- AUSWIRKUNGEN EINER BRUSTKREBSBEHANDLUNG AUF BEFINDLICHKEIT UND KÖRPERBILD VON BRUSTKREBS-PATIENTINNEN AUS SICHT DER PATIENTINNEN UND IHRER PARTNER -

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
des Fachbereiches "Psychologie und Sportwissenschaften"
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
Sandra Schöne
aus Bad Pyrmont

2020

Aufbauend auf einer multizentrischen Studie in Zusammenarbeit mit

der *Klinik Taunus* des Reha-Zentrums Bad Nauheim,

der *Deutschen Rentenversicherung Bund*

und dem *Brustzentrum Mittelhessen*

Dekanin: Prof. Dr. Christiane Hermann

1. Gutachterin: Prof. em. Dr. Dr. Petra Netter
2. Gutachter: Prof. Dr. Rudolph Stark

Tag der Disputation: 18.12.2020

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich recht herzlich bei allen Brustkrebs-Patientinnen und deren Partnern bedanken, welche mit persönlicher Überzeugung, Engagement und Offenheit den bedeutsamsten Beitrag zu dieser gesellschaftlich relevanten wissenschaftlichen Arbeit geleistet haben. Ihnen wünsche ich weiterhin viel Kraft, gegenseitige Unterstützung und umfängliches Verständnis in einer von vielfältigen Veränderungen besonders geprägten Lebensphase.

Auch bedanke ich mich bei der *Klinik Taunus* des Reha-Zentrums Bad Nauheim und der *Deutschen Rentenversicherung Bund* sowie den radiologischen Abteilungen des *Brustzentrums Mittelhessen*, hier der Universitäts-Frauenkliniken Gießen und Marburg sowie des Lehrkrankenhauses Wetzlar, welche gemeinsam aktiv an der Rekrutierung der Patientinnen mitgewirkt haben.

Mein besonderer Dank gilt auch Frau Prof. em. Dr. Dr. Netter (Institut für Psychologie der *Justus-Liebig-Universität* Gießen) und Frau Dr. Gallhofer (*Klinik Taunus* des Reha-Zentrums Bad Nauheim) für die bereichernde Zusammenarbeit, die ausgezeichnete Betreuung und uneingeschränkte Unterstützung sowie zahlreiche Anregungen und Hilfestellungen bei der Vorbereitung und Umsetzung zweier umfangreicher (Parallel-) Studien, welche der vorliegenden Dissertation zu Grunde liegen.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung I

Inhaltsverzeichnis II

Abkürzungs-, Abbildungs- und Tabellenverzeichnis VI

1 Theoretische Grundlagen…….. 1

Vorwort……. 1

1.1 Einführung……..……. 1

1.2 Stand der Forschung…….……..……. 2

1.2.1 Lebensqualität bei Brustkrebs…….. 2

1.2.1.1 Brustkrebs und Störungen der Befindlichkeit…….. 4

1.2.1.2 Brustkrebs und Störungen des Körperbildes……..... 7

1.2.1.3 Brustkrebs und Störungen sozialer Beziehungen……. 10

1.2.2 Psychoonkologische Interventionen bei Brustkrebs……. 16

1.2.2.1 Behandlungsstandards bei Brustkrebs…….. 17

1.2.2.2 Individual- und Gruppen-Interventionen bei Brustkrebs…….. 19

1.2.2.3 Paar- und Familien-Interventionen bei Brustkrebs……... 21

1.3 Die vorliegende wissenschaftliche Untersuchung…… 24

1.3.1 Bewertung des bisherigen Forschungsstandes……. 24

1.3.1.1 Grundlagen-Kritik an der Brustkrebs-Forschung……. 25

1.3.1.2 Sozioökonomische, medizinische, behandlungs- und rehabilitations-bezogene Faktoren bei Brustkrebs…… 28

1.3.1.3 Selbst- und Fremdbeurteilung psychophysischer Eigenschaften……. 34

1.3.2 Grundlagen der vorliegenden Untersuchung…… 38

1.3.2.1 Die Studie von Gallhofer, Netter, Brückner und Wendt (2008)…….... 39

1.3.2.2 Die Vorläuferstudie von Schöne (2010)……... 40

1.3.3 Aktuelle Ziele, Fragestellungen und Hypothesen……. 42

1.3.3.1 Wahrnehmungen von Brustkrebs-Patientinnen und Partnern hinsichtlich Befindlichkeit und Körperbild der Patientinnen (F1)….. 43

1.3.3.2 Einfluss einer stationären Rehabilitation der Brustkrebs-Patientinnen auf die Wahrnehmungen von Patientinnen und Partnern hinsichtlich Befindlichkeit und Körperbild der Patientinnen (F2)…….. 44

1.3.3.3 Rolle der Partnerschaftsqualität: Wahrnehmungen von Brustkrebs-Patientinnen und Partnern, Einfluss einer stationären Rehabilitation der Patientinnen sowie Zusammenhang mit Befindlichkeit und Körperbild (F3)…….…… 45

2 Methoden…….. 47

2.1 Studiendesign, Variablen und Untersuchungsplan…….. 47

2.2 Auswahl, Rekrutierung und Charakteristik der Stichprobe……..…. 49

2.2.1 Auswahlkriterien und Rekrutierung der Stichprobe....……..... 49

2.2.2 Merkmale und Repräsentativität der Stichprobe……..……..……. 51

2.3 Materialien und Durchführung…….……..... 54

2.3.1 Messgrößen, Modifikation und Auswertung der Fragebögen…….. 55

2.3.2 Untersuchungs-Ablauf und Durchführung…..……. 58

2.4 Statistische Vorbereitung, Auswertung und Darstellung……..... 60

2.4.1 Beurteilung der Testgüte……..……..... 61

2.4.2 Ermittlung und Ausschluss möglicher Kovariaten…...…… 62

2.4.3 Vorgehen bei der Beantwortung der Fragestellungen und Prüfung der Hypothesen..... 64

3 Ergebnisse……. 67

3.1 Auswirkungen einer Brustkrebsbehandlung auf Befindlichkeit und Körperbild von Brustkrebs-Patientinnen aus Sicht der Patientinnen und ihrer Partner…….. 67

3.1.1 Wahrnehmungen von Brustkrebs-Patientinnen und Partnern hinsichtlich Befindlichkeit und Körperbild der Patientin (F1)…….. 68

3.1.1.1 Befindlichkeit, Stressbelastung und Körperbild im Selbstbild (A) der Patientin zu t1 ($H1^a$)……. 68

3.1.1.2 Vergleich des Selbst- (A), antizipierten Selbst- (B), antizipierten Fremd- (C) und Fremdbildes (D) von Patientin und Partner sowie deren Urteils-Differenzen zu t1 ($H1^b$)…….. 69

3.1.1.3 Zusammenhang zwischen Befindlichkeit und Körperbild im Selbst- (A), antizipierten Selbst- (B), antizipierten Fremd- (C) und Fremdbild (D) von Patientin und Partner sowie deren Urteils-Differenzen zu t1 ($H1^{c}$)… 76

3.1.2 Einfluss einer stationären Rehabilitation von Brustkrebs-Patientinnen auf die Wahrnehmungen von Patientinnen und Partnern hinsichtlich Befindlichkeit und Körperbild der Patientin (F2)……. 77

3.1.2.1 Befindlichkeit, Stressbelastung und Körperbild im Selbstbild (A) der Patientin - Veränderung von t1 zu t2 und t3 ($H2^{a}$)……... 77

3.1.2.2 Vergleich des Selbst- (A), antizipierten Selbst- (B), antizipierten Fremd- (C) und Fremdbildes (D) von Patientin und Partner sowie deren Urteils-Differenzen - Veränderung von t1 zu t3 ($H2^{b}$)……... 83

3.1.2.3 Zusammenhang zwischen der Veränderung in der Befindlichkeit und der Veränderung im Körperbild im Selbst- (A), antizipierten Selbst- (B), antizipierten Fremd- (C) und Fremdbild (D) von Patientin und Partner sowie deren Urteils-Differenzen - Veränderung von t1 zu t3 ($H2^{c}$)…. 91

3.1.3 Rolle der Partnerschaftsqualität: Wahrnehmungen von Brustkrebs-Patientinnen und Partnern, Einfluss einer stationären Rehabilitation der Patientinnen sowie Zusammenhang mit Befindlichkeit und Körperbild (F3)……. 92

3.1.3.1 Vergleich der Partnerschaftsqualität im Selbst- (A), antizipierten Selbst- (B), antizipierten Fremd- (C) und Fremdbild (D) von Patientin und Partner sowie deren Urteils-Differenzen zu t1 ($H3^{a}$)…. 93

3.1.3.2 Einfluss einer stationären Rehabilitation auf die Partnerschaftsqualität im Selbst- (A), antizipierten Selbst- (B), antizipierten Fremd- (C) und Fremdbild (D) von Patientin und Partner sowie deren Urteils-Differenzen - Veränderung von t1 zu t2 und t3 ($H3^{b}$)… 96

3.1.3.3 Zusammenhang zwischen Partnerschaftsqualität und Befindlichkeit sowie Körperbild im Selbst- (A), antizipierten Selbst- (B), antizipierten Fremd- (C) und Fremdbild (D) von Patientin und Partner sowie deren Urteils-Differenzen - zu t1 und Veränderungen von t1 zu t3 ($H3^{c}$)…… 102

3.2 Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Fragestellungen……. 106

3.2.1 Zusammenfassung für Fragestellung 1 (F1; $H1^{a-c}$)……... 106

3.2.2 Zusammenfassung für Fragestellung 2 (F2; $H2^{a-c}$)……... 110

3.2.3 Zusammenfassung für Fragestellung 3 (F3; $H3^{a-c}$)……... 114

4 Diskussion..... 119

4.1 Diskussion der Stichprobe und Kovariaten..... 119

4.2 Bewertung der Ergebnisse zu den Auswirkungen einer Brustkrebsbehandlung auf Befindlichkeit und Körperbild von Brustkrebs-Patientinnen aus Sicht der Patientinnen und ihrer Partner... 125

4.2.1 Wahrnehmungen von Brustkrebs-Patientinnen und Partnern hinsichtlich Befindlichkeit und Körperbild der Patientin (F1, H1[a-c])... 126

4.2.2 Einfluss einer stationären Rehabilitation von Brustkrebs-Patientinnen auf die Wahrnehmungen von Patientinnen und Partnern hinsichtlich Befindlichkeit und Körperbild der Patientin (F2, H2[a-c])... 133

4.2.3 Rolle der Partnerschaftsqualität: Wahrnehmungen von Brustkrebs-Patientinnen und Partnern, Einfluss einer stationären Rehabilitation der Patientinnen sowie Zusammenhang mit Befindlichkeit und Körperbild (F3, H3[a-c])..... 142

4.3 Methodenkritische Zusammenfassung und Schlussfolgerung..... 152

4.4 Ausblick und Implikationen für Praxis und Forschung..... 157

Zusammenfassung XIV

Literaturverzeichnis XXI

Publikationsverzeichnis LXXVII

Ehrenwörtliche Erklärung LXXVIII

Anhang (als separater Anhang-Band)

Abkürzungsverzeichnis

Allgemein

Abb.	Abbildung
allg.	allgemein
AV	Abhängige Variable
BF	Befindlichkeit
BMI	Body Maß Index
bzgl./diesbzgl.	bezüglich/diesbezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DT	Distress-Thermometer
Eds./Hrsg.	Editor/Herausgeber
ein-/zweifakt.	ein-/zweifaktoriell
entspr.	entspricht/entsprechend
e-Mail	elektronische Post
et al.	et alii/et alia (und andere)
etc.	et cetera (und weitere)
evtl.	eventuell
ggf.	gegebenenfalls
ggü.	gegenüber
ggw.	gegenwärtig
GS	Globale Stressbelastung
HEE	High Expressed-Emotions
i.d.R.	in der Regel
i.d.S./i.S.	in diesem Sinne/im Sinne
Kap.	Kapitel
KB	Körperbild
lat.	lateinisch
mgl.	möglich
Mio	Millionen
NA	Negative Affektivität
NK-Zellen	Natürliche Killerzellen
o.g.	oben genannt
Op	Operation
PA	Positive Affektivität
PC	Personal Computer
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
Qol/HrQoL	Quality of Life/Health related Quality of Life
RAM	Realistic Accuracy Model
RCT	Randomized Controlled Trials
resp.	respektive
S.	Seite/n
s.o.	siehe oben
sog.	sogenannt/e
s.u.	siehe unten
SWE	Selbstwirksamkeitserleben

Tab.	Tabelle/n
T-Zellen	T-Zellen/-Lymphozyten
u.a.	und andere/unter anderem
UV	Unabhängige Variable
v.	von (Name)
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche, vergleichbar, verglichen
vs.	versus (gegen/-über)
wg.	wegen
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

Instrumente

BDI-II	Beck Depressions-Inventar (Revision)
BIAS	Body Image Assessment Software
BIBCQ	Body Image After Breast Cancer Questionnaire
BSKE	Befindlichkeitsskalierung anhand von Kategorien und Eigenschaftswörtern
CARES	Cancer Rehabilitation Evaluation System
CARS	The Concerns About Recurrence Scale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EORTC QLQ -C/-BR	European Organization for Research and Treatment of Cancer - Cancer/Breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module
EQ-5D	EuroQol-Fragebogen (Deutsche Version)
FBK-R 23	Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (Revision 23)
FPD	Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik
FoP-Q-SF/P	Fear of Progression Questionnaire - short form = Progredienzangst-Fragebogen für Patienten und Partner
GBB-24	Giessener Beschwerdebogen (Kurzform)
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version
HF	Hornheider Fragebogen
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
PA-F	Progredienzangst-Fragebogen
PAREMO	Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation
PO-Bado	Psychoonkologische Basisdokumentation
SCL-90	Symptom-Checkliste (Deutsche Version)
SF-36	Fragebogen zum Gesundheitszustand (Short Form)
SOMS	Screening für Somatoforme Störungen
SPSS	Statistical Package for Social Science
STAI	State-Trait-Angstinventar

Interventionen

EFT	Emotionsfokussierte Therapien
EPL	Ein Partnerschaftliches Lernprogramm
FSPT	Freiburger Stresspräventionstraining
IPT	Interpersonelle Therapie
IVP	Integrative Verhaltenstherapeutische Paartherapie

KVPT	Kognitiv Verhaltenstherapeutische Paartherapie
KVT/VT	(Kognitive) Verhaltens-Therapie
MBCR	Mindfulness-Based Cancer Recovery
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction
PA/TP	Psychoanalyse/Tiefenpsychologie
SET	Supportiv-Expressive Therapie
VET	Verhaltenstherapeutische Ehetherapie

Organisationen/Strukturen

AHCPR	Agency for Healthcare Research and Quality
APA	American Psychiatric Association
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
DKH	Deutsche Krebshilfe e.V.
DMP	Disease-Management-Programm
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
PSO	Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organisation

Symbole

A,B,C,D	Selbstbild (A), antizipiertes Selbstbild (B), antizipiertes Fremdbild (C), Fremdbild (D)
N/n	Umfang Stichprobe/Teil-Stichprobe
Min/h	Minute(n)/Stunde(n)
&	und
%	Prozent
½, ⅓	ein Halb, ein Drittel
>/</=	größer/kleiner/gleich
↑/↓	hoch/niedrig bzw. steigend/sinkend
≈	rund, etwa
±	Plus/Minus
α	Alpha
§	Paragraph

Abbildungsverzeichnis

Theoretische Grundlagen

Abb. 1 Die den Fragestellungen (F1, F2, F3) und Hypothesen ($H1^{a-c}$, $H2^{a-c}$, $H3^{a-c}$) zugrunde liegenden vier Partner-Urteile und resultierenden sechs analytischen Vergleiche…….. 42

Methoden

Abb. 2 Schematische Darstellung des Untersuchungsplans als Integration von Vorläufer- (Schöne, 2010) und vorliegender Studie […]……. 48
Abb. 3 Schematische Darstellung der Personen-Rekrutierung und wissenschaftlichen Vergleiche in Gegenüberstellung der Gallhofer- (et al., 2008), Vorläufer- (Schöne 2010) und vorliegender Studie……. 49

