztendlich eine Busengröße hatten, die ihnen immer schon lieber gewesen wäre. Allerdings ist damit zu rechnen, dass die Sensibilität der gesunden Brust leidet – so wie immer bei einer Reduktionsplastik auch aus anderen Gründen (s.u.).

Die beiden folgenden Beispiele stammen aus einer physiotherapeutischen Praxis, in der ich angestellt war. Die Darstellung ist nicht nur meine subjektive Wahrnehmung, sondern die Behandlung liegt auch viele Jahre zurück, sodass sich in der Erinnerung wohl einiges noch nachträglich verändert hat.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass Patientinnen aus PT-Praxen nicht repräsentativ für alle brustkrebsoperierten Frauen sind, da dort nur die als solche wahrgenommen werden (können), die deswegen in Behandlung kommen, also Beschwerden haben.

Brustaufbau als Schmerztherapie

Die Patientin (ca. 60 Jahre) war mit Lymphdrainagen und Krankengymnastik bei mir in Behandlung. Schon direkt nach der Operation war die Narbe der Ablatio zusammengezogen und schmerzhaft, dazu hatte sie Lymphödeme am Rumpf, auch ober- und unterhalb der Narbe. Die Schulterbeweglichkeit war eingeschränkt, außerdem klagte sie über zunehmende Schmerzen in der Brustwirbelsäule. Bereits mehrfach hatte die Patientin einen immer wieder angebotenen Aufbau abgelehnt.

Wegen der zunehmenden Schmerzen ließ sie sich überreden, einen Expander einsetzen zu lassen. Auch Wochen nach der ersten vorsichtigen Füllung war das kosmetische Ergebnis desolat, die schon vorher zusammengezogene Narbe ließ das Ergebnis wie ein Brötchen aussehen, makaber. Kurze Zeit später wurden in der BWS Metastasen entdeckt. Vor der OP waren keine Untersuchungen gemacht worden, um das als Ursache für die Schmerzen auszuschließen. Da ich die Praxis kurz darauf verlassen habe, weiß ich nicht, wie es der Patientin weiter erging.

Amputation als Wahl

„Wenn Sie keine Bestrahlung wollen, dann müssten wir eine Amputation machen, damit Sie vergleichbare Chancen haben.“ Was vom Arzt als Argument gegen den Verzicht auf eine Bestrahlung gemeint war, nahm die Patientin (ca. 35 Jahre) als offene Frage. Zum Entsetzen des Chefarztes sei sie nach der zu knappen brusterhaltenden Tumorentfernung erst mal nach Hause gegangen, um sich in Ruhe zu entscheiden – statt sich sofort nochmal brusterhaltend weiter operieren zu lassen.

Anmerkung: Hier wird deutlich, dass nicht nur inhaltlich, sondern auch zeitlich Druck gemacht wurde. Vor allem direkt nach der Diagnose geraten viele Frauen einen ärztlichen Automatismus. Ich nenne dieses Phänomen „therapeutischer Trampelpfad“. Eine Behandlung sollte zwar zügig, aber nicht hektisch erfolgen, denn sonst wird Frauen die Zeit genommen, sich zu überlegen, wie sie sich wo und von wem behandeln lassen – was wichtig ist für die Heilung auch der seelischen Narben.

Ich habe die Patientin in diesen ca. 3 Wochen begleitet: mit Lymphdrainagen und Gesprächen, um Kriterien zu suchen, was Sicherheit für sie bedeutet. Sie habe ihre Brüste immer sehr gemocht, aber nun traue sie dieser einen nicht mehr, wolle sie nicht mehr haben, auch keine Reste davon. Und sie könne sich besser vorstellen, gesund zu werden, wenn sie Brust weg sei, eine Bestrahlung sei nichts, an was sie im positiven Sinne glauben könne. So ging sie zurück ins Krankenhaus und ließ – wieder zum Entsetzen des Oberarztes, wie sie mir berichtete – nicht nur die Brust komplett entfernen, sondern lehnte auch noch den angebotenen Aufbau ab.

