

PSYKOLOGISKE FORHOLD VED BRYSTREKONSTRUKTION

Stephan Lang Jørgensen

Rekonstruktion af brystet, efter det er blevet amputeret pga. brystkræft, er en procedure flere og flere vælger. Artiklen gennemgår den psykosociale forskning på området. Det påpeges at der er usikkerhed om, hvad ønsket om brystrekonstruktion afspejler. I forsøg på at eliminere usikkerheden sammenholdes empirien med de teoretiske tiltag indenfor området. Da dette er uden succes, anskueliggøres det i stedet, at den psykoanalytiske teori og den eksistentielle/fænomenologiske teori begge kan redegøre for hvorfor mastektomerede kvinder søger brystrekonstruktion. Herved peges der på en måde til at mindske usikkerheden.

Brystkræft

Hvert år får over 3400 danske kvinder diagnosticeret brystkræft. Det svare til, at ca. hver 10 kvinde får brystkræft. Brystkræft rammer primært kvinder, kun omkring 32 mænd får det årligt. Uanset de mange millioner kroner, som verden over årligt bruges på at finde en effektiv behandling, er brystkræft fortsat den mest udbredte dødsårsag blandt midaldrene kvinder i de industrialiserede lande.

Efterhånden som behandlingen er forbedret er overlevelsen også blevet noget større. Kvinderne bliver diagnosticeret tidligere og er således også yngre end for bare 10 år siden. I dag lever mere end 68% af kvinderne, som får diagnosticeret brystkræft, i mere end 5 år.

Den primære behandling af brystkræft, har gennem hele dette århundrede været amputation af brystet.

Den psykosociale litteratur har siden de første undersøgelser i 50'erne, afsløret, at brystkræft er forbundet med en lang række psykosociale problemer, herunder signifikant stemningsforstyrrelser (Maguire 1978; Morris et al. 1977), forøget bevidsthed om tøj begrænsninger (Winkler 1977), negative ændringer i 'body image' (Christensen et al. 1981; Thomas 1978; Polivy 1977), forringet seksuel interesse og tilfredshed (Morris et

Stephan Lang Jørgensen er cand. psych. Tilknyttet rekonstruktions- og plastikkirurgisk afdeling, Rigshospitalet. Ph.d.-stipendiat ved Institut for Psykologi, København, Universitet.

al. 1977; Schain1982; Silberfarb et al. 1980; Christensen et al. 1981) og frygt for recidiv (Northouse1981). Disse problemer anses dels at være relateret til livstruslen og dels tabet af brystet.

Vanskelighederne relateret til brysttabet har været en vigtig faktor for udviklingen hen imod mere skånsomme kirurgiske indgreb, hvor kroppen skamferes i mindre grad. I ca. 1/3 af brystkræft tilfældene, kan man tilbyde brystbevarende operation – hvor man blot fjerner knuden og efterfølgende bestråler brystet (Elberg et al. 1995).

For de kvinder som ikke kan tilbydes brystbevarende operation og amputation af brystet er nødvendig, er brystrekonstruktion blevet en mulighed.

Brystrekonstruktion – et kirurgisk indgreb

Brystrekonstruktion indebære en eller flere af følgende operationer:

- Genskabelse af brystformen – enten med protese eller eget væv.
- Genskabelse af brystvorten – enten med tatovering eller eget væv.
- Korrektion af det andet bryst – for at skabe symmetri.

Ikke alle patienter ønsker eller behøver alle operationerne, og nogle af operationerne kan udføres samtidigt.

Der er to hovedprincipper man benytter ved rekonstruktionen:

1. indsættelse af en protese, oftest foregået/indledt med udvidelse af brysthuden, eller
2. anvendelse af eget væv til opbygning af brystet.

Ved førstnævnte indplanteres en ekspander under brystmusklen. Den tager ca. 1½ time. Patienten får derefter, i hver anden uge, de næste 2-4 måneder, fyldt væske i ekspanderen, således at brysthuden langsomt udvides til 1½ gang dets planlagte størrelse. Påfyldningen foregår ambulat og det er lidt forskelligt hvor smertefuldt det opleves. Efter 4-6 mdr., nogle gange længere tid, udskiftes ekspanderen i en ny operation med en blivende protese.

Det er efterhånden udviklet nye typer ekspandere, som også kan benyttes som blivende proteser. Herved kan man slippe for den ene operation.

Rekonstruktion med protese giver ofte et bryst med et mere ungt udseende – om jeg så må sige, et mere strittende bryst. Dette kan stå i modsætning til det tilbageværende bryst, som med alderen får en anden tyngde. Et ikke ualmindeligt problem ved denne type rekonstruktion er, at der dannes arvæv omkring protesen. Dette kan i værste tilfælde medføre, at brystet bliver hårdt og nødvendiggøre, at protesen udskiftes.

Ved den anden type operation benyttes patientens eget væv. Ofte tages hud og en muskel fra maven (tram-lap) eller fra ryggen ved armhulen (latissimus dorsi-lap).

Førstnævnte operation tager 6-7 timer. Det er en stor operation og især blodtilførelsen til lappen er vigtig – idet der er risiko for at det transplanterede væv dør. Efter operationen skal man ligge i sengen 3-4 dage, halv siddende med hofte og knæ bøjet for at aflaste sammensyningen på maven. Der tilrådes 4-6 uges sygemelding og der frarådes tunge løft i 6 uger.

En latissimus-lap tager lidt kortere tid at operere, og der anbefales 3-4 ugers efterfølgende sygemelding.

Ved begge operationer flyttes en muskel. Erfaringsmæssigt giver det ikke nævneværdige nedsættelse i muskelkraften, hverken mht. til at svinge armen eller mavebøjninger, men hvis man på nogle måder bruger disse muskler 'professionelt' tilrådes operationen ikke. Der er også større risici for brok ved operationen med tram-lap.

Brystrekonstruktion er en omfattende proces, som ofte forløber over et par år. Hertil kommer risici for komplikationer: betændelse, det transplanterede vævs død, gennembrud af protesens hud, allergiske reaktioner overfor protesens, som er lavet af silikone uanset hvad man fylder i den, osv. Endelig kan der mht. det kosmetiske resultat ikke gives garantier. Det rekonstruerede bryst kan side skævt eller for højt, have en forkert bue osv. Plastik & rekonstruktion afdelingens officielle succes-kriterium er, at man ikke kan se forskel på de to bryster, når kvinden bærer BH.

Hvorfor er der et ønske om rekonstruktion

Et af de første store temaer i den psykosociale forskning vedrørende rekonstruktion har været spørgsmålet om, hvorfor kvinder ønsker rekonstruktion. Dette er dels kommet til udtryk i en overordnet debat om kvaliteten af den mestring, som ønsket om rekonstruktion er udtryk for, og dels i en belysning af de konkrete motiver for ønsket om rekonstruktion.

Goldsmith & Alday (1971) mente således at ønsket om rekonstruktion kom fra kvinder, som havde vanskeligt ved at acceptere tabet af brystet. Kvinder som ikke søgte rekonstruktion, var bedre i stand til at acceptere skamferingen. Hos sidstnævnte fandtes den korrekte resignation og taknemmelighed over at overleve uden krav om yderligere rekonstruktion eller forbedret livskvalitet.

Størstedelen af forskningen har imidlertid anfægtet dette synspunkt og påpeget, at rekonstruktion er den eneste løsning på de vanskeligheder, vanseringen kontinuerligt skaber (Asken 1979; Daniel 1985; Schain 1992).

Det første empiriske forsøg på at undersøge problemstillingen blev udført af Clifford (1979) i en stor kvalitativ interview undersøgelse af 65 mastektomerede¹ kvinder, som enten var i gang med eller netop var blevet færdige med en sekundær² brystrekonstruktion. Interviewene belyste dels kvindernes reaktioner på cancer diagnosen, deres forsvars- eller mestrings-strategier på canceren, deres reaktioner på at miste brystet, oplevelsen af støtte fra ægtefællen og deres forventninger til rekonstruktionen og tilfredsheden med den. Clifford konkluderede på baggrund heraf, at kvinder, som søgte at »restituere« deres kirurgisk forandrede krop, *fremtrådte realitetsorienteret, og for flertallets vedkommende var der ikke tale om et forsøg på at løse indre problemer eller emotionel forvirring.*

Rowland & Holland (1989) fandt også i en undersøgelse af 150 mastektomerede kvinder, som søgte rekonstruktion, evidens for at ønsket om rekonstruktion afspejler en adaptiv mestringsform. Kvinderne som søgte rekonstruktion var *psykologisk sunde og yderst velfungerende* og på trods af en vis emotionel morbiditet relateret til canceren og tabet af brystet, var flertallets tilgang til rekonstruktionen præget af realistiske forventninger.

Undersøgelser af de konkrete grunde til ønsket om rekonstruktion er igen og igen kommet frem til de samme temaer (Schain 1991):

1. ønsket om at blive fri for den eksterne protese,
2. ønsket om at føle sig mere som sit tidligere selv og mere som andre kvinder,
3. behovet for at blive mindre begrænset i deres valg af tøj og klæder,
4. ønsket om at føle sig mindre hæmmet seksuelt og selvbevidst³,
5. længselen efter at blive gjort mindre opmærksom på grunden til, at de havde mistet brystet, hvilket var den underliggende trussel om cancer.