Ergebnisse

Abb. 4 Befindlichkeits-Gesamtskalen (BSKE, DT) im Selbstbild (A) der Patientin und dem durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1)……. 73
Abb. 5 Negative Körperbild-Gesamtskala (BIBCQ) im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild des Partners (D) zu Reha-Beginn (t1)…… 73
Abb. 6 Negative Körperbild-Gesamtskala (BIBCQ) in den Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners zu Beginn (t1)…… 76
Abb. 7 Veränderung der Befindlichkeits-Subskalen (BSKE) im Selbstbild (A) der Patientin zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) bis vier Wochen nach Abschluss (t3)…… 80
Abb. 8 Veränderung der Befindlichkeits-Gesamtskalen (BSKE, DT) im Selbstbild (A) der Patientin zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) bis vier Wochen nach Abschluss (t3)……..... 80
Abb. 9 Veränderung der Körperbild-Sub- und Gesamtskalen (BIBCQ) im Selbstbild (A) der Patientin zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) bis vier Wochen nach Abschluss (t3)…… 82
Abb. 10 VeränderungderBefindlichkeits-Gesamtskalen(BSKE,DT)imSelbstbild (A) der Patientin und dem durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3)... 85
Abb. 11 Befindlichkeits-Gesamtskalen (BSKE, DT) in den veränderten Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin und dem durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3)……... 86
Abb. 12 Veränderung der negativen Körperbild-Gesamtskala (BIBCQ) im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3)……... 90

Abb. 13 Negative Körperbild-Gesamtskala (BIBCQ) in den veränderten Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3)……. 91

Abb. 14 Items und Gesamtskala zur Partnerschaftsqualität (PQ) im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1)…… 94

Abb. 15 Veränderung der Items und Gesamtskala zur Partnerschaftsqualität (PQ) im Selbstbild (A) der Patientin vom Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) bis vier Wochen nach Abschluss (t3)…….. 98

Abb. 16 Veränderung der Items und Gesamtskala zur Partnerschaftsqualität (PQ) im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3)…… 100

Abb. 17 Partnerschaftsqualität-Gesamtskala (PQ) in der veränderten Differenz zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3)……. 101

Abb. 18 Ergebnisse für die der Fragestellung F1 und den Hypothesen $H1^{a-c}$ zugrunde liegenden vier Partner-Urteile und resultierenden sechs analytischen Vergleiche für die Befindlichkeits- (BSKE, DT) sowie negativen $Körperbild_{(Gesamt)}$-Gesamtskalen (BIBCQ) der Patientinnen und ihrer Partner zu Reha-Beginn (t1)……. 109

Abb. 19 Ergebnisse für die der Fragestellung F2 und Hypothesen $H2^{a-c}$ zugrunde liegenden vier Partner-Urteile und resultierenden sechs analytischen Vergleiche für die Befindlichkeits- (BSKE, DT) und negativen $Körperbild_{(Gesamt)}$-Gesamtskalen (BIBCQ) der Patientinnen und ihrer Partner als Veränderung vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3)……... 113

Abb. 20 Ergebnisse für die der Fragestellung F3 und Hypothesen $H3^{a-c}$ zugrunde liegenden vier Partner-Urteile und resultierenden sechs analytischen Vergleiche für die Partnerschaftsqualität-Gesamtskalen (PQ) der Patientinnen und ihrer Partner zu Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3)……... 118

Anmerkung. Titel sinngemäß gekürzt.

Tabellenverzeichnis

Theoretische Grundlagen

Tab. 1 Hinsichtlich Befindlichkeit und Körperbild bei Brustkrebs-Patientinnen zu Reha-Beginn (t1) bedeutsame soziodemografische, medizinische und behandlungsbezogene Faktoren (aus Schöne, 2010)….. 33

Methoden

Tab. 2. Soziodemografische Personen-Merkmale der Patientinnen zu Reha-Beginn (t1) […]……... 51
Tab. 3 Medizinische und behandlungsbedingte Personen-Merkmale der Patientinnen zu Reha-Beginn (t1) […]…… 52
Tab. 4 Rehabilitationsbezogene Personen-Merkmale sowie Reha-Motivation, -Gründe und -Erwartungen der Patientinnen zu Reha-Beginn (t1) […]…… 53
Tab. 5 Hinsichtlich Befindlichkeit und Körperbild im Selbst- (A), antizipierten Selbst- (B), antizipierten Fremd- (C) und Fremdbild (D) zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) bedeutsame Personen-Merkmale der Patientinnen..... 63
Tab. 6 Darstellung der für die Beantwortung der Fragestellungen herangezogenen Variablen und der für die Prüfung der Hypothesen notwendigen Vergleiche und Analyseverfahren…….. 66

Ergebnisse

Tab. 7 Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin mit dem durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) hinsichtlich der Befindlichkeit zu Reha-Beginn (t1) - […] Ergebnisse der t-Tests…….. 70
Tab. 8 Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin mit dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes zu Reha-Beginn (t1) - […] Ergebnisse der t-Tests…… 71
Tab. 9 Vergleich der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes zu Reha-Beginn (t1) - […] Ergebnisse der t-Tests…… 74
Tab. 10 Vergleich der Befindlichkeit im Selbstbild (A) der Patientin zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - […] Ergebnisse der Varianzanalysen…… 79
Tab. 11 Vergleich des negativen Körperbildes im Selbstbild (A) der Patientin zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - […] Ergebnisse der Varianzanalysen……... 81
Tab. 12 Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin mit dem durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) hinsichtlich der Befindlichkeit zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - […] Ergebnisse der Varianzanalysen…….. 83

Tab. 13 Vergleich der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin und dem durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) hinsichtlich der Befindlichkeit zu Reha-Beginn (t1) mit den Differenzen vier Wochen nach Abschluss (t3) - […] Ergebnisse der t-Tests……. 84
Tab. 14 Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin, des durch den Partner antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes$_{(Gesamt)}$ zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - […] Ergebnisse der Varianzanalysen……... 87
Tab. 15 Vergleich der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst-(B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd-(C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes$_{(Gesamt)}$ zu Reha-Beginn (t1) mit den Differenzen vier Wochen nach Abschluss (t3) - […] Ergebnisse der t-Tests…….. 89
Tab. 16 Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin mit dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) - […] Ergebnisse der t-Tests…….. 93
Tab. 17 Vergleich der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) - […] Ergebnisse der t-Tests……. 95
Tab. 18 Vergleich der Partnerschaftsqualität im Selbstbild (A) der Patientin zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - […] Ergebnisse der Varianzanalysen…… 97
Tab. 19 Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin mit dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - […] Ergebnisse der Varianzanalysen……... 98
Tab. 20 Vergleich der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) mit den Differenzen vier Wochen nach Abschluss (t3) - […] Ergebnisse der t-Tests…….. 100
Tab. 21 Signifikante Zusammenhänge zwischen der Partnerschaftsqualität und der Befindlichkeit im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) sowie zwischen den Veränderungen vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) - […] Ergebnisse der Korrelationsanalysen…… 102

Tab. 22 Signifikante Zusammenhänge zwischen der Partnerschaftsqualität und dem negativen Körperbild im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners (bzw. deren Differenzen) zu Reha-Beginn (t1) sowie zwischen den Veränderungen vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) - […] Ergebnisse der Korrelationsanalysen…… 103

Tab. 23 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Befindlichkeit und negativem Körperbild […] ($H1^a$), […] ($H1^b$), […] ($H1^c$) zu Reha-Beginn (t1) für die Gesamtskalen von BSKE/DT und/mit BIBCQ…...……. 106

Tab. 24 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Veränderung von Befindlichkeit und negativem Körperbild […] ($H2^a$), […] ($H2^b$), […] ($H2^c$) zu Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) für die Gesamtskalen von BSKE,DT und/mit BIBCQ…..…….. 110

Tab. 25 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Partnerschaftsqualität […] zu Reha-Beginn (t1) ($H3^a$), […] vom Reha-Beginn (t1), resp. nach drei-wöchiger Reha (t2) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) ($H3^b$) sowie zum Zusammenhang der PQ mit Befindlichkeit und negativem Körperbild […] ($H3^c$) für die Gesamtskalen von PQ mit BSKE/DT und BIBCQ…… 114

Anmerkung. Titel sinngemäß gekürzt.

1 Theoretische Grundlagen - Vorwort

"Der Krebs stellt grundlegende Annahmen über unser Leben in Frage. Tiefverwurzelte Annahmen über uns selbst, über die Welt und über unsere Beziehungen werden […] erschüttert." (aus Moorey & Greer, 2007)

Die vorliegende Dissertation setzt sich mit den psychophysischen und -sozialen Begleiterscheinungen und Belastungsfaktoren einer Brustkrebs-Erkrankung auseinander. Besonderes Ziel dieser Arbeit ist es, die Auswirkungen auf *Befindlichkeit* und *Körperbild* der Betroffenen aus Sicht der Patientinnen und ihrer Partner sowie die partnerschaftlichen Übereinstimmungen zu untersuchen und dabei den Einfluss einer stationären, interdisziplinären Rehabilitation zu prüfen. Dies stellt eine Erweiterung der Vorläuferstudie von Schöne (2010) um diesen besonderen psychosozialen Schwerpunkt dar und ergänzt die dort vorliegenden Fragestellungen und Patientinnen-Daten um den Vergleich mit einer parallelisierten Partner-Gruppe, was ebenso neue Erkenntnisse über die nachfolgend ausführlicher behandelte *Partnerschaftsqualität* zulässt. Aufbau und Ausführung einzelner Sinnabschnitte (wie die Komplexität der Krebs-Problematik, -Einflüsse und -Interventionen) sind eng an die Vorläuferstudie angelehnt. Psychoonkologische Implikationen werden individuell diskutiert. Zahlreiche Querverweise zur Vorläuferstudie sowie ausführliche Analysen und Diskussionen erklären den Gesamtumfang dieser Arbeit.

1.1 Einführung

Epidemiologie. Die *WHO* berichtet von weltweit über 18,1 Mio Krebs-Neuerkrankten und 9,6 Mio -Toten jährlich (2018). Dabei sind bösartige Tumore der Brust die häufigste (2,1 Mio) und tödlichste (627.000) Krebsform bei Frauen (v.a. der Industrieländer) (*WHO*, 2020). In Deutschland erkranken etwa 42,6% der Frauen in ihrem Leben an Krebs (20,7% versterben). Jede 8. Frau leidet an Brustkrebs - hier liegt das Lebenszeitrisiko bei 12,2% (1:8), das Sterberisiko bei 3,6% (1:28). Von 233.570 Krebs-Neuerkrankungen bei deutschen Frauen macht der Brustkrebs 29,5% aus (2016: 68.950; Schätzung 2020: 69.700) sowie 17,6% aller Krebssterbefälle (2016: 18.570). Obwohl sich die Inzidenz in den vergangenen Jahrzehnten deutlich erhöhte, verringerte sich die Mortalität (relative 5-Jahres-Überlebensrate 2015-2016: 87%), doch bei einem mittleren Ersterkrankungsalter um 64 Jahre ist fast jede Dritte Frau (3:10) jünger als 55 Jahre (*RKI* & *GEKID*, 2019).

Klinische Implikationen. Bei allgemein steigender Lebenserwartung und der Tendenz zu einem positiveren Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung wird die Notwendigkeit multiprofessioneller Unterstützung in der durch diagnostische und therapeutische Fortschritte wachsenden Zahl an Tumor-Neuerkrankungen sowie der verbesserten Überlebenschancen deutlich (vgl. *RKI* & *GEKID*, 2019; *WHO*, 2020). Somit rücken die wissenschaftlich aufgedeckten psychophysischen und -sozialen Krankheitsfolgen sowie die Beeinträchtigung der Lebensqualität in den Behandlungsfokus. Die ganzheitliche Betrachtung der Begleit- und Folgeerscheinungen sowie der individuellen Krankheitsbewältigung ist wichtiger Bestandteil der *Verhaltensmedizin*, *Psychoneuroimmunologie* und v.a. der *Psychoonkologie*, als „interdisziplinäre Kooperation zwischen Onkologen, Immunologen, Endokrinologen, Psychologen und Soziologen" (nach Tschuschke, 2006; vgl. Schedlowski & Tewes, 1996; Herschbach & Heußner, 2008; Koch & Weis, 2009; Ehlert, 2011/& v. Känel, 2011) - Besonderheiten des Brustkrebs berücksichtigend (vgl. Ditz, Diegelmann & Isermann, 2006). Weil der Krebs das gesamte Bezugssystem berührt, könnten Betroffene wie Angehörige durch eine umfassende medizinische und psychosoziale Versorgung befähigt werden, mit den körperlichen und geistigen Anforderungen der Erkrankung umzugehen (vgl. Holland, Watson & Dunn, 2011).

1.2 Stand der Forschung

1.2.1 Lebensqualität bei Brustkrebs

Wie ein Großteil der internationalen Forschung hat sich auch die *Psychoonkologie* insbesondere mit dem multidimensionalen Konzept der *Lebensqualität* auseinandergesetzt (*WHO*, 1993/1998; vgl. Aaronson et al., 1993; Krischke, 1996; Bullinger, Siegrist & Ravens-Sieberer, 2000; Renneberg & Lippke, 2006). Für die *gesundheitsbezogene Lebensqualität* (allgemein oder spezifisch; vgl. Guyatt, Feeny & Patrick, 1993) sei die *Gesundheit* wichtig, als „vollkommenes körperliches, geistiges und soziales Wohlergehen und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ sowie (unter Einbezug von Werten, Kultur, Zielen, Erwartungen, Umwelt etc.) als „subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben“ (nach *WHO*, 1946/1993). *Wohlbefinden* und körperliche, psychische, soziale oder ökologische *(Lebens-)Zufriedenheit* sollten sich

einstellen, wenn „objektive Lebensbedingungen und deren subjektiven Bewertungen“ übereinstimmen (nach Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003). Wie andere Gesundheitsbedingungen (z.B. Alter, Stress, Krankheit) kann auch Brustkrebs die *Lebensqualität* beeinträchtigen, da er vorrübergehend oder dauerhaft von Veränderungen bzw. Störungen in *körperlichen* (und psychischen) *Funktionen* bzw. *Strukturen* und hierdurch von Einschränkungen bzw. Behinderungen in der *Aktivität* bzw. *Teilhabe am (Gesellschafts-) Leben* begleitet ist (nach *ICF*: *WHO*, 2001). Die *"Negativen Folgen der Krebsdiagnose"* beziehen sich u.a. auf körperliche (wie verändertes Aussehen), emotionale, kognitive/ geistige und soziale sowie (persönliche/gesellschaftliche) Rollen-Funktionen (nach Moorey & Greer, 2007). So beschreiben Übersichten und Metaanalysen den Zusammenhang vielfältiger psychophysischer und -sozialer Beschwerden infolge Brustkrebs mit einer geringeren *Lebensqualität* (Moyer, 1997; Turner, Wooding & Neil, 1998; Mols et al., 2005; Baucom et al., 2006; Ganz, 2008; Montazeri, 2008). *Befindlichkeit* und *Körperbild* bilden einen besonderen Forschungsschwerpunkt, da sie einen hohen prädiktiven Wert für die *globale* und *gesundheitsbezogene Lebensqualität* haben (Badger et al., 2004; Avis, Crawford & Manuel, 2005; Deshields et al., 2006).