Die Lymphdrainagen zwischen den Operationen fanden auf ärztliches Rezept hin statt. Für mich war es eine besondere Herausforderung. Zum einen, weil ich wusste, dass die schulmedizinische Behandlung der Brust noch nicht abgeschlossen war. Zum anderen noch mehr, als sie dann ihre Entscheidung gefällt hatte und ich wusste, ich behandle und berühre eine Brust, die in wenigen Tagen entfernt sein würde.

Hier war ich erstmals in der Situation, vor einer Ablatio zwar nicht die unoperierte Brust, aber zumindest das Ergebnis der brusterhaltenden OP gesehen zu haben. Inzwischen habe ich letztere Erfahrung bei Patientinnen mit Rezidiven aber öfters machen müssen.

Dabei und auch grundsätzlich hatte und habe ich nie Angst, von dort aus Zellen zu verschleppen. Ich vertraue auf Studien, nach denen es so keine Metastasen-Verschleppung gibt.² Ich habe sogar das positive Bild, dass das Entstauen dem Immunsystem hilft, eventuelle Krebszellen auf dem Weg besser zu finden und zu vernichten.

Ich habe die Patientin direkt nach der OP noch kurz mit Krankengymnastik und Lymphdrainagen betreut. Sehr bald ging es ihr so gut, dass sie die Behandlung beendete.

Viele Jahre später sprach sie mich bei einer zufälligen privaten Begegnung an und erzählte mir, dass es ihr gut ginge, sie gesund sei und die Entscheidung von damals so immer noch gut und richtig fände.

Der folgenden Frau begegnete ich privat bei einer Diskussionsveranstaltung. Als im Zusammenhang mit dem Thema Sexualität und Schönheit Gespräch auf kosmetische Brust-Operationen kam, outete sie sich als brustkrebsoperiert und erzählte mehr von sich, nachdem ich mich als Physiotherapeutin zu erkennen gab, die schwerpunktmäßig im Bereich Gynäkologie arbeitet.

Tattoo nach Ablatio

Nach der Entfernung der Brust habe sie sich bewusst gegen einen Aufbau entschieden und später eine großflächige Tätowierung als Schmuck machen lassen. So zeigt sie sich auch auf erotischen Partys – in erotischer Garderobe und auch (oben) ohne.

Korrigierende Brust-Operationen

Ursache für eine Brust-Operation kann nicht nur Brustkrebs sein bzw. angleichende OPs danach, sondern es gibt auch viele orthopädische, psychische und ästhetische Gründe:

- große Brüste: Rückenbelastung, Schmerzen, reduzierte Sportfähigkeit, in Proportion zur Figur allgemein (wer immer das definieren mag), Psyche
- kleine Brüste: in Relation zur sonstigen Proportion; Psyche
- asymmetrische Brüste: seitliche Fehllhaltung; Psyche

Für eine **Vergrößerung** der Brüste wird in der Achsel ein kurzer Schnitt gemacht, über den ein Implantat vorgeschoben wird, meist wird das Implantat unter den Brustmuskel geschoben, weil es dort weniger verrutschen kann. Zu beachten ist, dass bei Implantaten die Techniken zur Brustkrebs-Früherkennung erschwert sind: Tastuntersuchung / Sono- / Mammografie sind mit Implantat schwieriger zu beurteilen.

Auch eine Vergrößerung durch Eigengewebe ist möglich, im Vergleich aber eine viel größere OP.

Die Risiken zu beiden Varianten sind ebenfalls die oben schon genannten. Wenn im Gegensatz zu einem kompletten Ausbau bei einer Vergrößerung die eigene Brustdrüse und Brustwarze erhalten bleiben, ist die Sensibilität erhalten, kann aber verändert sein durch Schwere und Volumen / Druck.

Nicht selten wird bei einer Vergrößerung zunächst eine Straffung durchgeführt, damit die größeren und schwereren Brü-

ste nicht hängen und / oder gerade aus schauen – mit den entsprechenden Narben.