1. Mastektomi er den faglige term for behandlingen: amputation af brystet.

2. Brystrekonstruktion kan finde sted umiddelbart i forlængelse af amputationen af brystet eller på et senere tidspunkt. Førstnævnte betegnes primær brystrekonstruktion og det sidstnævnte sekundær brystrekonstruktion.

3. Amputation af brystet medvirker ofte til en pinefuld selvbevidsthed om det at mangle brystet.

Motivationen for rekonstruktion er tæt relateret til at mangle brystet. Clifford (1979) som undersøgte det samme forhold ved at spørge til patienternes forventninger fandt, at de dominerende temaer for kvindernes forventninger var:

1. at blive restitueret,
2. lettelse af tøj og protese problemer,
3. at blive mindre selvbevidste eller flove;

Og at kun enkelte kvinder nævnte forhold som:

4. at forbedre udseendet,
5. at forbedre ægteskabet,
6. at ændre livsstil.

En tredje måde at belyse motivationen for rekonstruktion har været at sammenligne patienter, som søgte rekonstruktion med patienter, som ikke søgte rekonstruktion. Herved åbnes op for en nærmere belysning af de forhold, som er medbestemmende for eller danner baggrund for ønsket om rekonstruktion.

Goldberg (1984) fandt således, i en mindre spørgeskema undersøgelse af 30 mastektomerede kvinder, hvoraf 15 søgte sekundær brystrekonstruktion, og 15 ikke søgte rekonstruktion, at dem som søgte rekonstruktion oplevede mastektomien *som et alvorligere slag mod deres selvværd, og at de var mindre tilfredse med en del af dem selv og mere deprimerede og pessimistiske.*

På trods af at man i undersøgelsen finder, at de patienter, som ikke søgte rekonstruktion, havde et bedre socialt netværk, skønnes det, at forskellen kan henføres til, at kvinderne som søgte rekonstruktion, postmastektomi havde haft flere følelser investeret i brystet.

Sidstnævnte, som er en almindelig antagelse, finder ikke empirisk støtte i en omfattende delvis prospektiv »case-control« undersøgelse af Daniel (1985). Hun matchede en gruppe patienter, som søgte sekundær rekonstruktion, på alder og tidsinterval siden mastektomien, med en gruppe mastektomerede kvinder som ikke søger rekonstruktion. Begge grupper vægter retrospektivt brystet i samme omfang. Til gengæld var de patienter, som søgte rekonstruktion, signifikant *mere utilfredse med deres bryster og mere bekymrede over deres seksuelle attraktivitet.* Da disse forhold ikke var relateret til vanskeligheder i kærlighedslivet eller det seksuelle forhold og ej heller til vægtningen af brystet, forslår Daniel, at de skyldes *en større grad af sensitivitet.*

Rowland finder ved en sammenligning af 117 patienter som søgte sekundær brystrekonstruktion og 56 som ikke søgte rekonstruktion, at der retrospektivt ikke var forskel i deres tilfredshed med brystet eller i den generelle følelse af attraktivitet før mastektomien, men dem som ikke

søgte rekonstruktion oplevede brysterne som vigtigere for deres seksuelle forhold. Herudover rapporterede kvinderne, som ikke søgte rekonstruktion, at deres ægtefæller havde lettere ved at se på og røre ved mastektomi-stedet end partnerne til de rekonstruerede kvinder.

Daniel (1984) fandt desuden, at selvom kvinderne der ønskede rekonstruktion var *mere bevidste om at de bar protease*, lå tilfredsheden med protezen på samme niveau i de patient-grupper.

Daniel belyste endvidere 3 stress-medierende forhold: oplevelsen af kontrol, social støtte og graden af selvværd. Oplevelsen af kontrol og fatalisme var ens for de to grupper. Men patienterne som søgte rekonstruktion rapporterede på linje med Goldenbergs undersøgelse, *at de havde færre betydningsfulde personer i deres liv, men også at deres selvværd var større*, om end forskellen ikke var signifikant.

Det større selvværd kan umiddelbart virke forbavsende, og står i kontrast til Goldenbergs fund om, at de rekonstruerede kvinder oplevede mastektomien som et alvorligere slag mod deres selvværd.

Rowland (1993) har foreslået, at det høje selvværd er udtryk for en forsvarsreaktion. Rowland fandt i en undersøgelse af 83 mastektomerede kvinder, at selvværdet faldt efter brystrekonstruktionen. Ud fra at samme gruppe kvinder rapporterede om forbedret velfærd og funktionsniveau, foreslår Rowland, at det høje selvværd inden rekonstruktionen er kunstigt højt og faldet er en tilbagevenden til det »normale« niveau: »Smerten fra den narcissistiske skade, kroppen og selvet led ved brystkræften, fik disse kvinder til at fornægte andre områder af utilstrækkelighed. Lavere selvværds-score kan afspejle reducere af et rigtigt forsvar« (Rowland 1993).

En større selvtillid kan desuden være medvirkende til at give patienten en oplevelse af betydningsfuldhed og en følelse af ret til at få afhjulpet et ubehag og rettet op på nogle forhold, som giver en følelse af fysisk brist (Schain 1991).

Daniel foreslår at forskellene mellem dem, som søger rekonstruktion og dem som ikke søger rekonstruktion, findes i deres 'body image'. Hun foreslår en skelnen mellem et »offentligt« kropsbillede og et personligt kropsbillede, idet hun i sin undersøgelse fandt en tendens til, at kvinder som søgte rekonstruktion værdsatte et personligt kropsideal uafhængigt af andres opfattelse af deres udseende og at kvinder, som ikke søgte rekonstruktion favoriserede et offentlig kropsbillede, hvor vægten lå på hvordan kroppen fremtrådte for andre.

Endelig fandt Daniel i den kvalitative del af sin undersøgelse, at kvinderne som ikke søgte rekonstruktion, var mere optaget af recidiv og død, og at deres mestringsstrategier over for disse temaer var uden succes.

Opsummering

Kvinder, som søger rekonstruktion, er velfungerende og psykologisk sunde. Deres ønske om rekonstruktion afspejler for flertallets vedkom-

mende ikke indre problemer eller emotionel forvirring. Motiverne for at søge rekonstruktion er tæt relateret til vanskelighederne ved at mangle et bryst. Der er uenighed om, hvorvidt kvinderne som søger rekonstruktion, i større grad oplever mastektomien som et slag mod deres selvværd, og om de er mere påvirkede af mastektomien og præcist på hvilken måde. Der er ligeledes uenighed, om hvorvidt de som søger rekonstruktion, er mere utilfredse med protesen. Det ser ud til, at støtten fra andre har en betydning for, om der ønskes rekonstruktion. Endeligt foreslås det, at den dybere baggrund for ønsket om rekonstruktion skal findes i dimensionen 'body image'.

Grunde til ikke at søge rekonstruktion

Ud fra en formodning om, at mastektomi medfører et negativt kropsbillede, er man efterhånden begyndt at undres over, hvorfor ikke alle kvinder som har mistet brystet, vælger at få det genopbygget, hvis der er muligheden foreliggende.

Handel (1990), som var en af de første, der undersøgte dette, fandt i en undersøgelse af 158 mastektomerede patienter, hvoraf 87 ikke havde gennemgået rekonstruktion og 71 havde gennemgået rekonstruktion, *at kvinderne, som var rekonstruerede, var yngre*. Desuden rapporterede 40% af dem, som ikke valgte rekonstruktion i modsætning til 23% af dem, som valgte rekonstruktion, at alderen var vigtig for beslutningen.

Flere undersøgelser viser, at mastektomerede kvinderne, som er rekonstruerede, er yngre end dem, som ikke er rekonstruerede (Reaby 1990; Rowland 1995). Dette tyder på, at yngre kvinder oftere søger rekonstruktion og måske også oftere får den tilbudt (Rowland 1995). En forklaring herpå har været forestillingen om, at ældre i større grad sætter deres lid til et »indre liv« og at følelsen af indre værd i højere grad er kilde til deres selvværd, end et ydre observerbar sæt af fysiske ynder (Sorrentino et al. 1988)

Der er imidlertid en vis variation i alderen hos dem, som søger rekonstruktion, hvilket indikerer, at restituering af brystet kan være ligeså vigtigt for ældre kvinder som yngre (Rowland 1995).

Andre har peget på, at ældre kvinder måske i højere grad behøver tilfaldelse til eller accept af ønsket om brystrekonstruktion og i ikke at føle sig flove over, at brysterne stadig er vigtige for dem – seksuelt og/eller æstetisk (Schain, Jacobs & Wellisch 1984).

Bekymringer over komplikationer og usikkerhed ved rekonstruktionsresultatet var større hos dem, som ikke søgte rekonstruktion, end dem som søgte. Selvom 22% af kvinderne havde kendskab til personer med dårlige erfaringer ved rekonstruktion, relaterede dette sig ikke til beslutningen (Handel 1990).

Schain, Jacobs & Wellisch (1984) har ud fra deres kliniske erfaringer peget på, at frygten, smerten og ubehaget associeret med helbredelse efter canceren for mange kvinder, er meget omfattende, og de er forbeholdne over for frivilligt at udsætte sig for hospitalisering, anæstesi, postoperativ rekonvalescens og risikoen for komplikationer eller mislykket resultat.