Nach Fiedler (2008) resultieren psychische Probleme aus „natürlichen Veränderungen im Lebenslauf, akuten traumatischen Erfahrungen oder psychosozialen Belastungen". In interdisziplinären *biopsychosozialen Modellen* werden auch körperliche Erkrankungen als *kritisches Lebensereignis* bzw. *Stressor* gesehen, was bei *Vulnerabilität* die Entwicklung psychischer Belastungen bzw. Störungen begünstigt (vgl. Egger, 2005). Bei (Brust-)Krebs können, neben körperlichen Beeinträchtigungen, gleich mehrere *Risikofaktoren* gegeben sein (z.B. weibliches Geschlecht, jüngeres Alter, geringe soziale Unterstützung, Verlust von Bezugspersonen, Kinder im Haushalt, Arbeitslosigkeit/niedriges Einkommen, Fertigkeits-/Ressourcendefizite, geringes Selbstwertgefühl, psychische Vorerkrankungen; vgl. Hautzinger, 1998; Aschenbrenner et al., 2003). Da intime Beziehungen maßgeblich zu psychischem Wohlbefinden und Stabilität beitragen (vgl. Hahlweg, 2003/& Baucom, 2008) sind das soziale *Funktionsniveau* und individuelle *Kontextfaktoren* wichtige Kriterien u.a. für die Beurteilung klinisch relevanter Störungen (nach *ICF* und *ICD-10*: *WHO* 2001/2015). Daher sollte ein "*Kognitives Modell der Anpassung an Krebs*" individuelle (wie Physiologie, Emotion, Kognition, Schemata), aber auch interpersonelle Faktoren (wie soziale Annahmen/Verhalten) berücksichtigen (nach Moorey & Greer, 2007). Besonders Betreuungsbedürftige sollten mittels psychoonkologischer *Screening*-Verfahren identifiziert werden (vgl. Herschbach & Weis, 2008).

1.2.1.1 Brustkrebs und Störungen der Befindlichkeit

Grundlagen. In Abgrenzung zu kurzweiligen *Gefühlen* und der überdauernden *Persönlichkeit* (vgl. Abele-Brehm & Brehm, 1986; Abele & Becker, 1994) bezeichnen die synonym verwendeten Konstrukte der *Befindlichkeit, Stimmung* und *Affektivität* den „seelischen Zustand" oder die *Grundstimmung* als „das Erleben und Verhalten prägende Einheit des Gefühls- und Gemütslebens" (nach Pschyrembel, 2017; Duden, 2019). Psychischer *Distress* wird dagegen als "unangenehmes emotionales Erleben" zwischen "normalen Gefühlen der Belastung und schwerwiegenden Problemen" definiert (z.B. Sorgen/ Trauer vs. Depression/Angststörung; nach *NCCN*, 2003) und von Krebs-Forschern als „6. Vitalzeichen" postuliert (zu Herzrate, Atmung, Blutdruck, Temperatur, Schmerz; Bultz & Carlson, 2006; Watson & Bultz, 2010). Neben der psychiatrischen Störungs-Diagnostik (*DSM-5*: *APA*, 2015; *ICD-10*: *WHO*, 2015) etablierten sich zur stimmungsbezogenen Erfassung emotionstheoretisch und faktorenanalytisch gewonnene Adjektiv-/Substantivlisten (vgl. Debus & Janke, 2008; Schmidt-Atzert, 2008), aber auch krankheits- und krebsspezifische Instrumente (z.B. *QLQ-C30/-BR23*: Aaronson et al., 1993; Sprangers, 2002/et al., 1996; *FBK-R23*/*FoP-Q*: Herschbach et al., 2003/2005; *CARS*: Vickberg, 2003).

Zur Entstehung und Bewältigung *kritischer Lebensereignisse,* ernsthafter Erkrankungen und emotionaler Störungen zielen zahlreiche verhaltenstheoretische/-medizinische Modelle v.a. auf die das psychische Wohlbefinden beeinflussenden *Coping*-Prozesse ab (vgl. Folkman & Greer, 2000). Die frühe *Stress*-Forschung von Lazarus (& Launier, 1981/ & Folkman, 1984) stellt die Bedeutung der individuellen Einschätzung von Bedrohung und Bewältigbarkeit (*primäre*/*sekundäre Bewertung*) für das Belastungs-Erleben und *Coping*-Verhalten heraus. Nach Antonovsky (1997) ist ein starker *Kohärenzsinn* (als globale Orientierung im Leben anhand der *Sinnhaftigkeit, Handhabbarkeit, Verstehbarkeit*) besonders förderlich für die Stressresistenz und den Gesundheitsprozess (sog. *Salutogenese*). Bei Krebs wurden in einer Übersicht fünf spezifische *Anpassungsstile* identifiziert (Kampfgeist, Vermeidung/Verleugnung, Ängstliche Beschäftigung, Hilf-/ Hoffnungslosigkeit, Fatalismus/Stoisches Akzeptieren; Greer & Watson, 1987). Auch der dispositionelle Umgang mit angstauslösenden Situationen („*Repression*"/Abwehr vs. „*Sensitization*"/Zuwendung) kann eine Rolle für die Gesundheit und emotionale Anpassung spielen (nach Byrne, 1961; Schwartz, Krupp & Byrne, 1971). Einem Überblick nach (Park & Gaffey, 2007) bestimmt ebenso das *Selbstwirksamkeitserleben* (*SWE*; nach Bandura, 1977) als Bestandteil des *Selbstkonzeptes* (vgl. Filipp & Mayer, 2005)

durch die Einschätzung der eigenaktiven Zielerreichung das Gesundheitsverhalten bei (Brust-)Krebs mit - v.a. das spezifische *SWE für die Bewältigung chronischer Krankheiten* (vgl. Holman & Lorig, 1992). Metaanalytisch (Hagger & Orbell, 2010) wirken sich ebenso Aspekte der *gesundheitsbezogenen Selbst-Regulation* (*Common-Sense Model* nach Leventhal; vgl. Cameron & Leventhal, 2003), v.a. die kognitive Krankheits-Repräsentation und das *Coping*-Verhalten, auf krankheitsbezogene Merkmale aus. Auch das *Kognitive Modell* nach Beck (1979), demzufolge psychischen Störungen systematische kognitive Verzerrungen und *Schemata* bei der Selbst-/Informationswahrnehmung und -verarbeitung unterliegen, kann auf depressive und ängstliche Krebspatienten übertragen werden. Ergänzend heranzuziehen sind die *Verstärkerverlust-Theorie* (nach Lewinsohn, 1974), welche von einem Mangel positiver und Übermaß negativer Erlebnisse/Interaktionen ausgeht, sowie das *Modell der Erlernten Hilflosigkeit* (nach Seligman, 1975), welches hinderliche Attributionen und fehlende Kontrollerwartungen postuliert. Darüber hinaus belegen *psychoneuroimmuno*- und *endokrinologische* Überblicke (Jensen, 1991; Antoni, 2003/et al., 2006; Schulz & Gold, 2006; Irwin, 2008; Slavich, 2016) einen wechselseitigen Einfluss von psychischem *Stress*, Verhalten und Gesundheit bzw. Krankheit.

Evidenzen. Die These bestätigend, dass emotionale Belastungen "normale Reaktionen" angesichts lebensbedrohlicher Erkrankungen seien (nach Holland et al., 2011), liegt die Prävalenz psychischen *Distress* oder Störungen von (Brust-)Krebspatienten bei 20-40% (Zabora et al., $2001_{a,b}$; Herschbach et al, 2004; Krauß et al., 2007). Die allgemein erhöhte Lebensdauer und gesteigerte Überlebenszeit bei (Krebs-)Erkrankungen gehen mit dem Risiko des Fortschreitens/Wiederauftretens und daher mit *Progredienz*- oder *Rezidivangst* in Studien (auch Angst vor Gesundheitsfolgen/Tod; Levy et al., 1991; Polinsky, 1994; Dankert et al., 2003; Härtl et al., $2003_{a,b}$; Vickberg, 2003; Herschbach et al., 2005; Mehnert et al., 2009) und Übersichten einher (Lee-Jones et al., 2004; Alfano & Rowland, 2006; vgl. Waadt et al., 2011). Selbst weniger schwere Krankheiten können intensive Angst und *Traumata* hervorrufen, wofür in einem Überblick eine PTBS-Prävalenz von 5-10% bei somatischen Erkrankungen spricht (Krauseneck et al., 2005). Metaanalysen konnten auch bei Krebs höhere Prävalenzen für psychischen *Distress* sowie Depression, Angst-, Anpassungs- (10-17%), Posttraumatische (PTBS) und Somatoforme Störungen (2-3%) belegen (Van'T Spijker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997), welche häufig kombiniert auftreten (ca. 30-40%; Mitchell et al., 2011) und von Krebsart oder Behandlungsphase abhängig sind (Krebber et al., 2014), wobei schon in den Akutkrankenhäusern eine hohe

Behandlungsbedürftigkeit vorliege (ca. ⅓; Singer, Das-Munshi & Brähler, 2010). Gerade bei Brustkrebs zeigen sich in Studien traumatische und intrusive *Stress*-Symptome (Koopman et al., 2002; Mehnert et al., 2009) sowie in Übersichten Beeinträchtigungen des psychophysischen Wohlbefindens und der *Lebensqualität* (Spiegel, 1997; Kornblith, 1998/& Ligibel, 2003; Massie, 2004; Somerset et al., 2004; Alfano & Rowland, 2006; Ganz, 2008; Montazeri, 2008; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008; Schmid-Büchi et al., 2008), auch ggü. anderen Krebsformen (Kangas, Henry & Bryant, 2002). Brustkrebs- haben von allen Krebs-Patienten mit die höchsten Raten an psychischen (v.a. Anpassungs-, Angst-, Depressive) Störungen (Golden-Kreutz & Andersen, 2004; Mehnert et al., 2014). Ggü. der (gesunden) Bevölkerung weisen sie weniger (globale, gesundheits-/körperbezogene) *Lebensqualität, Kohärenzsinn* und Kontrollerleben, dafür mehr Verdrängung, *Distress*, Ängste, Depressivität bzw. PTBS auf (Heim, Kunert & Özkan, 2001; Amir & Ramati, 2002; Tomich & Helgeson, 2002; Grimm et al., 2006; Krüger et al., 2009). Bei einer Gesamtkomorbidität von ca. 43% (26% psychiatrisch) berichten 38% Ängste, 22% Depressionen und 12% PTBS (Mehnert & Koch, 2008) - mit abnehmender Punkt- (bei Diagnose > nach 1 Jahr) und steigender Lebenszeitprävalenz (Härter et al., 2001; Burgess et al., 2005). Forscher vermuten, dass durch die oft unspezifische und früher primär depressionsbezogene Symptom-Erhebung bei Brustkrebs distinkte PTBS-Merkmale überdeckt sein könnten (wie Intrusion, Arousal, Vermeidung; vgl. Maercker & Ehlert, 2001; Mehnert, 2005; Neises, 2007/& Ploeger, 2009), was verzögerte oder steigende psychiatrische Inzidenzen erklärt (Green et al., 1998/2000; Andrykowski & Cordova et al., 1998; Morasso et al., 2001). Denn den Prävalenzen (10-50%) für Depression, Angst-, Anpassungs-, Akute- und PTBS voran, wird v.a. die *globale Lebensqualität* oder krankheitsbedingter *Distress* beschrieben (z.B. Einschränkungen, Belastung, Funktionsfähigkeit; Polinsky, 1994; Ganz et al., 1996/2003; Härtl et al., 2003_b; Kornblith et al., 2003; Kissane et al., 2004; Ell et al., 2005; Deshields et al., 2006; Voigt et al., 2007). Psychischer Stress und komorbide Störungen wirken sich wiederum negativ auf *Lebensqualität*, Verlauf und Prognose bei (Brust-)Krebs aus (z.B. Behandlungsbedarf/-*Compliance*, Chronifizierung, Mortalität), wie Überblicke und Metaanalysen diskutieren (Brown, Lipscomb & Snyder, 2001; Carlson & Bultz, 2004; Kissane, 2009; Mitchell et al., 2011). Metaanalytisch bedingen *Lebensereignisse* und depressive Symptome als *Distress*-Indikatoren bei Brustkrebs (Maunsell, Brisson & Deschěnes, 1992; Brown et al., 2003) ein 25-39% höheres Mortalitäts-Risiko (Satin, Linden & Phillips, 2009) - auch die Suizidalität ist 2- bis 5-fach erhöht (vgl. Breitbart & Krivo, 1998).

Studien (Drabe et al., 2013) und Überblicken (Cordova & Andrykowski, 2003) nach lassen sich bei denselben Krebs-Patienten negative wie positive Krankheitsfolgen, i.S. „*Posttraumatischen Stresses*“ vs. „*-Wachstums*“ aufzeigen. Im Rahmen dieser „*Persönlichen Stärkung/Reifung*“ gehen auch (Brust-)Krebspatienten mit positiv veränderter Lebensansicht oder -ausrichtung aus der Krankheit hervor (Park, Cohen & Murch, 1996; Tedeschi & Calhoun, 1996; Cordova et al., 2001; Tomich & Helgeson, 2002; Carver & Antoni, 2004; Manne et al., 2004_a; Bellizzi & Blank, 2006; Mols et al., 2009; vgl. Kornblith, 1998; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008; Pascoe & Edvardsson, 2013). Zu diesen förderlichen Veränderungen gehört in Studien auch die Inanspruchnahme allgemeiner präventiver Maßnahmen (bei geschultem Bewusstsein, Angebot, Empfehlung; Earle et al., 2003) sowie in Übersichten positive *Lifestyle*-Entscheidungen und das Gesundheitsverhalten (Pinto, Eakin & Maruyama, 2000; Holmes & Kroenke, 2004; Dunn et al., 2015).

1.2.1.2 Brustkrebs und Störungen des Körperbildes

Grundlagen. Das für die Identitätsbildung wichtige *Körperbild* wird in klassischen analytischen Arbeiten als multidimensionales Konzept mit zwei Erlebens-*Komponenten* beschrieben (Gardner, 1996; vgl. Cash & Pruzinsky, 2002; Joraschky, Loew & Röhricht, 2008): die *perzeptive* wird anhand der Genauigkeit der Einschätzung subjektiver zu den tatsächlichen Körpermaßen angezeigt, die *affektive* entspricht den Gefühlen und Einstellungen dem Körper ggü. (z.B. Un-/Zufriedenheit) - beide sind mittels Fragebogen, Interview oder Computerverfahren (z.B. *BIAS*: Letosa-Porta, Ferrer-Garcia & Guitérrez-Maldonado, 2005) erfassbar. Als Annäherung zwischen *Körperrealität* (objektive Gestalt/Größe/Gewicht) und *-ideal* (mentales Konstrukt von Aussehen/Anfühlen/Funktion) erweiterte Price (1999) die zentralen Komponenten um die *Körperpräsentation* (Darstellung/Auftreten/Kleidung). Auch die Einschätzung von Kontrolle und *Attraktivität* spielen für das Körpergefühl eine Rolle (vgl. Bruch, 2001). Obwohl *Attraktivität (lat. = Anziehungskraft,* nach Duden, 2019) auch Wesens-Merkmale (z.B. Charakter, soziale Stellung) umfasst, finden v.a. Äußerlichkeiten Beachtung (z.B. *Schönheit,* Gesicht, Proportionen; nach Perrin, 1921). *Physische Attraktivität* als „eine, der körperlichen Erscheinung durch intersubjektiv gültige Präferenzurteile zugeordnete Eigenschaft“ (nach Köhler, 1978) ist evolutionspsychologisch und kulturübergreifend ein Hinweis auf Gesundheit und Fertilität (z.B. Gewicht, Taille-Hüfte-Verhältnis; Streeter & McBurney, 2003; vgl. Buss, 2004).

