

Körperbild und Selbstwertgefühl von Patienten mit Gesichtsbeeinträchtigung

Autoren _ Prof. Dr. phil. habil. Margarete Landenberger, Halle (Saale); Kathleen Horn, Leipzig

Dieser Beitrag geht zurück auf einen Vortrag auf der Jahrestagung des Deutsch-Österreichisch-Schweizerischen Arbeitskreises für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich im Herbst 2008 in Basel, veranstaltet unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Hans-Florian Zeilhofer, Chefarzt der Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitäts-spital Basel. Der Vortrag war einer der wenigen nichtmedizinischen Vorträge auf der Tagung. Er stieß auf großes Interesse der teilnehmenden Onkologen, Radiologen, MKG- und Tumorchirurgen, Implantologen, anderen Fachärzten und Forscher, wie die lebhafteste Diskussion zeigte.

_Bedeutung der Gesichtsregion

Dem Gesicht eines Menschen kommt eine besondere Bedeutung zu. Es stellt eine wichtige Komponente für dessen Identität und Attraktivität dar. Das Gesicht gibt Menschen ein individuelles Aussehen und ist ein bedeutungsvolles Wiedererkennungsmerkmal. Nicht nur durch verbale, sondern auch durch nonverbale Kommunikation, das heißt über unsere Mimik, werden Emotionen, unterbewusste Aussagen und Signale des Körpers übermittelt. Ein

Sprachverständnis ohne Mimik ist teilweise schwer oder aber in manchen Fällen auch nicht möglich. Gesicht und Sprache stellen eine wichtige Verbindung zur Umwelt dar und haben daher eine besondere Bedeutung beim Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen (Tab. 1).^{2,3,6}

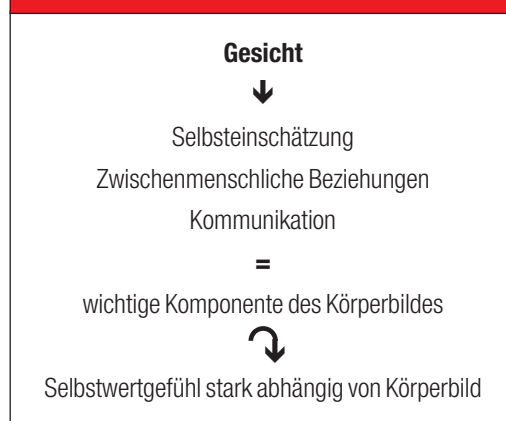
_Körperbild und Selbstwertgefühl

Körperbild und Selbstwertgefühl sind Elemente des Selbstkonzeptes, welches als Summe aller Gefühle, die eine Person über sich selbst hat, definiert wird (Csorba, 1998).

Die Gesichtsregion eines Menschen stellt eine wichtige Komponente des Körperbildes dar. Unter Körperbild wird ein mentales Gefüge verstanden, welches aus den Einstellungen und Gefühlen entsteht, die wir im Hinblick auf den Körper als Ganzes als auch im Hinblick auf die einzelnen Körperteile entwickeln (Salter, 1998; Zeilhofer 2001). Das Körperbild ist also individuell und sozial geprägt sowie jederzeit wandelbar.

Das Selbstwertgefühl eines Menschen ist stark abhängig von seinem Körperbild, das heißt der affektive Anteil der Selbstbewusstheit beziehungsweise der Einschätzung des eigenen Selbstwertes ist bei Menschen mit Gesichtsbeeinträchtigung weniger ausgeprägt.^{1,4,11}

Tabelle 1





Äußern Patienten mit Gesichtsbeeinträchtigungen wiederholte selbstnegierende, das heißt negative Gefühle in Bezug auf Selbstkonzept beziehungsweise sich selbst, Selbstbewertung als unfähig, mit bestimmten Ereignissen oder Situationen umzugehen und kennzeichnet diese Patienten ein fehlender Blickkontakt, ein Senken beziehungsweise Hängenlassen des Kopfes und/oder das Beugen beziehungsweise Hängenlassen der Schultern, kann von der Pflegediagnose „Störung des Selbstwertgefühls“ gesprochen werden (Kim et al., 1999).