I modsætning til ovenstående fandt Andersons (1994) i en undersøgelse af 36 mastektomerede kvinder, som fik foretaget rekonstruktion og 34 mastektomerede kvinder, som ikke ønskede rekonstruktion, at kvinder, som bestemmer sig for rekonstruktion, deler de samme bekymringer omkring komplikationer som kvinder, der ikke ønskede rekonstruktion. 8 ud af 10 i begge grupper udtrykte moderat bekymring for komplikationer og ubehag. For dem som gennemgik rekonstruktion, *overskyggede det motiverende aspekt* tilsyneladende bekymringerne ved kirurgien. Endvidere viste det sig, at kvinderne i begge grupper var opmærksomme på, hvorvidt de kunne passe og ikklæde sig bestemte stykker tøj. Dog følte kvinder, som ikke gennemgik rekonstruktion, at den *udvendige protese levede op til deres behov*. Både rekonstruerede og mastektomerede kvinder rapporterede, at ægtefælles eller kærestes mening og forventninger var relative uvæsentlige for deres behandlingsbeslutning. Men de rekonstruerede kvinder, som *værdsatte karriere og den romantiske side af livet*, udtrykte større tilfredshed med deres valg.

Handel (1990) fandt også, at bekymringer om, at rekonstruktion skulle *øge risikoen for brystcancer*, var større hos dem som ikke søgte rekonstruktion end hos dem, som søgte. »Mange patienter relaterer deres modstand mod brystrekonstruktion til frygten for cancer. Ingen er i stand til at fortælle dem, hvad som forårsagede canceren i første omgang, og denne usikkerhed genererer stærke følelser af sårbarhed, som leder til angstprovokerende spekulationer. At rode i brystet eller med kroppen kan blive en 'potentiel' grund, og den må undgås. Mange kvinder er specifikt bange for, at implantatet (et fremmedlegeme i kroppen) på en eller anden måde skal medvirke til udviklingen af recidiv. Andre kan acceptere implantatet for at få genopbygget det mistede bryst men afviser operation af det raske bryst, der har til hensigt at danne symmetri, fordi de er bange for, at forstyrrelser skal lede til cancer eller bare udfordre skæbnen« (Schain, Jacobs, Wellisch 1984, s. 240). Frygten for recidiv kan også komme til udtryk i en fatalistisk attitude som: 'hvad nytter det, jeg får nok alligevel cancer bagefter' Schain, Jacobs, Wellisch 1984).

Handel (1990) fandt ikke, at ægteskabsstatus og forsikrings forhold var signifikant relateret til ønsket om rekonstruktion.

I en af de seneste undersøgelser af Rowland (1994) sammenlignes 151 kvinder, som søger og gennemfører en brystrekonstruktion, med 6 kvinder, som søger rekonstruktion, men falder fra og 56 mastektomerede kvinder, som ikke søger rekonstruktion. De kvinder som søgte rekonstruktion og sprang fra var ofte fysisk, psykisk og socialt ringere kandi-

dater. Dvs. at plastikkirurgen vurderer dem som svært operable patienter, og de havde flere psykologiske og sociale problemer både før og efter mastektomien; og herudover havde de mindre social støtte.

Kvinder, som ikke søgte rekonstruktion, tillagde deres bryster større vigtighed end de kvinder, som søgte rekonstruktion. Desuden rapporterede de ikke rekonstruerede kvinder, at deres ægtefæller havde lettere ved se på og røre ved mastektomistedet end partnerne til de rekonstruerede kvinder.

Rowland foreslår to fortolkninger af dette resultat. For det første, at det er en vigtig faktor for beslutningen om at få rekonstruktion, om partneren er komfortabel med mastektomistedet. Det kan kompensere for brystets betydning i deres seksuelle forhold. For det andet, kan det at tillægge brystet større betydning gøre nogle kvinder mere tilbageholdende med at erstatte det mistede (naturlige bryst) med et implantat eller at ændre det tilbageblevne bryst af kosmetiske grunde.

Schain, Jacobs og Wellisch (1984) har peget på, at den primære grund til beslutningen om at søge rekonstruktion er, hvordan kvinden oplever mastektomien, og om hun formoder at rekonstruktionen vil forhindre eller genere hendes fremtidige virke. Ikke alle kvinder føler, at rekonstruktion er nødvendig. Genopbygning af brystet er ikke essentielt for disse kvinders fysiske eller psykiske velfærd, og den ekstra operation kan kun ændre deres liv minimalt.

Reaby (1998) fandt i undersøgelsen af 64 mastektomerede kvinder som ikke var rekonstruerede, og 31 som var rekonstruerede, at 88% af dem, som ikke var rekonstruerede, bekræfter at rekonstruktion ikke var essentiel for deres fysiske velfærd. 86% giver ligeledes udtryk for at rekonstruktion ikke var essentiel for deres emotionelle velfærd. Men kun 8% af samme gruppe angiver, da de redegør for hovedårsagen til ikke at få rekonstruktion, at den ikke er nødvendig for fysisk og emotionel velfærd. De primære hovedårsager er frygt for komplikation (25%) og at være for gammel (22%).

Endelig oplever nogle patienter en konflikt mellem det at have overlevet canceren og deres ønske om få brystet rekonstrueret (Schain, Jacobs, Wellisch 1984). Brystrekonstruktion kan opleves som en særdeles selvcentreret operation – som forfængelighed, et behov man burde være foruden, når man har fået den gave, det er at overleve. Det kan således opleves skamløst og utaknemmeligt både at ville have et langt liv og symmetri. Kvinder, der har det på denne måde, er tilbageholdende med at bede om at få deres fysiske udseende restitueret under eller efter, de er blevet kureret for kræften.

Flere forskere (Schain 1991; Daniel 1985; Spicer 1995) har peget på, at nogle kvinders modstand mod rekonstruktionen skyldes en modstand mod at leve op til et kulturelt pres på kvinder om et idealiseret billede af skønhed og seksuel attraktivitet – som er centreret om store bryster.

Opsummering

Det er både blevet påpeget, at beslutningen om at søge rekonstruktion afhænger af hvordan mastektomien opleves, af anskuelsen af dens konsekvenser, og af forhold som frygt for komplikationer og usikkerhed med hensyn til det kosmetiske resultat og frygt for øget risiko for brystcancer. Der er nogen usikkerhed om, hvorvidt bekymringer over komplikationer alene karakteriserer dem, som ikke søger rekonstruktion.

Dem som ikke får foretaget rekonstruktion er generelt ældre end dem som bliver opereret, men der er usikkerhed om betydningen heraf: Får yngre kvinder oftere end ældre tilbudt rekonstruktion? Har ældre mindre behov for rekonstruktion, fordi deres selvværd i højere grad baseres på indre forhold? Er forestillinger relateret til alderen en hindring for ældre kvinder i at søge rekonstruktion?

De kvinder, som søger rekonstruktion og springer fra igen, er mere sårbare både somatisk, psykisk og socialt. Kvinder, som ikke søgte rekonstruktion, tillagde deres bryster større vigtighed, og deres ægtefæller havde lettere ved at se på og røre ved mastektomi-stedet. Endelig forhindres nogle i at søge rekonstruktion dels pga. forestillinger om, at ønsket om rekonstruktion er ensbetydende med manglende taknemmelighed over at overleve brystkræften, og dels fordi de antager, at det er udtryk for, at de ligger under for mandsdominerede tanke og værdinormer.

Interaktionen med andre

De fleste kvinder erklærer, at deres ønske om rekonstruktion fuldstændigt er deres eget og intet har at gøre med deres ægtefælle (Clifford 1979; Schain 1992; Daniel 1985).

Det er dog klart, at ægtefællens reaktioner siden mastektomien påvirker kvindernes syn på sig selv og derfor hendes interesse for brystrekonstruktion.

Ægtefællens synspunkter og tanker vedr. rekonstruktion er ikke undersøgt systematisk, men der eksisterer dog et par undersøgelser, som har berørt temaet. Clifford (1979) belyser problemstillingen ved at undersøge rekonstruerede kvinders oplevelse af ægtefællernes reaktioner på kræften og mastektomien. Størstedelen, (53,5%) af ægtefællerne blev opfattet som støttende. Dvs. de bakkede op om hustruen, de udtrykte positiv bekymring for hende, og de var der, når der var brug for dem. 24,5% af ægtefællerne blev ikke anset for støttende. De blev opfattet som ikke-kommunikerende, mere bekymret over egen frygt og ude af stand til at tilbyde den emotionelle støtte, hustruen følte hun behøvede. I 22% af tilfældene kunne karakteren af støtten ikke bestemmes.

Dette resultat står i nogen modsætning til de undersøgelser, som Schain, Jacobs, Wellisch (1984) refererer, hvor størstedelen af ægtefællerne beskrives som ambivalente overfor rekonstruktionen.

Herudover var et mindretal negative og fordømmende overfor hustruens ønske om rekonstruktion; og 1/3 var lidt eller moderat imod rekonstruktionen. Det var sjældent, at ægtefællen var direkte opmuntrende, men nogle var støttende overfor kvindernes ønske om rekonstruktion.