Das *Körperbild* wird bestimmt von Lebens- bzw. Entwicklungsphasen und unterliegt durch Erfahrungen, Zuschreibungen sowie kulturell-gesellschaftliche Faktoren normalen Veränderungen, wobei aus individuellen Wahrnehmungen, Emotionen und Kognitionen auch *Körperbild*-Störungen resultieren können. Übersichten verdeutlichen, dass die sorgenvolle Beschäftigung von Frauen (89%) mit ihrem Aussehen, Körper und Gewicht als prämorbider Risikofaktor für die Entwicklung von psychischem *Distress* und *Körperbild*-Störungen bei Brustkrebs angesehen werden kann (Helms, O`Hea & Corso, 2008) und dass diesbzgl. Konzepte persönliche wie auch sozial-gesellschaftliche und kontextuelle Aspekte berücksichtigen sollten (z.B. Rolle der Frau/des weiblichen Körpers, Wertigkeit von Aussehen/Körper/Krankheit, Weltsicht/Orientierung/Normen; vgl. Ogle & Ullstrup, 2006). Zur Erklärung von Wahrnehmungs- und *Körperbild*-Störungen dient erneut u.a. das *Selbstkonzept* (vgl. Filipp & Mayer, 2005), wobei zwischen dem Selbst als *Subjekt* (aktiv) und *Objekt* (Wissen über das Subjekt), mit dem *materiellen* (Körperlichkeit, Besitz), *sozialen* (Außenwirkung) und *spirituellen Selbst* (Einstellungen, Dispositionen), unterschieden wird (nach James, 1890). In einer Übersicht zu *bereichsspezifischen Selbstkonzepten* hängen die *Physische Erscheinung* und das *soziale Selbstkonzept* am engsten mit dem globalen *Selbstwert*-Gefühl zusammen (Harter, 1996), weshalb dieses durch persönlich bedeutsame psychophysische Veränderungen (z.B. bei Krebs) verringert sein kann. Rogers (& Dymond, 1954) postuliert zudem, dass Inkongruenzen zwischen dem *realen* (tatsächlichen) und *idealen* (erwünschten, angestrebten) *Selbstbild* zu relevanten Störungen führen können, was auch den Umgang mit einer (Krebs-)Erkrankung (z.B. infolge Behinderung, Stigmatisierung) erschweren kann. Zudem zeigen Studien (Levy et al., 1987/1991; Abercrombie et al., 2004; Blake-Mortimer et al., 2004) wie Überblicke (Antoni, 2003/et al., 2006; Schulz & Gold, 2006; Irwin, 2008; Slavich, 2016) den Zusammenhang zwischen psychischem *Stress* und neuro-, immuno- oder endokrinologischen Funktionen (z.B. Cortisolspiegel, NK-/zytotoxische T-Zellen) und somit der allgemeinen Gesundheit auf - v.a. aber der Entstehung und Manifestation, dem Verlauf (auch Krankheitssymptomen/-erleben) oder Überleben bei (Brustkrebs-)Erkrankungen.

Evidenzen. Übersichten und Metaanalysen belegen das Risiko für und den Anstieg von *Körperbild*-Störungen über 50 Jahre besonders bei Frauen (z.B. Selbstbeurteilung der *Attraktivität*; Feingold & Mazzella, 1998; Helms, O`Hea & Corso, 2008). Diese zeigen mehr kognitive, emotionale und behaviorale Auffälligkeiten (oft linear zum Gewicht; z.B. negative Körper-Urteile, übergreifende "*Körperbild*-Dysphorie", Investition in das

Aussehen; Muth & Cash, 1997). Auch bei Frauen mit Brustkrebs wirken sich äußere Veränderungen dann (negativ) auf die *Lebensqualität*, emotionale Anpassung und Bewertungsangst aus, wenn das Aussehen höchst selbstwertrelevant ist und viel darin investiert wird (Moreira, Silva & Canavarro, 2010). Früh wurde gezeigt, dass unterschiedliche Aspekte des Körpers, v.a. die Brust in ihrer „medizinischen, funktionellen, geschlechtlichen, sexuellen“ Bedeutung, maßgeblich zur (weiblichen) Identität und zum *Selbstwert*-Gefühl beitragen (Cohen, Kahn & Steeves, 1998; Langellier & Sullivan, 1998; Wilmoth & Ross, 1997). Die Bedrohung der "intakten Einheit" des Körpers (i.S. Unversehrtheit, Vollwertigkeit) durch die Veränderungen bzw. den Verlust körperlicher und sozialer Funktionen (wie Verletzung, Tod) kann sich bedeutsam auf physische und emotionale Aspekte des *Körperbildes* sowie das körperbezogene Wohlbefinden auswirken und zu psychischem *Distress* (Ängste, Depression) bei Brustkrebs beitragen, wie Übersichten und Metaanalysen belegen (Moyer, 1997; Kornblith & Ligibel, 2003; Wilmoth et al., 2004; Alfano & Rowland, 2006; Ganz, 2008; Helms, O`Hea & Corso, 2008; Winters, Benson & Pusic, 2010). Gerade die Nebeneffekte von Chirurgie, Radiatio, Chemo- und Hormontherapie gehen mit Veränderungen der äußeren Erscheinung, Selbstwahrnehmung und Einstellung zum Körper einher, weshalb viele Studien einen negativen Einfluss auf das physische und kognitive Funktionsniveau (wie Erschöpfung/ Fatique, Übelkeit/Erbrechen, Schmerzen, postmenopausale Symptome, Lymphödeme, Gewichtszunahme, Schlaf-/Konzentrations-/Gedächtnisstörungen, Hautveränderungen, Haarverlust, Taubheits-/Spannungsgefühle), die Sexualität und das *Körperbild* nachweisen (Polinsky, 1994; Schover et al., 1995; Ganz et al., 1996/2003/2004; Wilmoth & Ross, 1997; Carver et al., 1998; Longman, Braden & Mishel, 1999; Al-Ghazal, Fallowfield & Blamey, 2000; Yurek, Farrar & Andersen, 2000; Arora et al., 2001; Härtl et al., $2003_{a,b}$; Kornblith et al., 2003; Petronis et al., 2003; Helgeson, Snyder & Seltman, 2004; Arndt et al., 2005; Avis, Crawford & Manuel, 2005; Walsh, Manuel & Avis, 2005; Burwell et al., 2006; Fobair et al., 2006; Siedentopf et al., 2008; Moreira, Silva & Canavarro, 2010; Collins et al., 2011; Raggio et al., 2014). Einige dieser Studien sowie Überblicke (Pinto & Maruyama, 1999; Helms, O`Hea & Corso, 2008; Winters, Benson & Pusic, 2010) bestätigen oft ausgeprägtere Störungen nach invasiveren Eingriffen (z.B. Mastektomie, Lymphonodektomie, Chemotherapie). Für die Körper-Akzeptanz bzw. -Zufriedenheit spielen v.a. das chirurgische, kosmetische und funktionelle Ergebnis sowie das Gefühl von Kontrolle/Einflussnahme eine Rolle (Härtl et al., 2003_a; Siedentopf et al., 2008; Falk-Dahl et al., 2010). Denn das Erleben des Körpers und von Weiblichkeit besteht

nicht vorrangig in der Ablehnung der äußeren Erscheinung, vielmehr in der Reduktion des Körpers auf funktionale Aspekte und der emotionalen Ablehnung der betroffenen Brust (Grimm et al., 2009). Bei jenen *Körperbild*-Störungen haben also weniger die Sorgen um das Äußere als vielmehr die negativen Gedanken bzgl. der *Körperintegrität* und „Entfremdungs"-Gefühle Einfluss auf psychischen *Distress*, *Selbstwert*-Erleben und das soziale bzw. sexuelle Niveau (Carver et al., 1998; Petronis et al., 2003; Fobair et al., 2006).

1.2.1.3 Brustkrebs und Störungen sozialer Beziehungen

Zeitgemäß ist die Annahme, dass (Brust-)Krebs-Erkrankungen kein ausschließlich individueller Stressor der Betroffenen sind, sondern die Bewältigung solch *kritischer Lebensereignisse* Angehörige gleichermaßen vor Herausforderungen stellt, bedenkt man, dass diese infolge jeglicher psychischer oder physischer Erkrankungen mit den charakteristischen Veränderungen umzugehen haben, welche sich *objektiv* im Alltag oder als *subjektive* Belastung wiederspiegeln (vgl. Revenson, Kayser & Bodenmann, 2005; Hahlweg & Baucom, 2008; Heinrichs & Zimmermann, 2008; Kayser & Scott, 2008). So verwundert es nicht, dass Forscher bei Krebs auch von „we-disease" oder einem „emotionalen System" aus Patient und Partner sprechen (Kayser, Watson & Andrade, 2007; McClure et al., 2012; vgl. Hagedoorn et al., 2008). Heranzuziehen ist hier u.a. erneut das „*Transaktionale Stressmodell*" von Lazarus (& Launier, 1981/& Folkman, 1984) mit seinem dynamischen Zusammenwirken von Person und Umwelt. Die komplexen Wechselwirkungen zwischen krankheitsbedingten Beschwerden und individuellem sowie gemeinsamem *Coping* hinsichtlich *medizinischer* (Behandlungs-Entscheidungen, Nebenwirkungen etc.), *sozialer* (Rollen, Aktivität, Rückzug, Austausch, Unterstützung etc.), *emotionaler* (Anpassung, Angst, Depression, Hilf-/Hoffnungslosigkeit, Schuld, Scham, *Selbstwert*-Gefühl, *Körperbild*, etc.) und *existenzieller Stressoren* (Beruf, Lebenssinn, Tod etc.) können in Übersichtsarbeiten die Qualität interpersoneller Prozesse beeinflussen (Bodenmann, 1997; Hagedoorn et al., 2008; Zimmermann, 2014/2015). Ein weiterer Überblick fasst ergänzend den belastenden Einfluss des Krebs auf den gesunden Partner und die Partnerschaft sowie die positive vs. kritische Wirkung auf den Patienten und das Überleben zusammen (Manne, 1998). Doch aufgrund des jüngeren Ersterkrankungsalter (z.B. bei Brustkrebs; *RKI* & *GEKID*, 2019) sind Überblicken nach oft auch Kinder mitbetroffen (Rauch & Muriel, 2004; Möller, Krattenmacher & Romer, 2011).

Grundlagen. Untersuchungen zum bidirektionalen Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Wohlbefinden ziehen häufig die Konstrukte *Partnerschaftsqualität* und *soziale Unterstützung* als Indikatoren heran (vgl. Hahlweg, 2003/& Baucom, 2008). Unter letzterem versteht Cobb (1976) „Personen, Handlungen/Interaktionen sowie Erfahrungen/Erlebnisse, die dem Individuum das Gefühl geben, geliebt, geachtet, anerkannt und umsorgt sowie Bestandteil zuverlässiger Beziehungen und sozialer Gruppen zu sein". Als Korrelate gelten oft Familienstand und Berufstätigkeit sowie Art, Anzahl und Qualität von Sozialkontakten, wobei Unterschiede zwischen der *wahrgenommenen* und *empfangenen* Unterstützung in Übersichten und Metaanalysen bestätigt sind (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990; Haber et al., 2007; Uchino, 2009; Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010). Um ein reliables, valides Kriterium für die *Partnerschaftsqualität* zu bestimmen werden meist hoch korrelierte, subjektive Konzepte wie *Eheglück/-erfolg/-zufriedenheit* genutzt. Beziehungs-Modelle integrieren kognitive und soziale Lern-, Austausch-, Attributions-, Bindungs- und Systemische Theorien (vgl. Hahlweg, 2003/2014; Bodenmann, 2004/2007; Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 2006). Dabei hängen Beziehungsqualität und -zufriedenheit eher von sozialen (v.a. Kommunikations-/Problemlöse-)Kompetenzen ab und metaaanalytisch weniger von demografischen Variablen (Karney & Bradbury, 1995). Auch bei (Brust-)Krebs sollten evidenzbasierte (*Screening*-)Instrumente zur Diagnostik, Therapieplanung und -evaluation sowie zur spezifischen Erfassung sozialer (Basis-) Komponenten oder dyadischer Themen (z.B. gemeinsamer *Distress, Progredienzangst*) eingesetzt werden (Herschbach et al., 2003/2004/2005/2008; Hahlweg, 2016; vgl. Klann, Hahlweg & Heinrichs, 2003; Snyder et al., 2005; Herschbach & Weis, 2008).

Forschungen zur Bedeutung *sozialer Unterstützung* für das Wohlbefinden und die Gesundheit begründen sich meist auf zwei Theorien (vgl. Cohen, 1988/et al., 2000): das *"Haupteffektmodell"* geht von einer grundsätzlich positiven Wirkung, das *"Stress-Pufferungs-Modell"* von einer protektiven Wirkung erst bei Belastung aus. Metaanalytisch besteht gar ein Zusammenhang zwischen *Unterstützung* und Mortalität in der Bevölkerung (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010). *Psychoneuroimmunologische* Übersichten zeigen auf, dass soziale Beziehungen Einfluss auf Körper-(v.a. Immun-)Funktionen und somit auf somatische wie psychische Krankheiten haben - mit gesundheitlicher Auswirkung gerade von partnerschaftlichem *Distress* (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001/et al., 2002; Uchino, 2006/2009). Interpersonelle, v.a. intime Beziehungs-Probleme (wie Konflikte, Trennung, Tod) beeinträchtigen v.a. Frauen und erklären einen hohen Anteil aller Suizidversuche, denn sie sind assoziiert mit Beginn,

Verlauf und Rückfall bei physischen und psychischen Störungen (vgl. Hahlweg, 2003/ & Baucom, 2008) - metaanalytisch belegt bei sog. *"(High)Expressed-Emotions*" (*Kritikverhalten, Feindseligkeit, Emotionales Überengagement*; Hooley, 2007). Wie Studien (Whisman, 2007), Übersichten und Metaanalysen (Whisman, 2001/& Baucom, 2012 Proulx, Helms & Buehler, 2007) bestätigen, sind speziell Partnerschafts-Probleme kausal an der Störungs-Entwicklung beteiligt (v.a. Angst, Depression, Sucht).

Im Allgemeinen beeinflussen akute oder chronische *Lebensereignise* und Kontextfaktoren die Partnerschaft und deren Qualität, z.B. durch Übertragung des Stresserlebens (sog. *„stress spillover"*; Williams, 1995; Neff & Karney, 2004; Karney, Story & Bradbury, 2005; Brock & Lawrence, 2008). Auch Krebs könnte zunächst eine stärkere *Kohäsion*, Unterstützung und Rücksichtnahme des Paares bewirken, aber zu einem anhaltenden Stressor für das Zusammenleben werden (z.B. Routinen, Freizeit, emotionale/finanzielle Belastung; Zimmermann, 2014). Besonders negativ auf Beziehungsverhalten und -qualität wirken sich begleitende psychiatrische Störungen u.a. durch eine Verringerung von (z.B. Problemlöse-/Kommunikations-/Erziehungs-)Kompetenzen aus (vgl. Hahlweg & Baucom, 2008). Ähnlich beschreiben Interaktionstheorien die sozialen *Verstrickungen* Depressiver durch spezifische interpersonelle Muster und Signale (vgl. Coyne, 1976/& Benazon, 2002). I.S. einer "*sich-selbst-erfüllenden Prophezeiung*" (nach Merton, 1948) kann der Einfluss des Brustkrebs auch in einer negativen Selbstwahrnehmung (z.B. sich weniger attraktiv/weiblich fühlen) und einem reduzierten *Selbstwert*-Gefühl der Patientin, welche u.a. intime Beziehungen zur Valdierung ihres *Selbstbildes* nutzt, begründet liegen. Dies kann seitens der Betroffenen zu unrealistischen Annahmen, Befürchtungen und Erwartungen ggü. dem Partner führen (z.B. Erleben von Desinteresse, Unverständnis, Ablehnung), v.a. bei Fehlen vertrauensvoller Kommunikation und oft aus Unsicherheit oder zum eigenen bzw. Schutz der Patientin verändertem Verhalten des Partners (z.B. Rückzug, Konflikt-/Vermeidung, Zurückhaltung von Gefühlen/Bedürfnissen). I.S. einer negativen *Reziprozität* bzw. „reziproker Teufelskreise" werden so negative Gefühle bestätigt, Bedürfnisse frustriert und dysfunktionale Muster verstärkt, was bei wenig gemeinsamer Zeit, niedriger Kommunikationsqualität und schlechtem Befinden zu weiterem *Stress* und ggf. höherem Trennungsrisiko führen kann (vgl. Hahlweg, 2003/2014/& Baucom, 2008). Selbst nach Behandlungsabschluss kann es bei differierenden Prioritäten und Vorstellungen von „Normalität" sowie fehlendem *Emotionalen Updating* (über Wünsche, Bedürfnisse, Sorgen, Erfahrungen, Ziele) zu einer mangelhaften gemeinsamen Krebs-Bewältigung und gar „Entfremdung" des Paares kommen (nach Zimmermann, 2014).