„Auswirkungen von Gesichtsbeeinträchtigungen“

Veränderungen im Gesicht, entstanden durch beispielsweise Verletzungen, Verbrennungen, Tumoren, Hautkrankheiten oder ausgedehnte Operationen im Kiefer-, Mund- oder Gesichtsbereich, sind nur schwer zu verbergen beziehungsweise durch Kleidung oder Ähnliches kaschierbar und daher meist schon auf den ersten Blick sichtbar. Neben der objektiven Veränderung im Sinne von Versehrtheit des Aussehens kommt es meist auch zur funktionellen Beeinträchtigung (unter anderem Sprache, Schlucken, Essen, Atmen). So müssen beispielsweise Patienten mit einer Tumorerkrankung im Kiefer- und Gesichtsbereich oft durch weiträumige radikalchirurgische Operation zur Lebenserhaltung, abgesehen von denen ihre äußere Erscheinung betreffend, Beeinträchtigungen der Sprachfähigkeit und bei der Nahrungsaufnahme ertragen (Al-Khazraji und Schröder, 2002). Patienten mit Gesichtsepithesen erleben außerdem ein Gefühl eines unangenehmen Körpergeruchs (Klein et al., 2005). Auch Angst- und

„Pflegediagnose „Körperbildstörung““

Eine Körperbildstörung liegt vor, wenn bei Patienten negative Gefühle oder Wahrnehmungen im Hinblick auf Eigenschaften, Funktionen oder Grenzen des Körpers oder eines Körperteils vorherrschend sind. Äußerungen über tatsächliche oder wahrgenommene Veränderungen des Körpers oder eines Körperteils in Struktur und/oder Funktion sowie eine Verbalisierung von Gefühlen der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und/oder Machtlosigkeit in Bezug auf den Körper wie auch der Furcht vor Ablehnung oder Reaktionen anderer kombiniert mit wiederholter Äußerung negativer Gefühle (zum Beispiel „unansehnlich“) stellen Hauptkennzeichen der Pflegediagnose „Körperbildstörung“ dar (Kim et al., 1999).

„Pflegediagnose „Störung des Selbstwertgefühls““

Das Selbstwertgefühl ist stark abhängig vom eignen Körperbild (Csorba, 1998). Somit sind Körperbildstörungen unmittelbar mit Störungen des Selbstwertgefühls verbunden, das heißt eine negative Selbstbewertung beziehungsweise negative Gefühle in Bezug auf sich selbst oder die eigenen Fähigkeiten werden direkt oder indirekt ausgedrückt.

Tabelle 2

Auswirkungen von Gesichtsbeeinträchtigungen

- gestörte visuelle Attraktivität
- funktionelle Beeinträchtigungen (z.B. Sprache, Nahrungsaufnahme, Sehen)
- Angst- und Schuldgefühle
- Gefühl des Kontrollverlusts, Ungewissheit im Hinblick auf die Zukunft
- Depressionen
- Störung der sexuellen Identität
- Stigmatisierung/Konfrontation mit dem Verhalten anderer Menschen
- psychischer Distress
- soziale Isolation
- Alkoholmissbrauch, Aggressionen, Suizid
- Beeinflussung/Einschränkungen der Lebensqualität
- unangenehmer Körpergeruch (v.a. bei Gesichtsepithesen)

Schuldgefühle, Ungewissheit im Hinblick auf die Zukunft, ein Gefühl des Kontrollverlusts sowie Depressionen können bei Menschen mit Gesichtsbeträchtigungen (vor allem bei Tumorerkrankungen) auftreten (vgl. Katz et al., 2003). Weiterhin leiden Betroffene aufgrund ihrer gestörten visuellen Attraktivität, welche sie häufig als „Verunstaltung“ beziehungsweise „Entstellung“ bezeichnen, unter einer Störung ihrer sexuellen Identität, da die eigene Sexualität eng mit dem Körperbild und dem Selbstwert verknüpft ist (Csorba, 1998). Eine Stigmatisierung beziehungsweise die Konfrontation mit dem Verhalten anderer Menschen (z. B. negative Bemerkungen, „Anstarren“, Meidung) kann außerdem psychischen Distress auslösen und zur sozialen Isolation (vor allem bei geringem Selbstvertrauen) führen, welche Alkoholmissbrauch, Aggressionen oder auch Suizid nach sich ziehen kann.^{3,5,6,10}