Støtten fra ægtefællen til rekonstruktion kan både være affødt af, at ægtefællen bliver frastødt af lemlæstelsen og ikke kan udholde at se på den fysiske forandring, eller den kan være en afspejling af en empati for hustruens lidelser og håb om, at fremtiden kan blive bedre med rekonstruktionen. Sidstnævnte reaktioner findes angiveligt oftere i par, hvor der ikke er behov for at undertrykke eller fortrænge følelser omkring brysttabet eller cancertruslen (Schain, Jacobs, Wellisch 1984). Åbenheden giver grobund for diskussion af rekonstruktion, idet ingen af parterne behøver skjule deres følelser for at beskytte hinanden.

Modstanden mod rekonstruktion ses ofte sammen med en ærlige bekymring for hustruens velfærd og et ønske om, at hustruen ikke skulle gennemgå flere operationer, som ægtefællen forestillede sig, måtte opleves som endnu et angreb eller byrde for hustruen (Schain, Jacobs, Wellisch 1984).

De ambivalente ægtefæller varierer i villighed eller evne til at forstå deres hustrus følelser. Mange forstår ikke deres hustrus motiv, men ønsker helhjertet, at hustruen gør det, som er godt for hende. Patienter til denne type ægtefæller føler sig rimeligt frie, om end noget alene i deres beslutning om at gå videre med operationen (Schain, Jacobs, Wellisch 1984).

Den gruppe mandlige partnere, som er så optaget af deres egne reaktioner og frygt, at de ikke rigtig er i stand til at lytte til deres hustru, opfattes også på forskellige måder. Nogle hustruer opfatter dem som bekymrede for deres velfærd og reagerede med beroligelse, samtidig med at de har svære ved at holde fast i deres ønske om rekonstruktion. Andre hustruer betragter det som en meget selvoptaget attitude, som de er afvisende overfor. (Schain, Jacobs, Wellisch 1984).

Schain, Jacobs, Wellisch (1984) beskriver foruden det åbne gensidige parforhold, at man i nogle par er uvillige til at tale med hinanden om ens frygt, angst, skuffelser og ærlige reaktioner på temaer som cancer eller tab af signifikant kropsdel. Derfor konverteres åben udveksling af følelser og behov om til nonverbale reaktioner i stedet. Undgåelse og distraherende adfærd tager pladsen fra den ærlige samtale (Schain, Jacobs, Wellisch 1984).

Dean (1983) fandt i en randomiseret undersøgelse af 64 kvinder med brystkræft, der enten blev behandlet med primær brystrekonstruktion eller mastektomi, at kvinder i et ulykkeligt ægteskab, som fik primær rekonstruktion, havde formindsket forekomst af psykopatologi 3 måneder efter operationen. Dette udjævnedes noget efter 12 måneder, selvom forekomsten af psykopatologiske hændelser fortsat var højere for mastektomede kvinder.

Foruden at tilkendegive noget om behandlingens betydning kan fundet tyde på, at kvaliteten af ægteskabet har betydning for brystkræft patientens oplevelse af brystkræften og dens behandling, især når behandlingen er mere skamferende.

Schain, Jacobs, Wellisch (1984) har peget på, at ønsket om rekonstruktion kan stimuleres af, at patienten opfatter forandringer i den fysiske, følelsesmæssige eller seksuelle kontakt. Forandringen kan tolkes som ægtefællens uvilje, frygt eller ligefrem afvisning af hende. Det kan være forvirrende verbalt at blive forsikret om »at man stadigvæk er den samme person, hvilket er det eneste som betyder noget« og nonverbale meddelelser om, at brysttabet betyder en stor del (Schain, Jacobs, Wellisch 1984).

Der er her en parallel til forældre til børn med deformiteter, hvor forældrenes *kærlighed* til børnene, deres *lydhørhed* overfor børnene, når de kommer hjem med oplevelser af at blive drillet og moppet pga. deformiteten, og deres evne til at *fokuserer på andre kvaliteter* ved barnet, gør det muligt for barnet at elske og respektere sig selv. Således er ægtefællen eller andre nærtstående af væsentlig betydning for helingsprocessen. Også selvom disse kvinder er voksne og ikke fuldstændig afhængige af andre.

Enlige, enker og fraskilte kvinder må i sagens natur undvære denne potentielle støtte fra en partner. Yderligere må hun hver gang, hun møder en ny partner eller begynder en seksuel relation, slås med angst og usikkerhed om hvorvidt, hun bliver accepteret med sit kræft-mærkat og sin skamfering.

Opsummering

Der er enighed om, at ønsket om rekonstruktion afspejler et indre ønske hos kvinderne. Der er beskrevet forskellige indstillinger hos ægtefællerne og der er uenighed om, hvorvidt flertallet af ægtefæller er støttende eller ambivalente. To forskellige former for parforhold skitseres: et åbent gensidigt forhold og et hvor man er uvillig til at tale åbent med hinanden. Førstnævnte kan føre til en oplevelse af støtte, og sidstnævnte kan føre til at usagte følelser konverteres til undgåelser.

Det foreslås, at ønsket om rekonstruktion kan tilskyndes af forandringer i den fysiske, følelsesmæssige eller seksuelle kontakt. Behandlingen mastektomi medvirker til mere psykopatologi i ulykkelige ægteskaber end primær brystrekonstruktion.

Timingens betydning

Efterhånden som brystrekonstruktions teknikkerne er blevet forbedrede, og rekonstruktion umiddelbart i forlængelse af amputationen (primær brystrekonstruktion) er blevet en mere almindelig procedure, har dette rejst nogle nye problemstillinger, heriblandt hvilket tidspunkt der er det

mest optimale for rekonstruktion (Rosato 1980, Dowden 1979).

Snyderman and Guthrie (1971) pegede allerede i 1971 på, at kendskab til og planlægning af sekundær brystrekonstruktion allerede inden mastektomien kan lette mestringen af mastektomiens følgevirkninger. Goin (1981) fandt på linje hermed i en undersøgelse af psykologiske reaktioner ved profylaktisk mastektomi hos en mindre gruppe kvinder, der allerede havde gennemgået en mastektomi og rekonstruktion, at de fleste af undersøgelsespersonerne rapporterede om lindring af den emotionelle smerte ved bevidstheden om, at der kunne laves primær brystrekonstruktion.

Det er blevet overvejet, hvorvidt primær brystrekonstruktion gør det vanskeligere for patienterne at værdsætte rekonstruktionen, da de ikke har oplevet at skulle leve med deformiteten ved mastektomien (Teimourian 1982). Empiriske undersøgelser af patienter, som har fået primær brystrekonstruktion eller sekundær brystrekonstruktion, har imidlertid vist, at der er stor tilfredshed med rekonstruktionen i begge grupper (Steven 1984; Wellisch 1985).

Stevens (1984) undersøgte retrospektivt to grupper kvinder som var blevet rekonstruerede: 13 havde fået primær brystrekonstruktion og 12 havde fået sekundær brystrekonstruktion. Hun fandt, at kvinderne, der havde fået primær brystrekonstruktion, havde færre depressive symptomer og seksuelle vanskeligheder. De undgår tillige forandringer i kvindeligheden, selvfølelsen, kropsbilledet og følelsen af at være attraktiv.

Tilfredsheden med det kosmetiske resultat var tilstede, uanset om der var tale om primær eller sekundær brystrekonstruktion, dog var det rekonstruerede bryst tilsyneladende mere integreret i kropsbilledet ved primær rekonstruktion. Det primært rekonstruerede bryst oplevedes i højere grad som en »restaurering«, end et substitut for brystet (Stevens 1984). Patienter som får primær brystrekonstruktion eller er rekonstruerede kort efter mastektomien, udtrykker færre traumatiske oplevelser associeret med mastektomien og genkalder sig smerten ved den indledende kræftoperation mindre intenst (Schain 1985).

Noone (1982) fandt i en struktureret interview undersøgelse i lighed hermed, at 25 ud af 28 patienter var sikre på, at primær brystrekonstruktion hjalp dem med at mestre det følelsesmæssige aspekt af mastektomioplevelsen.

Berger & Bostwick (1994) derimod fandt fra interviews med 14 kvinder, som havde fået sekundær brystrekonstruktion, at nogle følte, at venteperioden var nødvendig for at give dem plads til at »mestre deres kræft, få deres emotionelle verden i orden og adskille de negative kræftoplevelser fra den mere positive rekonstruktion« (p.210). Yderligere følte disse kvinder, at venteperioden gav dem mere tid til at sætte sig ind i potentialer og begrænsninger ved rekonstruktions kirurgi og de derfor havde mere realistiske forventninger til, hvad rekonstruktionen kunne udrette (Berger & Bostwick 1994).

Forsinkelse af rekonstruktionen giver mulighed for evaluering af beslutningen om at få genopbygget brystet. Desuden kan ventetiden give kvinder, som har været igennem efterbehandling (kemoterapi, stråleterapi), tid til at komme sig.