Evidenzen. Vielfach wurde belegt, dass bei der Krebs-Bewältigung die engsten Beziehungen wichtigste Quelle sozialer/emotionaler Unterstützung sind und es gerade hier zu Anpassungs-, Akzeptanz-, Verständnis- und Intimitätsproblemen, Gefühls-, Verhaltens- und Rollenänderungen kommt. Einige Brustkrebs-Patienten äußern den Eindruck, dass andere kein Verständnis haben oder sich die *soziale Unterstützung* und das Netzwerk verringern, was bei Isolation oder Depression zu besonders hohem Leidensdruck führt (Badger et al., 1999; Bloom et al., 2004; Talley et al., 2010; Cardoso et al, 2016). Soziale und familiäre, gerade partnerschaftliche Probleme (wie Qualität, Zufriedenheit, Kommunikation, Intimität/Sexualität, Trennung), bestätigen viele Studien (Polinsky, 1994; Carver et al., 1998; Northouse et al., 1998; Yurek, Farrar & Andersen, 2000; Arora et al., 2001; Petronis et al., 2003; Arndt et al., 2005; Avis, Crawford & Manuel, 2005; Walsh, Manuel & Avis, 2005; Fobair et al., 2006; Sherman et al., 2009) und Überblicke (Northouse & Peters-Golden, 1993; De Boer et al., 1999; Kornblith & Ligibel, 2003; Neutze & Beier, 2005; Alfano & Rowland, 2006; Ganz, 2008; Schmid-Büchi et al., 2008; Neises & Holthausen-Markou, 2010). In einem Überblick sind Brust- (ca. 20%) ggü. anderen Krebs-Patienten anfälliger für (sexuelle) Verschlechterungen der Beziehung (Kornblith, 1998).

I.S. der Annahme, dass *soziale Unterstützung* und Netzwerke allgemeine Gesundheitsfaktoren sowie Entstehung, Verlauf und Mortalität bei Krankheiten beeinflussen, wird der positive oder protektive Effekt des sozialen (auch beruflichen, therapeutischen), v.a. emotional unterstützenden und familiären Kontextes auf den Umgang mit („*Life*"-) *Stress* und die *Lebensqualität* sowie die psychosoziale Krankheits-Anpassung und den -verlauf (wie *Complience*, Komorbiditäten, Überleben) bei Brustkrebs durch Studien (Baider et al., 1998; Koopman et al., 1998; Reynolds et al., 2000; Mehnert & Koch, 2008), Überblicke und Metaanalysen belegt (Helgeson & Cohen, 1996; Spiegel, 1997/& Kato, 2000; De Boer et al., 1999; Park & Gaffey, 2007; Naaman, Radwan & Johnson, 2009; Pinquart & Duberstein, 2010). Unverheiratete Krebs-Patienten und solche mit geringer Ehequalität tragen ein höheres Belastungs- und Sterberisiko (Rodrigue & Park, 1996), auch metaanalytisch (Pinquart & Duberstein, 2010). Hingegen stehen als nicht ausreichend, aversiv, konflikthaft oder negativ verändert erlebte Beziehungen infolge (Brust-) Krebs mit Gesundheitsfolgen, hohem *Stress*-Erleben, geringer *Lebensqualität*, Angst, Depression und PTBS bei Patienten bzw. Partnern in Zusammenhang (Schover et al., 1995; Andrykowski & Cordova, 1998; Kornblith et al., 2003; Manne et al., 2004_b/ 2014; Ell et al., 2005; Drabe et al., 2013). Dabei können selbst gute Sozialkontakte eine problematische Paarbeziehung nicht kompensieren, denn eng verbundene Paare tragen durch

aktives dyadisches *Coping* am meisten zum gegenseitigen Wohlbefinden und zur Anpassung bei (durch Aufmerksamkeit, Empathie, Rücksicht, Unterstützung, Problemlösung, offene Kommunikation/Gefühlsausdruck, *Reziprozität*; Pistrang & Barker, 1995; Kayser et al., 1999/2002/2007; Sormanti & Kayser, 2000). Hingegen führt individuelles oder dyadisches Vermeidungsverhalten, v.a das sog. „*protective buffering*", zu *Distress* bei (Brust-)Krebskranken und Angehörigen sowie zu einer Negativeinschätzung des Kontrollerlebens und der Beziehung bei den Patienten (Kuijer et al., 2000; Manne et al., 2005_a/2006/2007_b; Hinnen et al., 2009). Wiederum geht das Empfinden von Offenheit, Reaktionsbereitschaft, emotionaler Beteiligung und sexuellem Interesse des Partners bzw. der Bedürfnisbefriedigung durch diesen sowie die grundlegende partnerschaftliche Übereinstimmung mit dem Erleben von Akzeptanz, Verständnis, *sozialer Unterstützung*, Intimität, *Attraktivität* sowie weniger Anpassungs-, *Körperbild*- und sexuellen Störungen oder Depressionen der Frauen einher (Abend & Williamson, 2002; Manne et al., 2004_b; Wimberly et al., 2005; Fobair et al., 2006; Talley et al., 2010). V.a. aber bleiben Beziehungsfaktoren über die akute Behandlungsphase hinaus bedeutsam für die psychosoziale Anpassung (wie Wohlbefinden, *Lebensqualität*, Depression, Selbstfürsorge; Kayser & Sormanti, 2002), doch nehmen einem Überblick nach Ungeduld, Konflikte und verdeckt-aggressives Verhalten mit der Krankheitsdauer eher zu (Kepplinger, 1998).

Bei o.g. Besonderheiten infolge Krebs als *kritischem Lebensereignis* kann eher von einer „normalen" partnerschaftlichen Anpassung ausgegangen werden, wenn sonst keine psychischen Auffälligkeiten vorliegen. Oftmals entstehen den Patientinnen und Partnern durch den (Brust-)Krebs gar keine maßgeblichen Beeinträchtigungen oder sogar positive soziale Effekte (z.B. größere Zufriedenheit, Nähe, stärkere Bindungen), wie Studien (Cordova et al. 2001; Manne et al., 2004_a; Bellizzi & Blank, 2006; Mols et al., 2009) und Übersichten (Kornblith, 1998; Manne, 1998; Cordova & Andrykowski, 2003) aufzeigen. 76% der Krebs-Patienten erleben positive Veränderungen bei der *sozialen Unterstützung* und 84% in der Paarbeziehung (z.B. Aufgabenübernahme, Schutz vor Belastungen), wobei die Patienten stärker profitieren als die Partner (*sekundärer > tertiärer Krankheitsgewinn;* Kier et al., 2011). Mehr als 50% der Krebs-Patienten und Partner nehmen überwiegend positive Krankheitsfolgen wahr (Drabe et al., 2013) sowie 42% der Brustkrebs-Paare (z.B. engere Beziehung vs. 1% distanzierter; Dorval, et al., 2005). I.S. „*Posttraumatischen Wachstums*" (Park, Cohen & Murch, 1996; Tedeschi & Calhoun, 1996) könnten v.a. stabile Partnerschaften durch Schicksalsschläge und Traumata gefestigt und bei guter ehelicher Unterstützung von beiden Partnern intensiver erlebt werden.

Belastungen der Partner. Bei psychischen Störungen konnten bereits Wechselwirkungen zwischen (den oft häuslichen) Begleiterscheinungen der Erkrankung und dem Wohlbefinden der mitbetroffenen Angehörigen nachgewiesen werden (Wilms, Wittmund & Angermeyer, 2003), wobei die Themen der Partner Übersichten nach aber in der (Brust-)Krebs-Forschung noch immer eher wenig vertreten sind (Northouse & Peters-Golden, 1993; Carlson et al., $2000_{a,b}$; Neutze & Beier, 2005; Naaman, Radwan & Johnson, 2009; Neises & Holthausen-Markou, 2010). Obwohl viele Bezugspersonen (v.a. Partner) chronisch (ca. 40%; Baanders & Heijmans, 2007) oder Krebs-Kranker (Weiss, 2004) durchaus ähnlich positive Lebens- bzw. Beziehungsveränderungen wie die Patienten beschreiben, hängt deren Fähigkeit (emotionale) Unterstützung zu leisten auch von der eigener Bewältigung und Reaktion auf die bedrohliche Erkrankung ab. Denn Beziehungsfaktoren (z.B. individuelles/dyadisches *Coping*, Kommunikation) beeinflussen bei Brustkrebs die sozialen, kognitiven und verhaltensbezogenen Prozesse (z.B. Zurückhaltung, *Protektion*), die Krankheitsanpassung (z.B. Wohlbefinden, *Distress*) und die Beziehungszufriedenheit beider Partner (Manne et al., 2004_a/2005_a/2006/2007_b/2009/2014). Setzt man beider Krankheitsbewältigung in Zusammenhang, sind die Symptome (*Distress*, Angst, Depression) oft hoch korreliert und psychosoziale Anpassungs- bzw. *Coping*-Prozesse (emotions-/problemfokussiert, behavioral) ähnlich - wobei die wahrgenommene *soziale Unterstützung*, das soziale Problemlöse- und Vermeidungsverhalten und v.a. die erlebte Anpassung des jeweils anderen in Studien (Baider et al., 1998; Keller et al., 1998; Ey et al., 1998; Northouse et al., 1998; Ben-Zur, 2001/et al., 2001; Segrin et al., 2005; Wimberly et al., 2005; Brusilovskiy, Mitstifer & Salzer, 2009; Hinnen et al., 2009; McClure et al., 2012) und Übersichten (Blanchard, 1997) bedeutsam sind.

Die Anforderungen an Angehörige chronisch oder psychisch Kranker (z.B. Unterstützung, Alltagsorganisation, Pflege etc.) können in Übersichten zu geringer körperlicher und psychischer Gesundheit sowie familiären Einschränkungen führen (z.B. geringe Immunantwort, somatoforme Beschwerden, Überforderung, Angst, Depression, Schuld, Ärger bei *Non-Complience*, Traurigkeit, Kontrollverlust-/Insuffizienzerleben, geringe Selbstfürsorge; Jungbauer, Bischkopf & Angermeyer, 2001; Wiese, Lexow & Hahlweg, 2008; Wilz & Meichsner, 2015). Dieses bei (Brust-)Krebs oft "verborgene", durch die negativen Affekte des Erkrankten erhöhte, emotionale wie soziale *Stress*-Risiko intimer Beziehungs-Partner wird durch ihr Bedürfnis nach Krankheits- und Behandlungs-Informationen, Hilfe im Alltag, Entlastungs- und Erholungs-Möglichkeiten sowie Erfahrungsaustausch in Studien (Schönberger & von Kardorff, 2000/2001/2002/2003, vgl. 2004;

Sherman et al., 2009; Schmid-Büchi et al., $2011_{a,b}$) und Übersichten bestätigt (Foy & Rose, 2001; Pitceathly & Maguire, 2003; Schmid-Büchi et al., 2008; Naaman, Radwan & Johnson, 2009; Götze & Brähler, 2012). Von allen Partnern chronisch Kranker, welche negative Effekte erleben (>50% persönlich, 20% sozial, 18% finanziell), ist die Vulnerabilität von Partnern Krebs-Kranker am höchsten, v.a. bei Metastasierungs-, *Progredienz*- oder *Rezidivangst* (Morse & Fife, 1998; Baanders & Heijmans, 2007; Zimmermann et al., 2011). Ferner weisen diese ggü. der Allgemeinheit mehr *Distress* (ängstlich, depressiv), eheliche Unzufriedenheit sowie weniger *Lebensqualität* bzw. *Coping*-Aktivität auf (Toseland, Blanchard & McCallion, 1995; Bergelt et al., 2009). Sogar verglichen mit anderen inner-/außerfamiliären Unterstützern erleben die Partner mehr Anpassungsprobleme, weniger Wohlbefinden bzw. *soziale Unterstützung* (Sherman et al., 2009). Patientinnen und Partner benennen v.a. *Distress* (>90%) vor Ängstlichkeit und Depressivität (Schmid-Büchi et al., 2011_b; Rosenberger et al., 2012). Ein Überblick schätzt eben diesen Anteil psychischer Belastungen von Partnern etwa gleich den Krebs-Patienten ein (Blanchard, 1997), spätere Studien (Ben-Zur, Gilbar & Lev, 2001; Schmid-Büchi et al., 2011_a) und Metaanalysen (Hagedoorn et al., 2008) auch höher. In der palliativen und finalen Phase sind Familien besonders belastet, z.T. sogar stärker als die Patienten (Grunfeld et al., 2004; Kissane et al, 1998/2006; vgl. Hudson, 2004). Mit der belegbaren Depressivität bzw. geringem Selbstvertrauen und -*wirksamkeitserleben* des Partners steigen wiederum dessen Sorgen (über das eigene und Wohlergehen der Patientin/Familie, Krankheits-Rolle, Beruf, Sexualität), was die partnerschaftliche Kommunikation beeinflussen kann (Lewis et al., 2008_a; Fletcher, Lewis & Haberman, 2010).

1.2.2 Psychoonkologische Interventionen bei Brustkrebs

Wie o.g. Evidenzen nahelegen, bestehen bei einem nennenswerten Anteil aller Krebspatienten auffällig starke Beschwerden und somit psychoonkologischer Unterstützungsbedarf, doch nur 36% der Belasteten (*Distress*, Angst, Depression) bringen das zum Ausdruck, alle anderen nicht oder benötigen keine Hilfe (Baker-Glenn et al., 2011). Über deutsche Studien hinweg leiden 40-50% der Krebs-Kranken an seelischen Störungen, bei ca. 30% ist eine psychosoziale Betreuung indiziert (Weis, Schwarz & Blettner, 2009; vgl. Weis & Koch, 1998). Dabei sind Nachfrage und Inanspruchnahme postoperativer

Nachsorgeangebote bei Frauen generell höher, v.a. aber bei psychosozial behandlungsbedürftigen infolge Brustkrebs (bis 62%; Grimm et al., 2006), wobei diese trotz Bedarf die ambulante Betreuung (Beratung, Psychotherapie, Selbsthilfegruppe) früher meist nicht nutzten (32vs.46%) oder nur ein Bruchteil auf ihre Depressionen hin behandelt wurde (ca. 5-12%; z.B. Medikamente, Beratung, Gruppen) (Brusis, Voigt & Mai, 1993; Ell et al., 2005). Inzwischen nehmen zwar mehr Patientinnen psychosoziale (24%) oder Reha-Programme (57%) wahr, doch nur 15% aller und 23% der psychiatrisch auffälligen äußern überhaupt Unterstützungsbedarf (Mehnert & Koch, 2008; vgl. Mehnert, 2014).

Aufgrund vielfältiger Faktoren bei der Bedarfsanalyse sowie Diskrepanzen zwischen Behandlungs-Indikation und -Realisation erhält laut Studien (Schmid-Büchi et al., $2011_{a,b}$) und Übersichten (Greer, 2002; Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002; Mehnert, 2014) nur ein gewisser Prozentsatz der bedürftigen Krebs-Patienten oder Partner ausreichende psychoonkologische Unterstützung. Mögliche Versorgungs-Barrieren sieht eine Übersicht auf Patienten- wie Behandler-Seite (u.a. unerkannter Bedarf, Informations-Mangel, Organisation/Verfügbarkeit, geringe Selbstfürsorge/Unterstützung/Ressourcen, Kultur, Einstellung/Akzeptanz, Stigmatisierungs-Angst) - v.a. aber in einer defizitären Arzt-Patienten-Kommunikation (z.B. Problemansprache; Dilworth et al., 2014). Früher seien nur 54% durch die medizinischen Primärbehandler über Hilfsangebote bei Brustkrebs informiert worden (Angehörige/Freunde > Klinikarzt; Brusis, Voigt & Mai, 1993). Dabei äußern Erkrankte wie Partner oft erst auf Empfehlung Anderer ihre krebsbezogenen Themen, müssen also aktiv in ihren Bedürfnissen unterstützt werden (Rosenberger et al., 2012; vgl. Wilz & Meichsner, 2015). Bedenkt man, dass aus Sicht Betroffener Informationen schlecht verfügbar oder inadäquat sind (v.a. bei hohem Alter, geringer Bildung; Mehnert & Koch, 2008; Cardoso et al, 2016), sollte das Gesundheitspersonal als „Türöffner“ zur bedürfnisgerechten Nachbetreuung fungieren (nach Alfano & Rowland, 2006).