Menschen mit Gesichtsbeträchtigungen sind oft plötzlich in ihrem Selbstwert, in ihrer eigenen Existenz, in ihrem sozialen Verhalten, und da vor allem im partnerschaftlichen Bereich, in der Berufsausübung, im emotionalen Bereich und somit in ihrer gesamten Lebensqualität beeinflusst beziehungsweise eingeschränkt (Tab. 2).^{2,6,8}

Pflegeinterventionen

Pflegefachkräfte sind in der Betreuung von Patienten mit Gesichtsbeträchtigungen wichtige Ansprechpartner. Es ist bedeutsam, dass sie sich mit den Auswirkungen des veränderten Körperbildes und Selbstwertgefühls dieser Patienten auseinandersetzen und individuell auf deren Bedürfnisse eingehen.

Assessment

Um Körperbildstörungen und den damit verbundenen Störungen des Selbstwertgefühls bei Betroffenen erkennen und belegen zu können, ist pflegerisches Assessment erforderlich. An erster Stelle steht dabei das Gespräch mit dem Patienten, in dem seine individuelle Problemlage durch Formulierung von möglichst offenen Fragen (z.B. „Wie gehen Sie damit um?“, „Wie reagiert Ihre Umwelt?“, „Welche Wünsche haben Sie in Bezug auf Ihr Aussehen?“) sowie durch Motivierung zum Fragenstellen gemeinsam mit ihm ermittelt wird. Pflegende sollten durch bestimmte Beobachtungskriterien (z.B. allgemeine Erscheinung, Verhalten) auf Hinweise zu Körperbildveränderungen achten (Abt-Zegelin und Georg, 2000). Zwar existieren zur Vergleichbarkeit oder Verlaufskontrolle von Körperbildstörungen standardisierte Assessmentinstrumente (z.B. Body Attitudes Questionnaire, Körpersilhouetten-Test), jedoch beziehen diese sich meist auf die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper beziehungsweise stellen nur einen Teil des Körperbildes dar und werden vorwiegend im angloamerikanischen Raum eingesetzt (Marquard et al., 2004). Deshalb kommt der Beobachtung und Dokumentation der Ergebnisse der Einschätzung die größte Bedeutung seitens der Pflegefachkräfte zu.

Beratung und Unterstützung

Für Gespräche mit dem Patienten in seiner schwerwiegenden Situation ist eine Bezugsperson von großer Wichtigkeit (Abt-Zegelin und Georg, 2000). So kann eine Vertrauensbasis entstehen, die eine bedeutsame Voraussetzung für die Offenheit des Patienten und dessen Ausdruck von Trauer, Ängs-

Tabelle 3	
Pflegeinterventionen	
<i>Assessment</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Ermittlung der individuellen Problemlage des Patienten mittels <ul style="list-style-type: none"> • Gesprächen • Beobachtung • Assessmentinstrumenten – Dokumentation
<i>Beratung und Unterstützung</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Bezugsperson – Schaffen einer Vertrauensbasis – Zuhören – empathische, mitfühlende Kommunikation – Ermutigung zum Ausdruck von Gefühlen – Interesse und Akzeptanz – Einlassen auf Patienten – Respektieren des Bedürfnis nach Privatsphäre, emotionaler Zurückgezogenheit, Ablehnung – aufklärende Gespräche, Informationsbereitstellung – prä- plus postoperative Begleitung und Unterstützung – Ermutigung zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen – Kontaktherstellung zu anderen Betroffenen – Ermutigung, Begleitung und Einbeziehung von Angehörigen
<i>Förderung des Selbstmanagements</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Einbeziehung in Aktivitäten der Selbstpflege – schrittweise Heranführung an Aktivitäten des täglichen Lebens – kontinuierliches positives und ehrliches Feedback – Ermutigung zum Ansehen und Berühren – Begleitung bei der Konfrontation mit Außenwelt – Stimulation zur Erkundung neuer Situationen