I forbindelse med fremkomsten af primær brystrekonstruktion er bl.a. spørgsmålet om denne behandlings indvirkning på efterforløbet blevet rejst, specielt hvorvidt den påvirker sorgprocessen relateret til det mistede bryst. Stevens (1984) finder ikke, at primær brystrekonstruktion påvirker sorg og tilpasningsprocessen ved at miste et bryst. Sorgen begynder allerede inden operationen med forventningen om tabet. Uanset timingen (primær versus sekundær brystrekonstruktion) er der stor tilfredshed, men brystet ved primær brystrekonstruktion er mere integreret i kropsbilledet.

Opsummering

Kendskab til og planlægning af sekundær brystrekonstruktion allerede inden mastektomien kan lette mestringen af mastektomiens følgevirkninger, og nogle patienter er glade for en venteperiode, som giver dem rum til at mestre brystkræften og mulighed for at indstille sig på rekonstruktionen. Andre patienter rapporterer om at brystrekonstruktion i umiddelbar forlængelse af mastektomien, hjalp dem med at mestre det følelsesmæssige aspekt af mastektomi-oplevelsen.

Der er stor tilfredshed med begge former for rekonstruktion – primær såvel som sekundær. Men ved primær brystrekonstruktion undgås forandringer i kvindeligheden, selvfølelsen, kropsbilledet og følelsen af at være attraktiv.

Diskussion

Som det fremgår af gennemgangen af de sidste 20 års psykosociale forskning vedrørende brystrekonstruktion, har der fra begyndelsen været usikkerhed om, hvad ønsket om brystrekonstruktion afspejlede. Først blev diskussionen ført på et generelt niveau om, hvorvidt brystrekonstruktion var udtryk for adaptiv mestring eller mangel på samme. Siden hen er problemstillingen belyst empirisk dels ved redegørelse for de rekonstruerede kvinders konkrete motiver og dels med konklusioner som; »at ønsket relaterer sig til at mangle brystet«; »at ønsket ikke afspejler emotionel forvirring«; »at kvinderne som søger er velfungerende og ikke psykopatologiske«; »at det er kvindernes eget ønske«.

På trods af den generelle konsensus i forskningens redegørelser, virker omgivelserne og det øvrige behandlingssystem fortsat usikre på hvad ønsket afspejler. Usikkerheden kan naturligvis skyldes manglende kendskab til forskningen, eller den kan skyldes en utilfredsstillende besvarelse.

Besvarelsen kan i et kritisk perspektiv virke noget usammenhængende, og dersom der sættes fokus på motiverne for rekonstruktion, må det undre, om 'et ønske om at blive fri for den eksterne protese' forklarer, at man går i gang med en så omfattende proces og indgreb, som rekonstruktion i realiteten er. Hvad er det for psykodynamiske forhold udsagnene afspejler? Er udsagn som: 'længsel efter at blive mindre optaget af grunden til, at man mistede brystet' og 'et ønske om at føle sig mere som sit tidligere selv og mere som andre kvinder' ikke af meget forskellig karakter?

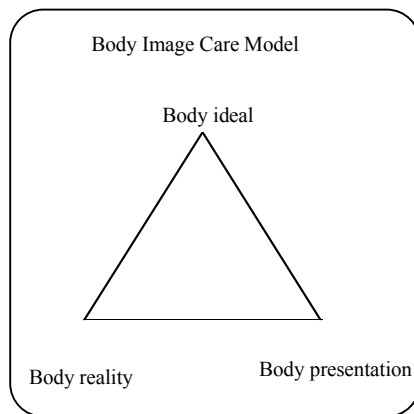
En måde at afklare usikkerheden om, hvad ønsket om brystrekonstruktion afspejler, er at forholde empirien til teorien. I det følgende vil der sættes fokus på de teoretiske overvejelser, der findes indenfor forskningen. Teoriener vil blive holdt op imod den fremlagte empiri samt nogle resultater fra en undersøgelse jeg forestod i 1996.

Den teori som oftest nævnes er, at ønsket afspejler den betydning brystet tillagdes inden mastektomien. På trods af hypotesens indbydende logik er der ikke fundet empirisk evidens herfor (Daniel 1985).

En anden teoretisk hypotese er fremsat af Daniel, som er en af de få forskere på området, der har relateret sine resultater til teoretiske overvejelser. Daniel foreslår, at dem som søger rekonstruktion i modsætning til dem, som ikke søger, har et 'personligt' kropsbillede. Dvs. at de lægger mere vægt på at leve op til deres ideal kropsbillede end, hvorvidt de kan fremtræde 'normalt' overfor andre.

Price (1990), en af de nyere forskere, som har beskæftiget sig med begrebet 'body image' i relation til somatisk syge patienter, foreslår en model, hvor individets kropsopfattelse er en integreret del af personligheden, og hvor dette indre billede forandres i relation til sygdom. I en model han kalder 'The-body-image-care-model', beskriver han, hvordan kropsopfattelsen kan forstås ud fra 3 dimensioner: krops realitet – som er en fysisk, biologisk og »objektiv« beskrivelse af, hvordan personen ser ud, krops ideal – det indre billede personen skaber af sig selv om, hvordan vedkommende gerne vil se ud, og endelig krops præsentation. En dimension som nærmest kan oversættes med personens sociale jeg: hvordan personen opfattes af andre mht. væremåde, tøjstil og gestikulation.

Figur 1

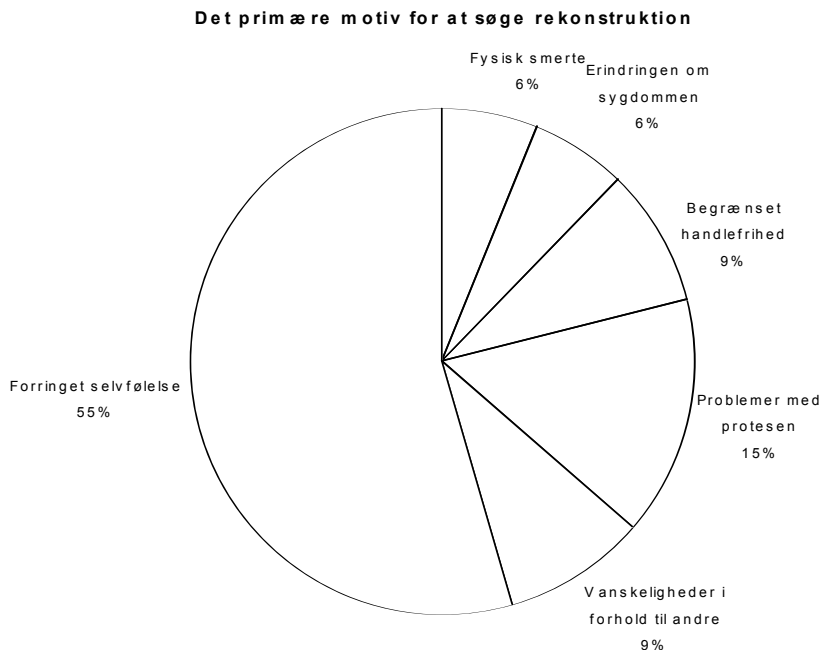


Mennesket forsøger at opretholde en balance mellem disse tre komponenter. Når et 'body image' komponent ændres, tilpasses de to andre komponenter, såvel som den ændrede komponent.

Det Daniel peger på er altså, at dem som søger rekonstruktion har problemer med en forandrings-problematik mellem kropsrealitet og kropsideal, mens de, som ikke søger rekonstruktion, vægter, at de ved at benytte protese kan fremtræde uforandret overfor andre.

Jeg foretog i 1996 en undersøgelse af hvorvidt danske forhold stemte overens med udenlandske resultater, og her blev motivationen for rekonstruktion også belyst. I undersøgelsen indgik der 33 mastektomerede kvinder, som var i gang med en brystrekonstruktion. Undersøgelsen foregik på Rigshospitalet og bestod dels af forskellige spørgeskemaer og dels af et semistruktureret interview. I interviewet blev patienterne bedt om at fortælle om hændelsesforløbet, da de fik brystkræft, og hvorfor de havde søgt rekonstruktion. Indimellem angav patienterne flere motiver, til andre tider kun et enkelt. Figur 2 gengiver patienternes primære motiv for at søge rekonstruktion..

Figur 2



55% oplevede i forskellig grad, at deres selvfølelse eller selvbillede blev forringet eller truet af det manglende bryst. Nogle følte at de ikke var hele, andre følte sig grimme og ulækkere og blev frastødt af deres egen krop. Mange nævnte at deres kvindelighed var forringet, at de følte sig som halvpige/halvdreng. Nogle havde svært ved at konfronteres med det manglende bryst. De undgik at se det manglende bryst i spejlet, eller gik i bad i mørke.

Det varierede, hvor vanskeligt det manglende bryst oplevedes. Nogle sloges »blot« med en følelse af at være anderledes end andre kvinder, med at være handicappede eller ikke normale, andre var ophørt med at tage sydpå i ferierne, siden de mistede brystet.

9% gav udtryk for, at de *ikke* syntes, det manglende bryst var grimt eller påvirkede deres selvfølelse. I stedet beskrev de, at det påvirkede deres relation til andre – nogle gange nære personer, andre gange mere fjerne. Oftest var der tale om mindre ændringer og ikke deciderede brud af relationer. Ændringer i holdning og i oplevelsen af andres holdning til dem. Nogle fortalte, at de vendte den pæne side til ægtefællen, når de tog tøjet af, eller at de var bange for at skræmme eller frastøde andre mennesker med deres manglende bryst.