1.2.2.1 Behandlungsstandards bei Brustkrebs

Im Rahmen des *"Nationalen Krebsplans"* (*BMG*, 2012) soll eine integrierte, gestufte Versorgung gewährleistet werden (onkologisch à psychosozial à psychoonkologisch/-therapeutisch) - beginnend mit einem standardisierten, validierten Routine-*Screening* zur individuellen psychosozialen und psychiatrischen Belastung, bedürfnisgerechter Beratung bis hin zu indizierter Pharmako- und (Einzel-/Gruppen-/Paar-/Familen-)Psychotherapie

in unterschiedlichen Behandlungsphasen (vgl. Herschbach & Weis, 2008; Andersen et al., 2014; Weis, 2015/et al., 2000/2014). In einem *„Leitlinienprogramm Onkologie"* sind evidenzbasierte, interdisziplinäre Maßnahmen für die „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten" verankert (vgl. *Leitlinie Brustkrebs; AWMF, DKG & DKH*, 2014/2019) - ebenso in *„Disease Management Programmen"* des Gesundheitssystems (*DMP-Richtlinie*, 2017). Die Versorgung wird durch ein zertifiziertes *„Zentrenmodell"* mit einheitlichen Qualitätsstandards gewährleistet (*DKG & DKH*, 2013; *DRV*, 2016). Hierzu gehört die bzgl. Krankheitsbewältigung/-verlauf, *Compliance*, Arzt-/Angehörigen-Patientin-Kommunikation und Überleben förderliche, umfängliche Implementierung einer psychoonkologischen Betreuung in *Brustkrebszentren* (vgl. Beckmann et al., 2011; Singer, Dieng & Wesselmann, 2013; Rauchfuß et al., 2004). Angesichts der Versorgungsdefizite ist die professionelle Betreuung wichtig, realisiert über Liaison-/Konsiliardienste in Akutkrankenhäusern, ambulante psychosoziale Klinik-Dienste, niedergelassene Therapeuten (*TP/PA > VT*; v.a. *Individual*-Therapie) und im Schwerpunkt Krebs-Beratungsstellen, welche häufig durch Brustkrebs-Patientinnen und Angehörige (über den Tod hinaus) aufgesucht werden (Grunfeld et al., 2004; Bergelt et al., 2010; vgl. Schönberger & v. Kardorff, 2004; Domann & Weis, 2005; Weis, 2015).

Onkologische Rehabilitation. Die *medizinische Rehabilitation*, als gesetzliche Versicherungsleistung (*SGB V*), ist Baustein einer Systematik aus Prävention, Akutmedizin und Nachsorge und orientiert sich an einem *biopsychosozialen Krankheitsmodell* (vgl. Egger, 2005) sowie der *„Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit"* (*ICF*: *WHO*, 2001), wonach bedarfsgerecht die individuellen Therapie-Ziele sowie ein multidisziplinäres, evidenzbasiertes Nachsorgeprogramm abgeleitet werden sollen (Haaf & Schliehe, 2000; Heim, 2001; Pottins, Irle & Korsukéwitz, 2009; Buchholz & Kohlmann, 2013; Weis & Giesler, 2014; vgl. Bengel & Koch, 2000). *„Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe"* bei bösartigen Geschwulst- und System- waren (neben psychischen) Erkrankungen 2018 mit am häufigsten (ca. 151.351 *„Ca-Leistungen"*: 147.699 stationär) - mit der stärksten Inanspruchnahme durch Frauen (ca. 84.848) mit Brustkrebs (ca. 40.460; *DRV*, 2018). Als *primäre Ziele* gelten die Förderung von *Gesundheit* und *Lebensqualität* (z.B. Belastungs-Reduktion, Selbstbestimmung, Verhaltensaktiva), der *Leistungs-* und *Erwerbsfähigkeit* sowie *gesellschaftlichen Teilhabe* (trotz physischer, psychischer, sozialer oder beruflicher Belastungen) - eher *sekundär* sind medizinische Faktoren (wie Rezidivfreiheit,

Überlebenszeit; *DRV*, 2016). Aus dem Forschungsschwerpunkt *"Rehabilitation von Krebskranken in Deutschland"* (zur Krankheitsverarbeitung/*Lebensqualität*, *Soziale Unterstützung*/Partnerschaft, Psychosoziale/Psychoonkologische Intervention; vgl. Weis & Koch, 1998) konnte auch eine „*Leitlinie für die Rehabilitation von Patientinnen mit Brustkrebs*" zur multiprofessionellen Versorgung nach indikationsspezifischen wissenschaftlichen Konzepten und einheitlichen Qualitätsstandards entwickelt werden (*DRV*, 2007). Analyse-Übersichten zu den Reha-*Modulen* zeigen meist gute Evidenzen z.B. für Entspannung, Patientenschulungen, Bewegungstherapie, psychosoziale Beratung/Therapie und eher geringe für Physiotherapie, Lymphdrainage, Massage und künstlerische Therapien (Weis & Bartsch, 2004/& Domann & Bartsch, 2005; Domann & Weis, 2005, 2007/et al., 2007; Bartsch & Zeiss, 2014). Übersichten nach werden die Informationsvermittlung und psychische Stabilisierung eher in stationären onkologischen Rehas (bei häufiger psychisch Belasteten), Schmerzreduktion in ambulanten (bei häufiger körperlich Belasteten) und die körperliche Leistungsfähigkeit in beiden erreicht (Lehmann et al., 2008). Wobei gerade *„ganzheitliche Programme"* in Wirksamkeit und Effizienz für diverse Kriterien bei unterschiedlichen Erkrankungen bestätigt sind (auch Brustkrebs; Haaf, 2005) und psychoonkologische Standards bislang nur in der *stationären Rehabilitation* quantitativ ausreichend erscheinen (vs. stationäre Akut-/ambulante Nachbetreuung; Weis, Schwarz & Blettner, 2009). Wenngleich es in Europa ein weitgehend einheitliches Verständnis von und Evidenzen für die multidimensionale und -disziplinäre Reha gibt, hängt die Umsetzung vom jeweiligen Sozial- und Gesundheitssystem ab (z.B. mehr stationäre Konzepte in Mitteleuropa; vgl. Feger & Thomeit, 2003; Hellbom et al., 2011).

1.2.2.2 Individual- und Gruppen-Interventionen bei Brustkrebs

Überblicksarbeiten zufolge sind psychosoziale (oft ambulante) Programme effektiv und wirtschaftlich, da Ressourcen geschont und persönliche wie ökonomische „Langzeitkosten" durch den Krebs effizient reduziert werden (z.B. Bedarf/Inanspruchnahme von Spezialisten; Brown, Lipscomb & Snyder, 2001; Carlson & Bultz, 2004). Den zwar variierenden, aber klinisch bedeutsamen Einfluss evidenzbasierter psychosozialer *Individual*- oder *Gruppen*-Interventionen (wie körperliches Training, *Psychoedukation*, Entspannung, *Verhaltenstherapie/KVT*) auf physische, psychische und soziale Merkmale der Krankheit und Anpassung bei (Brust-)Krebs bestätigen Überblicke und Metaanalysen

(Devine & Westlake, 1995; Fawzy et al., 1995; Pinto & Maruyama, 1999; Spiegel, 1997; Barsevick, 2002; Alfano & Rowland, 2006; Jacobsen & Jim, 2008; Graf & Wessely, 2010). Viele (z.T. *kontrollierte*) Studien bei (Brust-)Krebs konnten die positive Wirkung *edukativer, kognitiver, behavioraler* oder *supportiver* (Gruppen-)Therapien auf Krankheitswissen/-anpassung, körperliche und Immunfunktionen (z.B. NK-/T-Zellaktivität, Fatique, Schmerz) sowie psychische und Verhaltens-Änderungen belegen (z.B. Gesundheitsorientierung, *Lebensqualität*, *Coping*-Skills, Ernährung, *Distress*, Angst, Depression, Ärger, Traumasymptome, *Selbstwert*-/Kompetenzerleben, *soziale Unterstützung*, *Körperbild*, Akzeptanz des Sterbens) (Moorey et al., 1994; Manne et al., 2005_b; Cunningham et al., 1998; Edelman, Bell & Kidman, 1999; Helgeson et al., 2000/2001; Classen et al., 2001; Goodwin et al., 2001; Neises et al., 2001; Kissane et al., 2003/et al., 2007; Andersen et al., 2004; Vos et al., 2006). In einigen dieser Studien sowie Überblicken und Metaanalysen (Greer, 2002; Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002; Courneya, 2003; Chow, Tsao & Harth, 2004; Edwards et al., 2004/2008; Kissane, 2009; Raingruber, 2011; Mustafa et al., 2013) gelten o.g. Effekte oft nur kurzfristig und nicht für das Überleben.

Hinsichtlich o.g. (brust-)krebskorrelierter Beschwerden stellen sich laut Metaanalysen die zufriedenstellenden Wirkungen verschiedener Interventionen meist auf einem hohen (*1a*-)Evidenzlevel dar - z.T. ohne große Unterschiede zwischen den Behandlungsformen (z.B. *VT, Edukation, Selbsthilfegruppe*), aber mit abweichenden Effekten der Interventionsdauer (je länger desto stärker/nachhaltiger), auf einzelne Symptome (z.B. Effekte für Angst > Depression) und bzgl. der Nachhaltigkeit (z.B. *Entspannung* = kurzfristig; *Psychoedukation, Individual-/Gruppen*-Psychotherapie = langfristig) (Meyer & Mark, 1995; Sheard & Maguire, 1999; Rehse & Pukrop, 2003; Söllner & Keller, 2007; Faller et al., 2013). Für den Interventions-Zeitpunkt belegt eine Studie, dass sich *Distress*, *Körperbild* und Aktivitäten zwar in jedem Fall, bei frühzeitiger Behandlung jedoch schneller verbessern können (Vos et al., 2006). Die Wirksamkeit differiert in Überblicken und Metaanalysen auch nach Erkrankungs-Stadium (z.B. bei frühem Brustkrebs besser *Entspannung/Hypnose/Imagination*/*Individual*-Therapie; bei metastasiertem Brustkrebs besser *Gruppen*), Zielgruppe (z.B. *Psychoedukation* bei homogener Brustkrebs-Gruppe) und Indikation (z.B. *Beratung* bei interpersonellen Problemen, *Gruppentherapie* für *Coping*-Skills, *Musiktherapie* zur Emotionsregulation, *Hypnose* bei Übelkeit) (Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002; Zimmermann, 2005/et al., 2007; vgl. Hewitt, Herdman & Holland, 2004). In der Behandlung körperlicher, psychischer und psychosomatischer Krankheiten sind eine transparente Struktur und der Einbezug des Sozialkontextes

wichtig, weshalb meist die Überlegenheit der *kognitiven Verhaltenstherapie* (*KVT*) bestätigt wird (Ehlert & Kienzle, 1998; Fiedler, 2008; vgl. Hautzinger, 1998; Bodenmann, 2004; Moorey & Greer, 2007; Linden & Hautzinger, 2008) - auch in Übersichten zu (Brust-)Krebs (v.a. für *Lebensqualität*, Angst, Depression, Immunparameter, nicht Überlebenszeit; Williams & Dale, 2006; Subnis et al, 2014; Jassim et al., 2015). Auf *Entspannung* und *Imagination*, *Stress*-Bewältigung (*CBSM*) oder *Achtsamkeit* (*MBCR*) beruhende Gruppen wirken v.a. positiv auf physische, kognitive und Immunparameter (z.B. *Stress*-Erleben, Fatique, Anspannung, Sympatikusaktivität, Lymphozyten, Cortisolspiegel; Richardson et al., 1997; Antoni et al., 2001; McGregor, 2004; Carlson et al., 2013/2016). Den *Durchführer-Effekt* in Studien berücksichtigend (z.B. Psychologen; Kissane et al., 2003), erweisen sich gerade individualisierte, psychologisch angeleitete Verfahren in Übersichten und Metaanalysen als effektiver (Jassim et al., 2015; Osborn, Demoncada & Feuerstein, 2006; Zimmermann, Heinrichs & Baucom, 2007). Oft profitieren *„Hochrisiko"*-Gruppen (mit hohem *Distress/*Leidensdruck, wenig Optimismus bzw. persönlichen/sozialen Ressourcen, geringer *sozialer*/Partner-*Unterstützung*), wie Studien (Moorey et al., 1994; Manne et al., 2005_b; Helgeson et al., 2000; Antoni et al., 2001; Goodwin et al., 2001), Überblicke und Metaanalysen stützen (Meyer & Mark, 1995; Sheard & Maguire, 1999; Zimmermann, 2005/et al., 2007; Söllner & Keller, 2007; Faller et al., 2013). Daher sollte der Behandlung ein systematisches *Screening* auf individuelle Belastungen vorrausgehen (z.B. krebsspezifische *Progredienzangst*; vgl. Waadt et al., 2011).

1.2.2.3 Paar- und Familien-Interventionen bei Brustkrebs

Die dargestellte Empirie zu psychosomatischen und Beziehungs-Störungen legt nahe, dass interpersonelle Aspekte nicht nur in der psychoonkologischen Diagnostik und Therapie berücksichtigt, sondern die *Individual*-Therapie durch *partner-/familiengestützte* sowie klassische oder *störungsspezifische Paar-/Familien-Interventionen* ergänzt werden sollten, um die Behandlung Erkrankter durch Therapie-Begleiter zu optimieren, die Belastungen Angehöriger zu reduzieren oder den gemeinsamen Umgang mit krankheitsbegleitenden (Interaktions-)Störungen zu verbessern (vgl. Bodenmann, 2004; Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 2006/2016; Hahlweg & Baucom, 2008; Heinrichs, Bodenmann & Hahlweg, 2008; Zimmermann & Heinrichs, 2008). In zahlreichen Übersichten haben (Brust-)Krebs-Patienten als auch deren Bezugspersonen (Partner, Familie) grundlegende

Informations-, Orientierungs- und Unterstützungs-Bedürfnisse in psychophysischen und -sozialen Bereichen (Pitceathly & Maguire, 2003; Hudson, 2004; Neutze & Beier, 2005; Schmid-Büchi et al., 2008; Naaman, Radwan & Johnson, 2009; Götze & Brähler, 2012; Wilz & Meichsner, 2015). Zudem haben Angehörige wiederum großen Einfluss auf das Befinden, Gesundheitsverhalten und die *Complience* psychisch und körperlich Kranker und somit den Behandlungsverlauf bzw. -erfolg, wie Studien (Schönberger & v. Kardorff, 2001/2002/2003, vgl. 2004; Welk et al., 2005) und Überblicke zeigen (Fisher & Weihs, 2000; Wiese, Lexow & Hahlweg, 2008; Whisman & Baucom; 2012).

Evidenzen. Wie bei den Krebs-Patienten sollte auch bei deren Partnern und Familien ein *Screening* auf individuelle oder dyadische Belastungen denen Zugang zu psychosozialen Interventionen ermöglichen, welche laut Studien den höchsten therapeutischen Bedarf und optimalen Nutzen haben (= „*Hochrisiko*"-Gruppen: sozialer *Distress*/Belastungen/Konflikte/Unzufriedenheit, wenig Unterstützung/*Coping*; Toseland, Blanchard & McCallion, 1995; Blanchard, McCallion & Toseland, 1996; Kissane et al., 1998/2006/2016). Wie für stabile Beziehungen postuliert („*5:1-Verhätnis*" nach Gottman, 1994), scheint auch die familiäre Anpassung bei Brustkrebs besser, wenn sich die Interaktions-(v.a. Lebens-)Partner über krebsrelevante Themen supportiv und emotional austauschen (z.B. positive Gefühle, „Wir"-Formulierung, Angst- statt Ärgeräußerung; Robbins et al., 2013/2014). Dabei erleben Paare *gegenseitige Offenheit* befriedigender als das *Nichtsprechen* über Brustkrebs, doch *Uneinigkeit* über den Umgang mit Belastungen führt zu Problemen (Hilton & Koop, 1994). Alleine der Fokus auf die Beziehung in einer Brustkrebs-Gruppe (ohne Partner) reduziert *Distress* und depressive Symptome, v.a. bei zuvor starken physischen Belastungen und geringer partnerschaftlicher Unterstützung (Manne et al., 2005_b). Individuelle und paarbezogene Interventionen steigern allgemein die Kommunikation, Unterstützung, Empathiefähigkeit sowie Verbundenheit und Verlustangst-Toleranz der Partner (Carter & Carter, 1994). Studien (Baucom et al., 2009), Übersichten und Metaanalysen (Martire et al., 2010; Baik & Adams, 2011; Regan et al., 2012; Badr & Krebs, 2013; Zimmermann, 2015) belegen bei chronischen und (Brust-)Krebs-Patienten wie Partnern gleiche oder gar überlegene Evidenzen von paar- ggü. patientenorientierten Interventionen bzgl. individueller psychophysischer (*Lebensqualität*, Schmerz, *Distress*, Depression) und allen voran dyadischer Funktionen (z.B. *Coping*, Kommunikation, Anpassung) - wobei die Effekte z.T. nur als klein bis mittel, nicht gleich für beide Partner (größere Effekte für PatientInnen) oder als fraglich stabil bewertet werden.