Bei einer **Verkleinerung / Straffung** wird meist ein umgekehrter T-Schnitt in der unteren Hälfte der Brust gemacht: quer in der Umschlagfalte, wo ellipsenförmig überschüssiges (Haut-)Gewebe entfernt wird, und von da aus senkrecht hoch zur Brustwarze, die nach oben versetzt wird, weil bei einer Verkleinerung immer auch eine Straffung notwendig ist. Die Sensibilität der Haut im unteren Teil der Brust ist durch die Narben verändert (bis zur Taubheit), die Reaktionsfähigkeit der Brustwarze ebenso, meist ist sie reduziert. Durch das Formen innerhalb der Brust entsteht Narbengewebe, was Konsistenz und (Blut-)Fülleempfinden bei sexueller Erregung verändern kann. Außerdem ist keine Stillfähigkeit mehr zu erwarten.

Auch hier ist zu beachten, dass bezüglich Brustkrebs die Techniken zur Früherkennung erschwert sind: Tastuntersuchung / Sono- / Mammografie sind durch die (inneren) Narben schwieriger zu beurteilen.

Motivation für Brust-OP hinterfragen

Wenn eine Frau überlegt, sich an den Brüsten operieren zu lassen, finde es wichtig, die Motivation zu hinterfragen auch um zu klären, ob eine OP überhaupt die geeignete Behandlung ist.

Wenn der Wunsch ist, Brüste zu ‚korrigieren‘ zu wollen – vergrößern, straffen, verkleinern – dann geht es um das Thema, eine Brust zu haben, um weibliche Formen. Die Brust an sich – als weibliches Merkmal – ist für die Frau grundsätzlich erwünscht, d.h. die Reaktion anderer darauf, auch mit Begehren, ist nicht unerwünscht. Die Frage ist, was verschönern sein soll, wer die Maßstäbe setzt – und wie die Eigenwahrnehmung ist.

Keine Brüste haben zu wollen, weil sie grundsätzlich (als weibliches Geschlechtsmerkmal) als nicht passend für die eigene (sexuelle) Identität erlebt werden, ist ein ganz anderes Lebensthema.

Eine Frau, die eine oder auch beide Brüste aus Angst vor Krebs nicht mehr will, stellt nicht in Frage, eine Frau zu sein, ganz im Gegenteil: Sie ist und bleibt Frau und fragt sich, was das ohne Brust/Brüste für sie bedeutet und für die, die sie als Frau begehren. Aber es bleibt die Frage, ob eine (prophylaktische) OP die geeignete Maßnahme gegen die Angst ist.

Aber nicht nur der Klientin sollten im Rahmen der Beratung geeignete Fragen gestellt werden, auch jede Begleiterin sollte sich selbst hinterfragen, auch um eigene Themen von denen der Patientin unterscheiden zu können.

Fragen, die ich wichtig finde, (sich) zu stellen:

- Was mag ich (bei mir), was begehre ich (bei anderen)?
- Was sind meine eigenen Ansprüche an meine Brüste bezüglich Schönheit und Empfinden?
- Was für eine Angst habe ich: um meine Brüste oder vor meinen Brüsten – um mein Leben?
- Was bedeutet für mich professionelle Distanz?



Ambivalenz zwischen Distanz und Empathie

Wenn ich bisher immer wieder betont habe, nicht nur an die Optik zu denken, sondern auch nach der Sensibilität zu fragen, bin ich empathisch als Frau. Wobei die Frage ist, ob mit der, die über eine Operation nachdenkt, oder mit der/m Partner/in.