Brystkræftpatienter konfronteres efter mastektomien med en række nye livssituationer. De må afgøre med sig selv, hvordan de skal håndtere situationen i hjemmet i forhold til mand, børn og børnebørn, i omklædningsrummet eller på stranden. De skal mestre andre menneskers sympati, aggression, afsky, frygt eller støtte. Nogle kvinder føler i øvrigt andres sympati ligeså trættende som deres frygt.

Det er usikkert, hvilket flere patienter også nævner, i hvilken grad disse reaktioner dækker over en introjektion af sociale normer og/eller en projektion af kvindernes forestillinger. Det interessante ved denne gruppe patienter er, at de formår at beskytte selvfølelsen – selvobjektet, og begrænse »skaden« til objekt-relationerne. Og for at beskytte disse, gør de et 'stort arbejde' mht. at kamouflere det manglende bryst og undgå eksponering.

15% gav udtryk for, at ønsket om rekonstruktion primært var motiveret af vanskeligheder med protesen. Protesen forrykker sig, og den tabes. Desuden var der i første halvdel af halvfemserne en selvklæbende protese på markedet, som benyttede et princip med velcrotape på brystvæggen. Flere patienter nævnte problemer med allergiske reaktion på den lim, som benyttedes til velcrotapen, andre beskrev hvordan de om sommeren vågnede op fuldstændig sammenklistret pga. varmen, og andre talte om det ulidelige 'krats' det gav, når brystet skulle af eller lugten af rensbenzin, når limen skulle fjernes.

Flere forskere har i øvrigt peget på, at den udvendige protese kun sjældent bliver en del af kvindens 'body image'. For nogle bliver den efter den første lettelse over, at det manglende bryst kan kamoufleres, et uintergreret objekt som er kilde til utryghed og irritation.

9% angav den primære årsag til ønsket om rekonstruktion til at være oplevelsen af begrænsninger. Det ikke længere at kunne gå i nedringede kjoler, sexet undertøj, det ikke at kunne gå i svømmehallen, i saunaer, klæde om med andre, gå med top på stranden.

Det var kun en meget begrænset gruppe, 6%, hvor ønsket om rekonstruktion direkte var relateret til mindet om kræften. Et påtrængende ubehageligt minde de ønskede at undslippe.

En anden mindre gruppe patienter, 6%, sloges primært med fysiske smerte. Dersom forskellen mellem det tilbageblevne bryst og den modsatte side er stor, kan tyngdeforskellen skabe skulder og ledproblemer. I et psykologisk perspektiv var det interessant, at disse kvinder afviste, at det manglende bryst eller tabet af brystet for deres vedkommende var forbundet med specielle følelser eller forestillinger. »Det var ikke noget problem«.

Undersøgelsen viser, foruden at de danske forhold stemmer godt overens med udenlandske undersøgelser, at der blandt dem som ønsker brystrekonstruktion både er kvinder, som er motiveret af et 'offentligt' kropsbillede og et 'personligt' kropsbillede. Der er nogle, som søger hen imod idealbilledet af deres krop, selv om benævnelsen forekommer noget misvisende, og nogle, som er motiveret af vanskeligheder relateret til at fremtræde 'normalt' for andre mennesker.

Det er måske ikke så overraskende, at Daniel forsøger at redegøre for rekonstruktion ønsket inden for en psykologisk teoridannelse, men det er ikke desto mindre interessant. Brystrekonstruktion er en biomedicinsk procedure⁵. Hermed menes, at det et indgreb som i sin teknik og interventionsform helt og aldeles bygger på medicinsk faglig specialviden. En naturlig konsekvens heraf ville være at redegøre for indbegrebets grundlag indenfor dets egen teoretiske ramme, hvilket vil sige den naturvidenskabelige. Imidlertid kan brystrekonstruktionens grundlag, altså hvorfor mastektomerede kvinder ønsker brystrekonstruktion, ikke begribes i perspektivet om mennesket som biologisk system.

Der er meget få relevante somatiske argumenter for at rekonstruere et bryst. Et af de få argumenter der er, er at tyngdeforskellen kan bevirke skulder- og ledskader. Et problem som nemmere kan løses ved at formindske det tilbageblevne bryst. Hvilket også ofte forekommer.

Når brystrekonstruktion ikke kan forstås i et perspektiv om mennesket som biologisk system, er det oplagt, som det gøres i forskningen på dette område, at søge en redegørelse indenfor en psykosocial referenceramme.

4. En betegnelse som normalbilledet ville vække færre negative associationer.

5. Meget sigende, men i kontrast til flertallet af lægefaglige interventioner, kaldes indgrebet ikke 'behandling'.

Det store spørgsmål er så, hvorvidt en psykologisk teori overhovedet kan redegøre for ønsket om brystrekonstruktion – om brystrekonstruktionens genstandsmæssige grundlag er psykologisk. Da der indenfor den psykologiske videnskab i modsætning til den naturvidenskabelige, ikke hersker en teori, men mange, vil der til belysning af problemstillingen først søges benyttet den psykoanalytiske teori, idet dens teoridannelser omkring krop-psyke relationen er veludviklede. Krop-psyke relationen antages at være central for problemstillingen. Dernæst vil den eksistentielle/fænomenologiske teori forsøges benyttet. Denne teori har ofte tidligere i relation til sygdomme vist sig hensigtsmæssig⁶.

Gennemgangen af teorierne, såvel som forsøget på at fremdrage relevante elementer, vil være skitseagtig og på ingen måde fyldestgørende. De vil koncentrere sig om de elementer der belyser problemstillingen: den psykologiske påvirkning af en markant kropsforandring. Gennemgangen skal alene ses som et indledende forsøg på at formindske en del af usikkerheden vedrørende rekonstruktions ønsket.

Den psykoanalytiske teori

Freud (1923) pegede i sin strukturelle model – det, jeg, overjeg på; at jeg'et først og fremmest er kropsligt, en mental projektion af kroppens overflade, afledt af sanseindtrykkene. Schilder, som var en af de første der direkte beskæftigede sig med kropsbilledet, påpegede, at kropsbillede ikke bare var en ren perception af kroppen men også inkluderede psykoanalytiske aspekter som f.eks. 'the libidinous structure' (Schilder 1935; Sørensen 1998). Den psykoanalytisk inspirerede forståelse begriber først og fremmest individets forhold til kroppen som en mental repræsentation i psyken.

I den psykoanalytiske forståelse dannes kropsbilledet (dvs. den mentale repræsentation af kroppen) i løbet af individets udvikling. Kropsbilledets integration udfoldes eller hæmmes i henhold til de indre objekters variation og sårbarhed, og det påvirkes og ændres ved alle individets oplevelser – specielt dem som er direkte forbundet med kroppen (Bea 1987).

I starten af udviklingsprocessen er kroppens repræsentation udifferentieret, men efterhånden transformeres den gradvis til en artikuleret repræsentation, som ikke bare har grænser og en ydre overflade, men desuden indeholder visse organer, differentierede dele og specielle funktioner (Bea 1987). Ikke alle dele af kroppen er repræsenteret på samme måde i kropsbilledet. De som er mere betydningsfulde eller belagt med 'karteksis' i forhold til individet selv og til objektet, har en mere fremtrædende repræsentation. Det samme gælder de mest følsomme dele, ud-

6. Senest har Jacobsen et al. (1998) benyttet den i beskrivelse af kræftpatienter.

fra et sensorisk, taktilt eller erotisk synspunkt, og de mere aktive dele, som ekstremiteterne.

Kropsbilledet er beskrevet som en syntese af taktile, kinæstetiske og sensoriske repræsentationer af kroppen. Det inkluderer repræsentationer af positurer og bevægelser, kroppens evner og styrke, kroppens æstetiske fremtræden og repræsentation af yderligere aspekter som stemme og lugt (Bea 1987; Cox & Theilgaard 1994). Kropsbilledet veksler livet igennem via processerne: differentiering, integration og regression (Cox & Theilgaard 1994). Desuden er kropsbilledets tidlige symboliseringsniveauer altid tilstedeværende (Cox & Theilgaard 1994). Som en repræsentation af kroppen i sindet er kropsbilledet et indre objekt, der er relateret til andre indre objekter, som alle interagerer og modificerer hinanden (Bea 1987).

Bea (1987) som i en artikel beskæftiger sig med sammenhængen mellem identitet, selv og kropsbillede gør netop opmærksom på, hvordan en »skade« i kropsbilledet kan flyde udover og invadere relaterede områder. F.eks. identiteten.

Den psykoanalytiske teori kan tydeligvis redegøre for, at kropslige forandringer som mastektomi har psykologiske følgevirkninger, som motiverer individet for brystrekonstruktion.

Den psykoanalytiske teori redegør bl.a. for at brystet er et indre objekt. Et objekt individet kan identificere sig med eller distancere sig fra. Det manglende bryst (brystvæggen) kan være en fraspaltet del af kropsbilledet eller en integreret del. Uanset om det er differentieret eller integreret i kropsbilledet, kan individet have forskellige følelser overfor det. Den bare brystvæg (mastektomi-stedet) kan opleves som et godt og elsket objekt, som et hadefuldt eller som et plagsomt objekt.