Doch trotz spezifischer Anregungen für den Einsatz bei gefährdeten Paaren sowie in Übersichten statistisch und klinisch bedeutsamer gesundheitlicher, emotionaler und behavioraler Effekte (Snyder et al., 2005/2006), sind nur einige der praktizierten paarbezogenen Interventionen selbst empirisch abgesichert (vgl. Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Baucom, Epstein & Gordon, 2000; Hahlweg & Baucom, 2008). Metaanalytisch in ihrer Wirkung bestätigt ist v.a. die (*kognitive*) *Verhaltenstherapeutische Ehe-* bzw. *Paartherapie* (*VET/KVPT*; Shadish & Baldwin, 2005) - u.a. mit den Bausteinen Interaktionsanalyse, Kommunikationstraining, Problembewältigung und positive *Reziprozität* (vgl. Bodenmann, 2004/2007; Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 2006/2016; Hahlweg, 2003/2014). Ebenfalls gut wirken die *Integrative Verhaltenstherapeutische Paar- (IVP*), *Interpersonelle Therapie* (*IPT*) und gezielte partnerschaftliche Trainings-Programme auf das individuelle und dyadische *Coping*, *Lebensqualität*, Leistungsniveau und Partnerschaftszufriedenheit (ggf. Trennung) (Thurmaier et al., 1999/vgl. 2015; Christensen et al., 2004/2006; Schramm, 2009). Bei Paaren nach Brustkrebs tragen *Emotionsfokussierte Therapien* (*EFT*) zu emotionaler Annäherung und weniger *Distress* sowie *Mindfulness-Based Stress Reduction* (*MBSR*) zum Umgang mit dem *Selbst-* und *Körperbild* in Übersichten bei (Naaman, Radwan & Johnson, 2009; Johnston, 2012). Fundierte (präventive) Programme (z.B. für Paare/Eltern) lassen sich auch auf chronische Krankheiten (z.B. Krebs) und spezifische Probleme (z.B. Sexualität) übertragen (vgl. Heinrichs, Bodenmann & Hahlweg, 2008). Solche partnerschaftlichen Programme (wie *„CanCOPE“*, *„Seite an Seite“*) bewirken in (*kontrollierten*) Studien bei (brust-)krebserkrankten Frauen und ihren Partnern positive (z.T. bis zu 3 Jahre präventive) individuelle und dyadische Effekte, v.a. hinsichtlich *Lebensqualität*, “*Posttraumatischer Reifung*”, *Distress*, depressiver Symptome, (*Progredienz-*)Angst, *Coping-Skills*, Unterstützung, Kommunikation, allgemeine/sexuelle Krankheitsanpassung und weiblicher *Körperbild*-Akzeptanz (ggü. Training nur der Frauen oder *Edukation*) (Scott, Halford & Ward, 2004; Zimmermann & Heinrichs, 2008/2011/& Scott, 2006; Heinrichs & Zimmermann, 2008/et al., 2012). Hier wirken u.a. die *Psychoedukation* und emotionale wie praktische Unterstützung bei der Krebs-Diagnose, -Auswirkungen und -Integration in das Leben, wohingegen ausbleibende Effekte bzw. stabiles dyadisches *Coping* und Zufriedenheit auf eine gute Anpassung vor der Maßnahme hindeuten (u.a. Zimmermann, Heinrichs & Scott, 2006). Ansonsten tragen auf Intimität fokussierte und *Sexual*-Therapien bei Paaren in Brustkrebs-Studien (Manne et al., 2005_b/2007_a) und -Übersichten (Carroll, Baron & Carroll, 2016) zu psychischen und funktionellen Verbesserungen bei (z.B. *Distress*, *Selbstbild*,

Beziehungen, Sexualität; vgl. *"The Relationship Intimacy Model"* nach Manne & Badr, 2008; *„Model of Sexual Re-Bonding after Breast Cancer"* nach Traun-Vogt & Herdina, 2010). An die Partner selbst gerichtete, oft *edukative* (Gruppen-)Interventionen (z.B. *„Coping With Cancer"*) verbessern deren Angst, Depression, *Skills*, *Selbstwerterleben*, Selbstfürsorge, Kommunikations- und Unterstützungfähigkeiten sowie *Partnerschaftsqualität* in Studien (Lewis et al., 2008_b) und Übersichten (Northouse & Peters-Golden, 1993) - erzielen in Studien aber nicht immer sofortige, jedoch protektive Effekte auf die Partner (z.B. weniger Gemütsstörungen nach 3 Monaten) und wirken unabhängig davon positiv auf die nicht-teilnehmenden (Brust-)Krebs-Patienten (z.B. weniger Gemütsstörungen, mehr Unterstützungserleben, höhere Ehezufriedenheit) (Toseland, Blanchard & McCallion, 1995; Blanchard, McCallion & Toseland, 1996; Bultz et al., 2000). Dies wird v.a. mit dem Austausch individueller Erlebensweisen (gerade der Partner über ihre Gefühle, Konflikte) und allgemein positiverer Paardynamik erklärt.

Übersichten nach kämen in der Angehörigen-Betreuung, v.a. palliativer/terminaler Krebs-Patienten, existentielle Themen (wie Pflege, Intimität, Elternschaft, Kinder-Bedürfnisse, Tod, Trauer) zu kurz - hier schließen Familien-Angebote an (Hudson, 2004; Rauch & Muriel, 2004; vgl. Heinrichs, Bodenmann & Hahlweg, 2008). Eine (präventive) *„Familienfokussierte Trauertherapie"* verbessert oder schützt individuelle (wie *Distress*, Depression) und familiäre Funktionen (wie Zusammenhalt, Kommunikation, Konfliktfähigkeit; Kissane et al., 1998/2006/2016). Bei Brustkrebs sind auch *Mutter-Kind-Angebote* für die betroffenen Frauen und oft ebenso emotional bzw. im Verhalten auffälligen Kinder sehr effektiv (John, Mattejat & Becker, 2010; Wiedebusch et al., 2010).

1.3 Die vorliegende wissenschaftliche Untersuchung

1.3.1 Bewertung des bisherigen Forschungsstandes

Den zahlreichen wissenschaftlich belegten physischen, psychischen und sozialen Rehabilitations-Bedürfnissen bei Brustkrebs-Patientinnen und Angehörigen stehen eindrücklich in ihrer Wirksamkeit bestätigte psychoonkologische Interventionen gegenüber. Doch selbst bei dieser sehr gut evaluierten Krebs-Population muss der Kenntnisstand immer noch als defizitär und die Schlussfolgerungen als selektiv bzw. vorläufig betrachtet werden.

1.3.1.1 Grundlagen-Kritik an der Brustkrebs-Forschung

Insgesamt stellt ein Großteil der zuvor dargelegten (Meta-)Analysen die durch sie gewonnenen empirischen Erkenntnisse zugleich selbst in den kritischen Disput. Einerseits sind manche Befunde aufgrund begrifflich-konzeptueller (z.B. empirische Modelle), methodisch-operationaler (z.B. Forschungsstrategien) oder kulturell-gesellschaftlicher Besonderheiten nur unter Vorbehalt interpretier- und übertragbar (z.B. Durchführbarkeit in klinischer Praxis, Effizienz/Ökonomie). Wesentliche Unterschiede bestehen zudem in der Güte und Verwertbarkeit der Daten (Auswahl/Erhebung/Analyse). So werden grundlegende Fragen, wie nach der *Lebensqualität*, unterschiedlich operationalisiert - oft gelten somatische Beschwerden, Wohlbefinden, unspezifischer *Distress*, Angst, Depressivität oder Krankheitsanpassung als gleichwertige Indikatoren/Kriterien. Übersichten hinterfragen auch die Validität in der Erhebung von z.B. PTBS-Symptomen (selten mittels semi-/strukturierter Interviews) und grundsätzlich die Zulässigkeit der spezifischen *Trauma*-Definition bei Krebs (Neises, 2007/& Ploeger, 2009). Ansonsten inkonsistente Ergebnisse beruhen oft auf ungleich validen bzw. reliablen Messungen oder variierenden *Cut-off*-Werten (z.B. Alter). Metaanalysen verweisen auf Abweichungen bei Krebs-Studien in Design oder Stichprobe (z.B. Tumorart, Geschlecht, Alter) und den Mangel an Vergleichsgruppen (z.B. bei psychischen Krankheitsfolgen) (Van'T Spijker et al., 1997; Hagedoorn et al., 2008). Schon eine frühe Krebs-Übersicht mahnt methodische Probleme an, wie kleine Stichproben, retrospektive Designs, Quer- statt Längsschnitt-Studien, statistisch-analytische Mängel und Störfaktoren (z.B. beim Beleg psychosozialer Einflussfaktoren; Jensen, 1991). Auch werden oft in Krankheits- oder Personenmerkmalen heterogene Populationen herangezogen oder für Untergruppen-Analysen nicht hinreichend große Fallzahlen generiert (obwohl bei Brustkrebs möglich). Zudem werden selten (kognitiv-behaviorale) Faktoren zur Langzeit-Anpassung untersucht (z.B. in der Partnerschaft), wobei aber gerade psychische Faktoren metaanalytisch zeitlichen Schwankungen unterliegen (Van't Spijker et al., 1997). Auch (evtl. konfundierende) soziodemografische, krankheits-/behandlungsbedingte und v.a. rehabilitationsbezogene Variablen werden oft nicht konsequent in o.g. Untersuchungen berücksichtigt (vgl. **Kap.** 1.3.1.2 und 2.4.2).

Interventionen. Auch die meist positiven Ergebnisse zur Effektivität psychosozialer Angebote bei Krebs bewerten Überblicke und Metaanalysen wegen oft eingeschränkter Studienqualitäten "vorsichtig" (z.B. Defizite/Heterogenitäten/Inkonsistenzen bzgl.

Interventions-/Hypothesenbeschreibung, Techniken/Kriterien, Rekrutierung/*Dropouts*, Randomisierung/Kontrollen, *Power*-/*Intent-to-treat-Analysen*, Implementierung/Durchführereffekte/Treatment-Treue) (Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002; Rehse & Pukrop, 2003; Jacobsen & Jim, 2008; Raingruber, 2011). Zugleich verweisen Übersichten und Metaanalysen auf einen möglichen *Bias*-Effekt bzgl. der Interventions-Auswahl (z.B. Bevorzugung von *VT*; Shadish & Baldwin, 2005; Jassim et al., 2015). Gerade frühe Studien beruhen oft auf unstandardisierten, ambulanten Programmen mit einem schwer vergleichbaren Therapie-Spektrum, andere auf amerikanischen „*1a-Gold-Standards*" (mit *randomisierten, kontrollierten* Trails/*RCT`s*; nach *AHCPR*; vgl. Nutting, 1992), welche dem deutschen Forschungs- und Versorgungsstand (klinisch und praktisch) womöglich wenig entsprechen. Übersichten fordern zudem standardisierte Instrumente, *Kosten-Nutzen*-Analysen und den Patienten-Besonderheiten angepasste Interventionen (z.B. Alter, Krebsstadium, Ethnie, Präferenzen, Interventions-Art/-Häufigkeit/-Intensität; Edwards et al., 2004/2008; Graf & Wessely, 2010; Raingruber, 2011). Differenzielle und Langzeit-Wirkungen sowie der Praxisbezug einiger (v.a. paar-/familienorientierter) Verfahren werden in Übersichten nur bedingt (Söllner & Keller, 2007), die Bedeutung einzelner (z.B. Entspannung) oder vermittelnder Elemente (z.B. Telefonate, Materialien) bei ganzheitlichen, interdisziplinären Programmen gar nicht separat abgebildet. Die ohnehin selteneren, dann meist deutschen Wirksamkeitsanalysen für stationäre onkologische Reha-Konzepte sollten zukünftig zur Qualitätssicherung und Vergleichbarkeit auf den standardisierten, modularen *Rehabilitations-Leitlinien* beruhen (z.B. für Brustkrebs; *DRV*, 2007). Idealerweise sollten wissenschaftliche Reha-Aussagen, welche sich an interdisziplinären Modellen der *Gesundheit* und *Krankheit* orientieren (nach *WHO*, 1946/2001), dann auch auf einer multimodalen (medizinischen, psychologischen, sozial/-rechtlichen) Diagnostik mit multiplen Konstrukten und Datenquellen/-ebenen getroffen (z.B. *Multi-Trait-Multi-Method-Ansatz*; vgl. Bengel & Faller, 2011) und Behandlungseffekte nicht nur mittels statistischer Signifikanz, sondern die klinische Bedeutsamkeit mit den selteneren *Effektstärken* dargelegt werden (vgl. Leonhart, 2004). Wenn statistisch oder klinisch relevante Effekte belegt werden, dann meist für allgemeine Parameter (z.B. Belastung, *Lebensqualität*) bzw. unspezifische Interventionen und eher durch naturalistische *Ein-Gruppen-Prä-Post-Designs*, welche im Reha-Alltag ökonomischer sind als *RCT`s*, aber wegen u.a. systematischer Störeffekte (z.B. Klinik-Stichproben, Therapie-Präferenz, Treatment-Diffusion) zum Nachteil der Validität (vgl. Haaf & Schliehe, 2000; Muche et al., 2002). Neben oft niedrigen Rücklaufquoten kann eine implizite

Stichproben-Selektion (z.B. Freiwilligkeit, „*Hochrisiko*"-Gruppen) die Aussagekraft einschränken und zur Überschätzung der Therapiewirkung führen, z.B. wenn RehabilitandInnen und Partner behandlungsbedürftiger sind als Nicht-Teilnehmer (Schönberger & v. Kardorff, 2002; Weis, Moser & Bartsch, 2002; Welk & Koch, 2005). Auf *gematchte* oder statistisch *homogenisierte* Vergleichs-Stichproben wird wenig zurückgegriffen. In Längsschnitt-Studien sind Reha-Effekte z.T. durch fehlende Angaben (*Missing Data*) und Abbrüche (*Drop-outs*) verzerrt, werden diese nicht als therapierelevante Hinweise berücksichtigt (z.B. als Nutzen/Zufriedenheit in „*Intention-to-treat*"-Analysen"; vgl. Faller, 2004). Auch wäre es umfassender und individualisierter, würden neben klassischen *indirekten* (= Prä-Post-) auch *direkte* Änderungsmessungen (= Abfrage) oder adaptive, ökonomische Tests (nach „*Item-Response-Theorie*") einbezogen. Ausbleibende Wirksamkeitsnachweise können zwar auf eine gute Krankheitsanpassung (i.S. „*Deckeneffekt*"), zugleich auf unzuverlässige Instrumente hindeuten, welche Konstrukte nicht *spezifisch* (z.B. körperliche Krebs- vs. Depressions-Symptome) oder Änderungen im Verlauf nicht *sensitiv* abbilden (vgl. Bortz & Döring, 2005). So findet ein Krebs-Überblick durch Differenzierung zwischen depressiven Symptomen und manifester Depression nur noch wenige effektive Interventions-Studien zur Depressions-Reduktion (Williams & Dale, 2006). Außerdem werden meist nur unmittelbare, kurzfristige Reha-Effekte betrachtet, obwohl zur Nachsorge-Optimierung die Katamnese von „Routine-Daten" ein Jahr nach Therapieende empfohlen wird (vgl. Muthny, Bullinger & Kohlmann, 1999), was für den langfristigen Umgang mit chronischen Erkrankungen immernoch kurz scheint. Abhängig von Zeitraum (oft 3-12 Monate) und Methodik (auch Instrumenten-*Spezifität/-Sensitivität*) der *Follow-up*-Studien bleibt die Evidenz zur Erfolgsstabilität uneinheitlich (vgl. Schröck, Schwiersch & Stepien, 1994). Evtl. mangelt es auch an Kenntnis und Kontrolle für die Vorhersage von Erfolg bzw. Nachhaltigkeit und somit die Therapieplanung wichtiger Aspekte (von Patient, Krankheit, Behandlung). Ebenso wird der Einfluss rehaspezifischer Faktoren, wie Motivation, Erwartungen und Ziele der Patienten (und ggf. Behandler), auf den Prozess und Erfolg (z.B. Zufriedenheit, *Lebensqualität*, Gesundheitsverhalten) selten berücksichtigt (vgl. Bengel & Koch, 2000/& Faller, 2001; Haaf & Schliehe, 2000; Bergelt et al., 2000/2006; vgl. **Kap.** 1.3.1.2 und 2.4.2). Einer Übersicht nach decken sich zwar Reha-Indikationen, -Ziele und -Motivation der Patienten (Buchholz & Kohlmann, 2013), doch gibt es kaum systematische, mehrdimensionale Standard-Messinstrumente oder entsprechende Gruppen-Normen (vgl. Koch & Welk, 1996; Hafen et al., 2001; Weis, Moser & Bartsch, 2002).