In meiner Rolle als Behandlerin, die begleitet, berät und therapeutisch berührt, macht mir genau das eher Stress, was ich privat wollen würde: zu spüren, wie sich das Gewebe mit Blut füllt, die Brustwarze aufrichtet. Manche Patientinnen geben sich amüsiert, andere ignorieren es. Ob sie es mitbekommen, bleibt offen, ebenso ob sie wissen, dass ich es bemerkt habe. So wie ich auch nicht erfahre, in wie fern die eine Behandlung vielleicht auch angenehm war. Manch eine beobachtet aber auch mit Freude, dass sich „wieder etwas tut“, und erlebt die Lymphdrainage so als stress- und erwartungsfreien Raum der Wiederbelebung. Für mich ist bisweilen absurd zu erleben, dass das, was mir bei der Arbeit die professionelle Distanz erleichtert (nicht-spüren oder zumindest nicht-drüber-reden), mir privat fehlen würde.

Professionelle Ebene

Themen der ärztlichen Aufklärung sind allgemeine OP-Risiken (Narkose, Allergien, Thrombose/Embolie, Pneumonie, Wundheilungsstörungen) und der Hinweis, dass das gewünschte OP-Ergebnis nicht garantiert werden kann. Dabei geht es bei Brust-OPs vor allem um die Optik. Dass Narben nicht nur unschön aussehen, sondern auch das Empfinden verändern, kommt meines Erachtens bei den Frauen nur wenig an.

Ob das daran liegt, dass darauf kaum hingewiesen wird oder dass es wieder vergessen wird, kann ich nicht beurteilen. Ich höre Fragen und Kommentare meist erst nach solchen Gesprächen. Und da habe ich den Eindruck, dass vor allem das Aussehen Thema ist und das, was andere darüber denken.

Ich würde mir Beratung dergestalt wünschen, dass Frauen Mut gemacht wird, vor der fremden erst einmal die eigene Perspektive einzunehmen und dabei auch nach der Körperempfindung zu fragen: sich zu fragen, was ‚Brust‘ für die eigene Identität bedeutet, auch erotisch.

In der Kommunikation spielen viele Perspektiven eine Rolle, nicht nur die der Frau, die hinterher mit dem OP-Ergebnis leben muss – optisch und gefühlsmäßig. Ich frage deshalb auch nach der ärztlichen Perspektive, der Motivation, eine Frau (wieder) ‚schön‘ zu machen. Ich kann den Wunsch nachvollziehen, einer Frau nach dem Schock der Krebsdiagnose als Trost wenigstens anzubieten, den sichtbaren Schaden zu reparieren oder einer an ihrem Aussehen leidenden Frau helfen zu wollen, aber ...

Wo wird Behandlung zu Aktionismus aus Hilflosigkeit?

Was ist ärztliche Eitelkeit oder gar (männlicher) Schöpferwahn?

Welche Rolle spielt die Projektion von Wünschen, die Gegenübertragung von Ängsten?

Wie groß ist das Tabu, was das eigentliche Thema angeht: die erotische Kraft der weiblichen Brust?

Sprachlosigkeit

Die Soziologin SILKE KIRSCHING hat in ihrer Dissertation dargelegt, Frauen seien im Diagnoseprozess oft nicht angemessener Eile, gar Hektik und Aktionismus einer ärztlichen Aufklärung ausgesetzt, die mehr Überredung oder gar Panikmache sei. Die Diagnosestellung versetze viele Frauen in einen Schockzustand, der nicht selten nachträglich als Traumatisierung bewertet würde. Damit sei nicht nur die Diagnose an sich gemeint, sondern auch die Art der Vermittlung und die Kommunikation über das, was daraus folgt oder folgen soll.

In dieser Situation eine Entscheidung über die Krebstherapie zu fällen, ist schon schwer genug. Darüber hinaus noch weiterreichende Einwilligungen zu geben bezüglich Operationen, die nicht das Überleben, sondern die Lebensqualität betreffen, ist oft eine zusätzliche (unnötige) Überforderung. Ich denke auch, dass in einem solchen Moment oft angemessen ist, erst mal das nur absolut Nötige zu tun und dann abzuwarten, sie die Frau sich danach fühlt.