Herudover kan den psykoanalytiske teori redegøre for, hvordan (hele) identitetsfølelsen kan falde sammen med en enkelt repræsentation af kroppen, fremfor med en overordnede repræsentation af kroppen eller andre dele af selvet. Heri rummes også en teoretisk forklaring på, at det manglende bryst for nogle er en mindre uintegreret repræsentation, mens det for andre er et problem, som involverer hele deres liv, fordi det rammer deres identitet eller selv.

Det er altså muligt med den psykoanalytiske teori at redegøre for, hvorfor mastektomerede kvinder søger rekonstruktion. Dens teoridannelser omkring 'body image' indebærer begreber og sammenhænge, der i vid forstand kan forklare, hvorfor kvinderne søger rekonstruktion.

Den eksistentielle/fænomenologiske teori

Den eksistentielle/fænomenologiske teori begriber kroppen i dens forhold til bevidstheden og verdenen. Merleau-Ponty's grundlæggende ide er, at krop og bevidsthed er to sider af samme sag (Sørensen 1998). Kroppen er ikke et middel for bevidstheden til at begribe verden, men derimod en 'erkendende krop'. Kroppen har sit ubrydelige fundament i verdenen på samme måde, som bevidstheden har sit ubrydelige funda-

ment i kroppen. Kroppen opfattes ikke som værende i verden, den bebodder verden.

Den eksistentielle/fænomenologiske teoris analyse af kroppen afslører en fundamental adskillelse mellem 'den levede krop' (kroppen som den umiddelbar opleves på en non-reflekterende eller pre-reflekterende måde) og den objektive eller fysiologiske krop (Toombs 1992).

På et pre-reflekterede niveau 1) bliver kroppen ikke tematiseret som krop (f.eks. opfattes den ikke som en fysiologisk krop eller som et materielt objekt blandt andre materielle genstande i verden; 2) er relationen til kroppen en eksistentiel relation fremfor en objektiv. På 'levede krop' niveauet hverken *har* eller *ejer* man en krop, man *er* sin krop; 3) er der en fundamental identifikation med kroppen, således at der ikke ses nogen adskillelse mellem krop og selv; og 4) fremviser den 'levede krop' bestemte træk, som er essentielle for kropsliggørelsen, bl.a. kropsintentionalitet, primær mening og kontekst rettet organisering (Toombs 1992).

Der er en fundamental flertydighed i den 'levede kropps' struktur. Den er på den ene side, det som er mest intimt mig eller min, og på den anden side er den objekt for andre. På samme tid udtryk og eksistens.

Om kroppen som objekt siger Sarte (ifølge Toombs 1992), at individets opmærksomhed på sin egen 'tingsliggørelse' afsløres i oplevelsen af 'at være for den Anden'. Han argumenterer for, at individet først oplever kroppen-som-objekt i Andens blik. I oplevelsen at blive set på genkender individet ikke bare sig selv som værende-et-objekt for et anden individ, men også det forhold at han er materiel. Væren-for-den-Anden er synonym med den Andens væren-for-mig (Toombs 1992).

Oplevelsen af væren-for-den-Anden er en fremmedgørelse. Kroppen fremtræder som Anden-end-mig, som en ting udenfor individets subjektivitet. Opfattelsen af ens krop som et objekt forekommer ikke kun ved oplevelsen af at være objekt-for-den-Anden. Kroppen kan også blive tilstedeværende for bevidstheden som materielt objekt i almindelige oplevelser som træthed, og når man slår sig. Kroppen kan altså fungere anonymt på en måde som undgår bevidstheden, indtil der opstår enten en frivillig eller tvungen refleksion forårsaget af f.eks. smerte, glæde eller træthed (Sørensen 1998).

Flere forskere har påpeget, at kroppen pludselig træder frem i bevidsthedsfeltet, når organismen mister eller ændre sin rapport med omgivelserne (Toombs 1992).

Endeligt afspejler den måde, hvorpå vi opfatter vores krop som en fysisk ting, den bestemte livsverden hvori vi befinder os (Toombs 1992), og omvendt afspejles individets opfattelse af sin krop i dets opfattelsen af verdenen.

Det eksistentielistisk/fænomenologiske perspektiv kan ligesom det psykoanalytiske redegøre for, at kropslige forandringer som mastektomi har psykologiske følger, som motiverer til brystrekonstruktion.

Ud fra dens begrebsverden kan vi overordnet redegøre for den mening,

der ligger i ønsket om rekonstruktion; de forandringer kropsændringen opleves at medfører; de lidelser der opleves i relation til at miste brystet og evt. ændrede oplevelse af omverdenen.

Ligeledes kan der fås indblik i, hvordan de mastekomerede kvinder har det med deres krop; i de forskellige måder de undgår at konfrontere sig selv (og evt. andre) med det manglende bryst; i de strategier de benytter overfor andre for at kamuflere det manglende bryst; og i evt. undgåelsesadfærd, f.eks. omklædningsrum og strande. Endelig redegør teorien for, at de mastekomerede kvinder er mere bevidste om deres krop, og føler sig mere fremmedgjorte overfor den.

Et af de eksistentielle/fænomenologiske elementer jeg hæftede mig ved i min egen undersøgelse, var at motiverne indeholder et stærkt følelsesmæssig aspekt. Kvinderne rapporterede i relation til motiverne ofte om følelser som skam, flovhed, lede, afsky, tristhed, sorg og sårbarhed. Følelser som almindeligvis opleves som ubehagelige og lidelsesfyldte, og som de fleste ønsker at undgå. Wallen (1971) påpeger, at måden hvorpå følelser behandles på er den mest almindelige grund til problemer i vores kontakt med andre.

Aktualiteten af følelserne, dvs. i hvilken grad følelser fortsat var ubehagelige eller plagsomme, var forskellig. Flertallet beskrev hvordan de var gået igennem perioder eller situationer, som havde været lidelsesfyldte, men også at de ikke længere oplevede det på den måde. F.eks. fortalte en patient om de første gange hun var på stranden efter mastektomien. Der følte hun sig meget ensom og isoleret, som en eller anden 'freak'. Alle de andre kvinder på stranden havde to bryster, men hun havde kun et, (selvom hun selv var den eneste som vidste det). Patienten beskriver mange lignende situationer. Flertallet af dem er et overstået fænomen. Patienten oplever dem ikke længere situationerne på den måde og med de følelser.

I lyset af den eksistentielistisk/fænomenologiske teori, synes motivationen at være båret af dels et forsøg på at skabe afstand til en større eller mindre lidelsefuld livssituation, og dels en søgning imod en livssituation med flere muligheder og mere frihed.

De to psykologiske teorier

Såvel den psykoanalytiske som eksistentielle/fænomenologiske teori kan redegøre for, hvorfor mastekomerede kvinder søger brystrekonstruktion. Fordelen ved den psykoanalytiske teori anses at være dens komplekse og højt specialiserede teoriunivers, som tilbyder indsigt i mange facetter som ellers nemt overses eller ikke begribes. Imidlertid er de psykoanalytiske forklaringsmodeller forbundet med nogle vanskeligheder.

Først og fremmest fremkommer der sideløbende med forklaringerne en genstandsgørelse eller objektivisering af kvinderne. Den psykoanalytiske teori tilbyder en forklaring på fænomenet, og kun indirekte en for-

ståelse⁷. Vi risikere altså at miste forståelsen for objektet. Herudover risikeres nemt en værdisætning af fænomenet. Fænomenet/adfærden/handlingen kan f.eks. tillægges positiv eller negativ værdi. Er det bedst at søge rekonstruktion eller at lade være?

Selvom det ikke er en nødvendig følge af den psykoanalytiske teori, så indbyder den til en individualisering af problemerne. F.eks., dersom en motivation for rekonstruktion både bygger på den fysiske realitet, at mangle brystet, og på psykiske mekanismer relateret til identitetsdiffusion, så er der risiko for, at motivationen primært tillægges identitetsdiffusionen.

Endelig gør det forhold, at individet ubønhørligt betragtes som styret af forskellige indre kræfter det meget vanskeligt at begribe de valg, som er en del af brystrekonstruktionen. F.eks. skal individet rekonstrueres eller ej; skal det være samtidig med mastektomien eller senere hen.

Den eksistentielistisk/fænomenologiske teori rummer i sit perspektiv på objektet netop en forståelse for disse forhold. Den ligger op til en begribelse af, 1) at den enkelte kvinde, som søger rekonstruktion, må gøre op med sig selv, hvorvidt risiciene er udholdelige for hende, og om risiciene står mål med det, hun søger at opnå; 2) at der både er ulemper og fordele ved at få rekonstrueret brystet i umiddelbar forlængelse af amputationen, såvel som ved at få det rekonstruerede på et senere tidspunkt, og at det er op til den enkelte kvinde at afgøre, eller forsøge derpå, hvilket tidspunkt, som er det bedste for hende.

Herudover kan den eksistentielistisk/fænomenologiske teori ikke blot give en forklaring på hvorfor mastektomerede kvinder søger rekonstruktion, men også give en forståelse heraf.