ten und Wünschen darstellt. Dabei sollte die Pflegekraft durch Zuhören sowie empathische, mitfühlende Kommunikation eine unterstützende und beratende Funktion einnehmen und den Betroffenen zum Ausdruck seiner Gefühle ermutigen (Csorba, 1998). Es sollte eine Atmosphäre von Interesse und Akzeptanz geschaffen werden, in der Patienten auch heikle Themen ansprechen können. Dies ist jedoch nur erfolgreich, wenn Pflegende sich auf den Patienten einlassen und andererseits sein Bedürfnis nach Privatsphäre, emotionaler Zurückgezogenheit und Ablehnung respektieren (Csorba 1998, Kim et al., 1999). Die Probleme des Betroffenen sollten keinesfalls heruntergespielt, sondern ernst genommen werden (Kim et al., 1999, Abt-Zegelin und Georg, 2000). Vor Operationen, vor allem bei Veränderung der Gesichtsstruktur, sollten aufklärende Gespräche mit umfassender Informationsbereitstellung erfolgen. Auch postoperativ können Pflegefachkräfte durch die Begleitung bei dem „ersten Blick in den Spiegel“ eine große Unterstützung für den Patienten sein (Bowers, 2008). Des Weiteren sollte zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen beziehungsweise zum Kontakt zu anderen Betroffenen, vor allem zu denen, die sich mit ihrem veränderten Gesicht im Alltag gut arrangieren, ermutigt werden. Da das fortgesetzte Leiden der Betroffenen oft über das Vermögen der Ärzte und Pflegekräfte hinausgeht, empfiehlt sich gegebenenfalls eine Psychotherapie für den Patienten (Csorba, 1998).

Neben den Betroffenen ist auch die Ermutigung, Begleitung und Einbeziehung der Angehörigen Aufgabe des pflegerischen Aufgabenbereichs, da auch sie mit den sichtbaren, einschneidenden Veränderungen zurechtkommen müssen (Bowers, 2008).

Förderung des Selbstmanagements

Um die Wiedererlangung des Selbstmanagements, der eigenen Kontrolle sowie der Unabhängigkeit des Patienten mit Gesichtsbeeinträchtigung zu fördern, sollten Pflegende diesen in Aktivitäten der Selbstpflege einbeziehen beziehungsweise zur Teilnahme daran ermutigen (Bowers 2008). Der Betroffene wird dabei an die Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. die Reinigung des Gesichts) schrittweise herangeführt. Wird die Selbstpflege vom Patienten (teilweise) übernommen, kann durch kontinuierliches positives und authentisches Feedback der Patient in seinen Handlungen gestärkt werden. Vor allem nach Operationen, die das Körperbild verändern, kann die Pflegekraft zum Ansehen oder Berühren ermutigen oder den Patienten bei der ersten „Konfrontation“ mit der Außenwelt begleiten (Abt-Zegelin und Georg 2000, Bowers 2008). Der Verlauf der postoperativen Kontakte sollte weiterhin beobachtet sowie die Erkundung neuer Situationen gezielt stimuliert werden (Tab. 3).

Zusammenfassung

Das Gesicht eines Menschen stellt eine wichtige Komponente des eigenen Körperbildes und somit seines Selbstwertgefühls dar. Bei Gesichtsbeeinträchtigung kommt es zu Störungen dieser Komponenten mit erheblichen Auswirkungen für die Betroffenen. Pflegende müssen sich mit Patienten und deren Einstellungen, Gefühlen und Wünschen auseinandersetzen, da sie in deren Betreuung oft wichtige Ansprechpartner sind. Durch Pflegeinterventionen in den Bereichen Assessment, Beratung und Unterstützung sowie Förderung des Selbstmanagements können sich Pflegefachkräfte gezielt mit Körperbildstörungen und den damit verbundenen Störungen des Selbstwertgefühls auseinandersetzen und individuell auf die Bedürfnisse von Patienten mit Gesichtsbeeinträchtigung eingehen.

Zu dieser Thematik liegen bisher sehr wenig systematische klinische Studien und damit kaum empirisch begründete Empfehlungen für Pflegeinterventionen vor. Forschungsbedarf besteht vor allem im Hinblick auf deskriptive Untersuchungen zu subjektiven Beschwerden und Einschränkungen von Patienten mit tumorbedingten Gesichtsbeeinträchtigungen, Entwicklung und Testung von Assessmentinstrumenten sowie pflegerische Interventionsstudien, in denen beispielsweise neuartige evidenzbasierte Pflegekonzepte mit der bisherigen kliniküblichen Pflegepraxis verglichen werden. _

Eine Literaturliste ist beim Verlag erhältlich.

_Kontakt

face

Prof. Dr. phil. habil. Margarete Landenberger

Stellvertretende Direktorin
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
Tel.: 03 45/5 57-41 06
E-Mail:
margarete.landenberger@medizin.uni-halle.de