In einprägsamen Zitaten gibt KIRSCHNING das sehr unterschiedliche Erleben der Betroffenen wieder: ³ „Das medizinisch Machbare wurde von der einen Frau als Segen und von der anderen als Fluch erlebt.“ Die eine lobt den Umgang als: „Mensch Mädchen, wir machen Dich wieder chic“, die andere beschwert sich über mehrfache OP-Vorschläge: „Als ob es nur um das Äußere ginge, das fand ich makaber.“

Nicht nur Berichte von Patientinnen über ärztliche Beratung, auch Informationsmaterial wie Broschüren heben oft mehr auf optische Kriterien ab, bestenfalls wird allgemein „Empfinden“ erwähnt, aber sexuelle Gefühle werden kaum direkt benannt. Der Hinweis, mögliche Operationen „mit dem Partner“ zu besprechen, ist sicher gut gemeint. Ich wünsche mir aber erst einmal den Hinweis, sich über die eigene Bewertung der Kriterien (optisch / taktil, für mich / für andere) Gedanken zu machen. Abgesehen davon, der gesellschaftlichen Realität sprachlich Rechnung zu tragen, dass es auch eine Partnerin geben könnte, mit der das zu besprechen wäre, ganz



zu schweigen von einem erotischen Netzwerk welcher Geschlechter auch immer.⁴

Aber es gibt auch differenzierte Darstellungen, die auf die Perspektive der Frau Bezug nehmen und zur Frage nach der Sensitivität kritische Hinweise geben.⁵

Berufsblindheit & Burn-out (vorbeugen)

Ich mag hier nicht über finanzielle und karrierestrategische Überlegungen spekulieren, auch wenn allen Beteiligten klar ist, dass leider auch das bewusst oder unbewusst eine Rolle spielen kann. Ich möchte darauf hinweisen, dass ärztliche Beratung – zumal von den Operierenden selbst – auch von dem Bedürfnis getragen sein kann, etwas reparieren und ‚wieder schön‘ machen zu wollen. Das mag gut gemeint sein – aber bisweilen ist ‚gut gemeint‘ das Gegenteil von ‚gut‘. So wage ich zu fragen, ob damit (unbewusst) weniger die Patientin als vielmehr die eigene Hilflosigkeit beschönigt werden soll. Wo geht es wirklich um das Wohl der Frau, deren Befund auf dem Tisch liegt, und die im Beratungsgespräch mehr oder weniger aufgelöst gegenüber sitzt?

Dieses Knäuel aus Gefühlen will zugelassen, wahrgenommen und ausgehalten werden. Supervision kann helfen sich zu schützen, z.B. auch vor einem Burn-out. Die unterschiedlichen Aspekte der Angst zu sehen und damit um zu gehen: sowohl mit der Angst der Patientin als auch der eigenen Angst vor beruflichem Versagen – und immer die Angst vor eigener Betroffenheit, sei es als Angehörige oder selbst Betroffene.

Eben habe ich geschrieben über Ärzte und auch Ärztinnen, aber auch ich erlebe mich in dieser Dynamik. Nicht mit dem Skalpell, aber mit meinem Ohr, meinen Augen, meinen Händen: Ich berühre Brüste (oder was von ihnen geblieben ist) und bin berührt davon. Ich bin nicht nur Physiotherapeutin und Heilpraktikerin, sondern auch eine Frau, zumal eine, die nicht nur Brüste hat, sondern auch begehrt.

Was ist Empathie, was Projektion, was (Gegen)-Übertragung? Wo sehe ich mich in anderen? Wo bin ich voraus-eilend gar bevormundend, weil ich von der einen auf die andere schließe oder mich als Maßstab setze? Um mich zurückzunehmen und die Patientin wahrzunehmen, muss ich mich spüren und reflektieren können, auch Distanz wahren, um zu unterscheiden zwischen ihr und mir. Aber Professionalität heißt für mich auch, mir bewusst zu machen, dass das Ideal der professionellen Distanz Grenzen hat.