På trods af at brystrekonstruktion befinder sig i feltet mellem naturvidenskab og psykologi, hvilket giver anledning til mange misforståelser og fordomme, er det muligt med psykologiske teorier at redegøre for ønsket om brystrekonstruktion. Brystrekonstruktions genstandsområde kan udemærket betragtes som psykologisk. Det kan forstås i et perspektiv om, at mennesket har intentioner, at det er et kommunikerende væsen, med relation til sig selv, sin historie og omverdenen, baseret på evnen til sprog og mentale billeder.

Derfor vil det sandsynligvis også være muligt, ved en mere gennemgribende analyse af empirien i forhold en psykologisk teori, at indskrænke usikkerheden om hvad brystrekonstruktion afspejler.

LITTERATUR

7. Jævnfør Schultz (1972).

- ANDERSONS, S.G., RODIN J., ARIYAN, S. (1994): Treatment considerations in postmastectomy reconstruction: their relative importance and relationship to patient satisfaction. *Ann Plast. Surg.* 33: 263-271.
- ASKEN, M. J. (1975): Psychoemotional aspects of mastectomy: A review of recent literature. *American Journal of Psychiatry*, 132: 56-59.
- BEÅ, E. T. (1987): Body schema and identity. *Int. J. Psycho-anal.* 68:175-183.
- BERGER, K. & BOSTWICK, J. III. (1994): *A womans Decision. Breast Care Treatment & Reconstruction*. Quality Medical Publishing, Inc. St. Louis, Missouri.
- CHRISTENSEN, K., BLICHERT-TOFT, M., GIERSING, U., RICHARDT, C., BECKMANN, J. (1981): Postmastektomiproblemer hos unge kvinder opereret for brystkræft. *Ugeskr. Læger*; 143, 1641-3.
- CLIFFORD, E. (1979): The Reconstruction Experience: The Search for Restitution. In *Breast Reconstruction Following Mastectomy*. (ed.), Georgiade, N.G. Mosby. St. Louis. Pp.22-34.
- COX, M. & THEILGAARD, A. (1994): *Shakespeare as a prompter: the amending imagination and the therapeutic process*. London: J. Kingsley Publishers.
- DANIEL, E. (1985): *Breast Reconstruction Postmastectomy: A Psychosocial Study*. University Microfilms International. Ann Arbor.
- DEAN, C., CHETTY, U., & FORREST, A. P. M. (1983): Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. *Lancet* 1: 459.
- DOWDEN, R. V. HORTON, C. E., & MCGRAW, J. B. (1979): Advising the mastectomy patient about reconstruction. *Am. Fam. Physician*, 5:103-106.
- ELBERG, J. J., BLICHERT-TOFT, M. & DRZEWIECKI, K.T. (1995): Primær Bystrekonstruktion efter mastektomi for cancer mammae. *Ugeskr. Læger*; 1013-6.
- FREUD, S.: *Jeg 'et og det 'et. Metapsykolog 2*. Hans Reitzel, 1983.
- FRIJDA N. H. (1993). Moods, Emotions Episodes, and Emotions. In *Handbook of Emotions*. (ed.) Lewis, M. & Haviland, J. M. The Guilford Press. New York. pp.381-403.
- GOIN, M. K., GOIN, J. M. (1981): Midlife reactions to mastectomy and subsequent breast reconstruction. *Arch. Gen. Psychiatry* 38: 225-227.
- GOLDBERG, P., STOLZMAN, M., & GOLDBERG, H. M. (1984): Psychological consideration in breast reconstruction. *Ann Plast. Surg.* 13: 38.
- GOLDSMITH, H. S., & ALDAY, E. S. (1971): Role of the surgeon in the rehabilitation of the breast cancer patient. *Cancer* 28: 1672.
- HANDEL N., SILVERSTEIN M.J., WAISMAN E., WAISMAN J.R. (1990): Reasons why mastectomy patients do not have breast reconstruction. *Plast Reconstr. Surg* 86: 1118.
- JACOBSEN, B., DALSGAARD JØRGENSEN, S. EILENBERGER JØRGENSEN (1998): *Kræft og eksistens: om at leve med kræft*. København: Dansk psykologisk Forlag.
- MAGUIRE, G.P., et al. (1978): Psychiatric problems in the first year after mastectomy: A two year follow-up study. *Br. Med. J.*, 963-5.
- MORRIS, T., GREER, S., & WHITE, P. (1977): Psychosocial and sexual adjustment to mastectomy: A two year follow-up study. *Cancer*, 40(5): 2381-7.
- NOONE, R. B., FRAZIER, T. G., HAYWARD, C. Z., & SKILES, M. S. (1982): Patient acceptance of immediate reconstruction following mastectomy. *Plast. Reconstr. Surg.* 69: 632.
- NORTHOUSE, L. L. (1981): Mastectomy patients and the fear of recurrence. *Cancer Nursing*, 3:213-220.
- POLIVY, J. (1977): Psychological effects of mastectomy on a woman's feminine self-concept. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 164(2), 77-87.
- PRICE, B. (1990): *Body Image – Nursing concepts and care*. Pentice Hall.
- REABY, L. L. (1998): Reasons why women have mastectomy decide to have or not

- to have breast reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 101: 1810.
- ROSATO, F.E., HORTON, C.E., MAXWELL, G.P. (1980): Postmastectomy breast reconstruction. *Curr Probl. Surg.* 17:585-629..
- ROWLAND, J.H., & HOLLAND, J.C. (1989): *Breast cancer, in Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer.* (ed.) Holland J.C., Rowland J.H. New York, Oxford University Press, pp 188-207.
- ROWLAND, J.H., HOLLAND, J.C., CLAGLIASSIAN, T., KINNE, D. (1993): Psychological response to breast reconstruction: Expectations for and impact on postmastectomy functioning. *Psychosomatics* 34: 241-50.
- ROWLAND, J. H., DIOSO, J., HOLLAND, J., CHAGLIASSIAN, T., KINNE, D. (1995): Breast reconstruction after mastectomy: who seeks it, who refuses? *Plast. and reconstr. Surg.* 5: 812-822.
- SCHAIN, W. S. (1982): Sexual problems of patients with cancer. In DeVita, V., Hellman, S. & Rosenberg, S. (ed.): *Cancer: Principles and Practices of Oncology.* Philadelphia, Lippincott.
- SCHAIN, W.S., JACOBS E., & WELLISCH D.K. (1984): Psychosocial issues in breast reconstruction. *Clin. Plast. Surg.* 11: 237.
- SCHAIN, W.S., WELLISCH, D.K., PASNAU, R.O., & LANDSVERK, J. (1985): The sooner the better: A study of psychological factors in women undergoing immediate versus delayed breast reconstruction. *Am. J. Psychiatry* 142: 40.
- SCHAIN, W.S. (1991): Breast reconstruction: Update of psychosocial and pragmatic concerns. *Cancer* 68: 1170-1175.
- SCHILDER, P. (1935). *The image and Appearance of the Human Body. Studies in the Constructive Energies of the Psyche.* New York: International Universities Press, Inc., 1950.
- SCHULTZ, E. (1972): *Psykoanalytisk fortolkning og hermeneutik.* Akademisk forlag.
- SILBERFARB, P. M., MAURER, L. H., & CROUTHAMEL, C. S. (1980): Psychosocial aspects of neoplastic disease: I. Functional status of breast cancer patients during different treatment regimens. *Am. J. Psychiatry*, 137:4, 450-5.
- SNYDERMAN, R. K. & GUTHRIE, R. H. (1971): Reconstruction of the female breast following radical mastectomy. *Plast. Reconstr. Surg.* 47: 565.
- SORRENTINO P., BACCAGLINI U, RUFFLATTO M. T. (1988): Mastectomized women's acquired knowledge about and attitude toward breast reconstruction: A prospective study om 100 cases. *Ital. J. Surg. Sciences* 18: 17-23.
- SPICER, J. (1995): Criteria for breast reconstruction surgery: another viewpoint. *Ann. Plast. Surg.* 34:660-668.
- STEVENS, L.A., MCGRATH, M. H., DRUSS, R.G, KISTER, S.J., GUMP, F. E., & FORDE, K. A. (1984): The psychological impact of immediate breast reconstruction for women with early breast cancer. *Plast. Reconstr. Surg.* 73:619.
- SØRENSEN, J. B.(1998): *Kroppen i psyken.* Speciale i psykologi. Københavns Universitet.
- TEIMOURIAN, B. & ADHAM, M.N. (1982): Survey of patients' response to breast reconstruction. *Ann. Plast. Surg.* 9: 321.
- TOOMBS, S. K. (1992): *The meaning of illness. A phenomenological account of te different perspectives of physician and patient.* London. Kluwer academic publishers.
- THOMAS, S . G. (1978): Breast cancer: The psychosocial issues. *Cancer Nursing*, 1:53-59.
- WALLEN, J. L. (1971): Om følelser som problem(oversat af Groth, P., Koch, J.) I. *Eksperimentelt gruppesamvær.* (ed.) Groth, P. & Jørgensen, E. F. København. Akademisk forlag.
- WELLISH, D.K., SCHAIN, W.S., NOONE, B.R., & LITTLE, J.W., III. (1985): Psychosocial correlates of immediate versus delayed reconstruction of the breast.

Plast. reconstr. Surg. 76: 713, 1985.

WINKLER, W.A. (1977): Choosing the prosthesis and clothing. *Am. J. Nursing*, 9:1433,.