Brüste als Machtsymbol

Sie sind markbeherrschend in der Werbung und im Kino sind Busenbomben Kassenknüller. Diese Faszination ist nicht neu, viele archaische Frauenfiguren haben beeindruckende Oberweiten, antike Tongefäße haben bisweilen Ausgüsse in Form von Brüsten. Die alte nährenden Göttin und die Alma Mater als Allegorie der neuzeitlichen Universität sind Schwestern. Die Amazone ist gleichermaßen ein Grusel-Mythos von halb-amputierten männermordenden Frauen als auch der politisch korrekte Wunschtraum kämpferischer Feministinnen von einem selbstbestimmten Leben. Und welche Frau kennt

nicht den hypnotischen Blick ins Dekolleté: den (anderer) ins eigene – oder eben auch den eigenen Blick ins andere?!

Ich möchte weder Frauen noch ihre Sexualität auf ihre Brüste reduzieren, die sie hat oder eben nicht (mehr). Immer gilt es, den ganzen Körper wahr zu nehmen, und dazu ganzheitliches Körperempfinden, Psyche und Seele. Dabei darf weder reduziert werden auf Körperteile, noch sollten Brüste und ihre (auch erotische) Bedeutung zum Tabu werden. Im privaten wie therapeutischen Gespräch ist das eine Gratwanderung für alle Beteiligten.

Ich möchte Mut machen zu sprechen über Leid und Lust: die Lust an sich selbst wie die Lust anderer an mir und meine eigene Lust am Gegenüber. Die erotische Dimension kann auch als Lebenskraft verstanden werden zum heil werden, ganz werden, sich ganz fühlen, wohl fühlen: Lebensmut und Lebenslust so lange das Herz in der Brust – hinter den Brüsten – schlägt. ☺

Anmerkungen

¹ vergl. DEGELE S. 9, 91f, 126ff

² FÖLDI, E.: Hat die manuelle Lymphdrainage einen Einfluss auf die Rezidivhäufigkeit des Mamakarzinoms?

In: Newsletter Földi (Juli 2009) www.foeldischule.de/images/Newsletter.pdf (Abruf 28.07.2010)

³ KIRSCHNING S. 156, vergl. S. 154ff, 158ff, 177ff, 188

⁴ z.B. CREUZFELDT-GLEES, CORA: Wie sehe ich danach aus? FRAUENSELBSTHILFE Brustamputation. S. 8, 10/24, 31; Krebs und Sexualität. S. 18ff, 24
DEUTSCHE KREBSHILFE Brustkrebs. S. 71f

⁵ MARTENS insb. S. 17f

Literatur

CREUZFELDT-GLEES, CORA: Wie sehe ich danach aus? Bilder und Texte von Frauen nach einer Brustkrebsoperation. Vandenhoeck & Ruprecht (2005)

DEGELE, NINA: Sich schön machen. Zur Soziologie von Geschlecht und Schönheitshandeln. VS (2004)

DEUTSCHE KREBSHILFE (Abruf am 15.12.2009): www.krebshilfe.de/blau-ratgeber.html Brustkrebs

FFGZ Berlin (Hg.): Clio. Die Zeitschrift für Frauengesundheit.

Thema Brustgesundheits, Brust, Brustkrebs: Nr. 69 (2009), Nr. 58 (2004) S. 23ff, Nr. 50 (2000), Nr. 35 (1992), Nr. 16/17 (1981)

FFGZ Stuttgart (Hg.): Brustkrebs. Informationen, Naturheilkunde, Homöopathie, Selbsthilfetipps. Bestellung: www.ffgzstuttgart.de (2000, 2005) S. 62-64

FRAUENSELBSTHILFE NACH KREBS (Abruf am 15.12.2009): www.frauenselbsthilfe.de/infomaterial/

Brustamputation – wie geht es weiter + Krebs und Sexualität

KIRSCHNING, SILKE: Brustkrebs. Der Diagnoseprozess und die laute Sprachlosigkeit der Medizin. Eine soziologische Untersuchung. Leske + Budrich (2001, vergriffen); pdf: www.kirschning-medizinsoziologie.de

MARTENS, HEIKE: Krebs und weibliche Sexualität. In: LACHESIS Nr. 30 (2002) S. 16-20

Copyright Foto © Silvia Mosen