Partner. Trotz der Bedeutung interpersoneller Funktionen bei Brustkrebs rücken Angehörige mit ihrem Erleben, Wahrnehmungen, Erfahrungen (mit dem Krebs, der Patientin, Lebensveränderungen) und Unterstützungsbedarf nur langsam in den Forschungsfokus. Wie Übersichten bestätigen, setzt man sich erst beginnend mit der Krankheitsbewältigung auch der Paare auseinander und bringt die geschlechtsspezifischen Prozesse in Zusammenhang (Northouse & Peters-Golden, 1993; Carlson et al., $2000_{a,b}$; Foy & Rose, 2001; Naaman, Radwan & Johnson, 2009). Doch werden die Themen der Partner nicht kontinuierlich über alle Krankheitsphasen betrachtet (oft nach Krebs-Diagnose vs. Rezidiv vs. palliativ), ebenso wenig reaktionelle Besonderheiten und Unterschiede. Zudem werden die Effekte individueller, angehörigen-spezifischer oder paar-bezogener psychoonkologischer Interventionen selten auf Patientinnen und Partner gleichermaßen untersucht - z.B. ob eine stationäre Rehabilitation positiven Einfluss auf jeden Einzelnen und die dyadischen Prozesse (z.B. Paar-Übereinstimmungen) hat, was bedeutsam für die Krankheitsbewältigung sein kann. Am wenigsten ist dabei erforscht, ob sich die Partner gegenseitig in das (Körper-)Erleben einfühlen können und welchen Einfluss wechselseitige Annahmen und die *Partnerschaftsqualität* (auch auf die Reha-Effekte) haben (vgl. **Kap.** 1.3.3).

1.3.1.2 Sozioökonomische, medizinische, behandlungs- und rehabilitationsbezogene Faktoren bei Brustkrebs

Zahlreiche *soziale, medizinische* und andere (Personen- und Kontext-)Faktoren wurden hinsichtlich ihres Einflusses auf Merkmale der (*globalen* und *spezifischen*) *Lebensqualität* sowie die physische, psychische und soziale (auch berufliche) Anpassung von Krebspatienten und deren Angehörigen untersucht (vgl. *RKI* & *GEKID*, 2019; *WHO*, 2020). Zur Unterstützung der Methodenkritik werden im Folgenden einige Ergebnisse der bereits vorgestellten Literatur um mögliche Einflussfaktoren ergänzt (vgl. v.a. Schöne, 2010).

Evidenzen. Obwohl sich o.g. Einschränkungen der psychophysischen Funktionsfähigkeit bei den meisten Brustkrebs-Patientinnen einer Studie alleine über die Zeit bzw. den Therapieverlauf verbessern (Helgeson, Snyder & Seltman, 2004), interagieren in einem klassischen Überblick *medizinische, intrapsychische* (u.a. *Coping*, Persönlichkeit), *soziale* und *sozioökonomische Variablen* (u.a. Unterstützung, Ressourcen) sowie die Zeit seit der Behandlung mit der Krankheitsanpassung (Kornblith, 1998). Eine spätere

Übersicht zur *Lebensqualität* bei Brustkrebs findet starke Evidenzen für den medizinischen Status, *soziale Unterstützung*, Einkommen und Chemotherapie, hingegen schwache für Berufsstatus, Alter der Kinder, *Trait*-Angst, *Stress*, Gesundheits-/Kontrollerleben, kulturelle Herkunft und Lebenssinn (Mols et al., 2005). Die psychosoziale Anpassung und psychische Morbidität bei (Brust-)Krebs (v.a. *Distress*, Depression, PTBS, *Rezidiv-/ Progredienz-/*Angst) stehen großteils in Wechselwirkung mit oder werden erklärt durch demografische Variablen (z.B. weibliches Geschlecht, jüngeres Alter, geringere Bildung, Kinder/-zahl unter 18 Jahren, keine Berufstätigkeit), frühere/weitere Lebensereignisse, Stressoren, Traumata, chronische Belastungen und psychiatrische Symptome (ggf. Diagnosen, Psychotherapie), Persönlichkeit/*Traits* (z.B. Neurotizismus), *Coping*-Stil, Kognitionen und Erleben (z.B. Negativität, Hoffnungslosigkeit, Resignation vs. Optimismus, Kontroll-/*Selbstwirksamkeits-/Selbstwert*-Erleben), Ressourcen, (v.a. partnerschaftliche) *soziale Unterstützung* und Interaktionen sowie die physische und mentale Funktionsfähigkeit bzw. *Lebensqualität*, wie in vielen Studien (Andrykowski & Cordova, 1998; Longman, Braden & Mishel, 1999; Green et al., 2000; Härter et al., 2001; Morasso et al., 2001; Amir & Ramati, 2002; Koopman et al., 2002; Kornblith et al., 2003; Vickberg, 2003; Bloom et al., 2004; Golden-Kreutz & Andersen, 2004; Kissane et al., 2004; Avis, Crawford & Manuel, 2005; Burgess et al., 2005; Ell et al., 2005; Deshields et al., 2006; Krauß et al., 2007; Park & Gaffey, 2007; Mehnert & Koch, 2008/et al., 2009) und Überblicken belegt (Helgeson & Cohen, 1996; Greer, 2002; Aschenbrenner et al., 2003; Kornblith & Ligibel, 2003, Mehnert, 2005; Montazeri, 2008; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008). Bei diesen und weiteren Arbeiten haben oft auch körperliche Krankheits- und Behandlungsfaktoren (z.B. Progress/Stadium, Einflussnahme, physische Beeinträchtigungen, Nebenwirkungen, Rezidivierung, Menopause/Fatique/Schmerzen, chirurgisches/kosmetisches/funktionelles Ergebnis, Chemo-/Hormontherapie, Behandlungsende, Komorbiditäten - weniger die Zeit seit Diagnose oder Op-Methode) Einfluss v.a. auf *Körperbild* und sexuelle Störungen (Schover et al., 1995; Härtl et al., $2003_{a,b}$; Ganz et al., 2004; Herschbach et al., 2003, Burwell et al. 2006; Fobair et al., 2006; Siedentopf et al., 2008; Falk-Dahl et al., 2010; Rosenberg et al., 2013). Dass junge Frauen mit metastasiertem Brustkrebs gefährdeter für *Distress* sind, hängt womöglich mit Behandlungsdauer und -setting zusammen (Herschbach et al., 2004). Andere finden bei Jüngeren eine geringere *Progredienz-*, aber höhere *Rezidivangst* sowie ein negativeres Körpererleben und Op-Unzufriedenheit trotz besserem kosmetischen Ergebnis, hingegen bei Älteren mehr physische Probleme und geringere körperbezogene *Lebensqualität*, aber bessere

soziale Funktionen (Härtl et al., 2003_a; Avis, Crawford & Manuel, 2005; Krüger et al., 2009). Die (späteren) *Stress*-Reaktionen hängen insgesamt von der ersten Reaktion auf und der Lebensbeeinflussung durch den Krebs ab (Koopman et al., 2002). Die daraus resultierende *Lebensqualität* sagt die dynamischen *Coping*-Strategien (wie *kognitive Umstrukturierung*, Hilfe suchendes Verhalten) voraus (kaum umgekehrt; Danhauer et al., 2009). Emotionsfokussiertes (individuelles, dyadisches) *Coping* geht mit mehr *Distress* und Anpassungsproblemen bei Brustkrebs einher (Ben-Zur, Gilbar & Lev, 2001). Gerade für *Körperbild*- oder sexuelle Störungen spielen individuelle (z.b. *Attraktivitäts*-Erleben, Körperzufriedenheit, Optimismus) und Beziehungsfaktoren (z.b. Verständnis-/Paarprobleme) eine Rolle (Schover et al., 1995; Abend & Williamson, 2002; Burwell et al., 2006; Fobair et al., 2006), wobei für die *Selbst-Akzeptanz* der Frauen deren Alter und Depressionen sowie die Paarzufriedenheit ihrer Partner Prädiktoren sind, für die von den Frauen angenommene *Partner-Akzeptanz* das Alter, die Paarzufriedenheit sowie das dyadische *Coping* der Frauen (Zimmermann, Scott & Heinrichs, 2010). Dabei moderieren Alter, Geschlecht, Bildung und Einkommen allgemein den Zusammenhang zwischen Beziehungszufriedenheit und Depression (vgl. Whisman, 2001). Die seltenen, aber meist nebenwirkungskorrelierten Unterschiede zwischen den Op-Methoden werden weniger, je länger die Op zurückliegt (Collins et al., 2011). Doch tendenziell führt Mastektomie zu geringeren physischen und emotionalen Funktionen (bzgl. *Lebensqualität, Distress*), operativer/kosmetischer Unzufriedenheit, *Körperbild*- und Sexualstörungen, aber weniger *Rezidivangst*, wie Studien (Al-Ghazal, Fallowfield & Blamey, 2000; Yurek, Farrar & Andersen, 2000; Härtl et al., $2003_{a,b}$; Ganz et al., 2004; Rosenberg et al., 2013; Raggio et al., 2014) und Übersichten bestätigen (Irwig & Bennetts, 1997; Montazeri, 2008; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008). Der meist positive Einfluss der *Brusterhaltung* auf die krebsspezifische (psychische, soziale, sexuelle) Anpassung sowie Selbst- und *Körperbild* ist auch metaanalytisch gesichert (Moyer, 1997). Die Effekte zur Brustrekonstruktion sind in Studien (Al-Ghazal, Fallowfield & Blamey, 2000; Schover et al., 1995; Rowland et al., 2000; Yurek, Farrar & Andersen, 2000; Fobair et al., 2006; Collins et al., 2011) und Übersichten (Harcourt & Rumsey, 2001) inkosistent. Die psychosomatische Vulnerabilität, v.a. aber die Überlebenszeit und Mortalität, hängen von Chemotherapie und Hormonrezeptorstatus, Metastasen, Alter (z.B. größere Rolle des sozialen Netzwerkes bei Jüngeren), sozioökonomischem Status, Kultur und Ethnizität (korreliert mit Bildung, Einkommen, medizinischer Versorgung, sozialer Ungleichheit), Familienstand (Mortalität: nie verheiratet > geschieden/getrennt/verwidwet > verheiratet), *sozialer Unterstützung*/

Isolierung, (emotionalem) *Coping* sowie unbehandelter Depression (bei evtl. geringer Therapie-*Complience*) in (Brust-)Krebs-Studien (Rodrigue & Park, 1996; Cunningham et al., 1998; Reynolds et al., 2000), Überblicken und Metaanalysen ab (Manne, 1998; Aziz & Rowland, 2002; Kissane, 2009; Pinquart & Duberstein, 2010). So korrelieren u.a. jüngeres Alter, hoher sozioökonomischer Status, Ethnizität und städtisches Leben mit dem Gesundheitsverhalten und der Nutzung (nicht-krebsbezogener) präventiver Maßnahmen (Earle et al., 2003). Überblicken nach sind *Lifestyle*-Faktoren (wie Sport, Ernährung, Kontakte) mit dem allgemeinen Krankheitsrisiko sowie *Lebensqualität*, Verlauf und Überleben bei (Brust-)Krebs verbunden (Pinto, Eakin & Maruyama, 2000; Holmes & Kroenke, 2004), wobei ein beachtlicher Teil der Krebs- und diesbzgl. Sterbefälle auf „vermeid- oder modifizierbaren" (Lebensgewohnheiten, Verhaltens- und psychosozialen) Faktoren beruhen sollen (nach Dunn et al., 2015; *WHO/DKFZ*: in *RKI* & *GEKID,* 2019).

Allgemein erleben Personen nach außergewöhnlichen Ereignissen stärkere "*Reifungsprozesse"* als ohne, Frauen dabei mehr als Männer, wobei der persönliche (Interventions-) Gewinn bei Frauen nach Brustkrebs größer ist als bei gesunden (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tomich & Helgeson, 2002). Bzgl. des „*Posttraumatischen Wachstums*" bei Brustkrebs erklären kontextuelle, Krankheits- und individuelle Faktoren große Varianzen (z.B. Alter, Einkommen, Familien-/Bildungsstand, Berufstätigkeit, Zeit seit Diagnose, Radiotherapie, Tumorstadium, erlebte Krankheitsintensität/Lebensbedrohung, aktives *Coping*, Sprechen über Krebs) (Cordova et al., 2001; Bellizzi & Blank, 2006; Mols et al., 2009). Dabei profitieren diese sog. „*Hochrisiko*-"Patientinnen (z.B. mit körperlichen Belastungsfaktoren) oft stärker, auch bzgl. Interventions-Erfolgen (Kissane et al., 2003; Carver & Antoni, 2004). Andererseits scheinen die subjektiv positiven Krebs-Folgen in einer Übersicht v.a. durch den Optimismus beeinflusst und gehen mit der physischen *Stress*- (u.a. Immun-) Antwort, weniger mit psychosozialen Faktoren einher (Pascoe & Edvardsson, 2013).

Partner. Das psychophysische Risiko und der Behandlungsbedarf von Paaren und gerade Partnern infolge von (Brust-)Krebs ist u.a. abhängig von der Dauer der zu leistenden Unterstützung (bzw. Zeit seit Diagnose), der Charakteristik der Krankheit (wie Stadium/ Malignität/Rezidiv/Metastasen, Chemotherapie, Einschränkungen/Nebenwirkungen/ Schmerz/Fatique, palliative/terminale Behandlung), des Erkrankten bzw. Partners selbst (jüngeres Alter, weibliches Geschlecht, Anpassung/*Distress*/Angst/Depression, Krankheit) sowie von sozialen/familiären Funktionen (z.B. Paarveränderungen/-Zufriedenheit/ -Verbundenheit, Konflikte, finanzielle Sorgen, Unterstützung/Netzwerk), wie Studien

(Baider et al., 1998; Keller et al., 1998; Northouse et al., 1998; Morse & Fife, 1998; Grunfeld et al., 2004; Manne et al, 2004_a; Weiss, 2004; Baanders & Heijmans, 2007; Schmid-Büchi et al., $2011_{a,b}$; Drabe et al., 2013) und Übersichten belegen (Northouse & Peters-Golden, 1993; Blanchard, 1997; Pitceathly & Maguire, 2003). Dabei lässt sich der *Distress* der Patientinnen leichter vorhersagen als der ihrer Partner (Baider et al., 1998), wobei letztere belasteter (depressiv) sind, wenn sie älter, geringer gebildet, sorgenvoller (bzgl. Beruf, Zukunft, Wohlergehen der Patientin), weniger selbstbewusst/-wirksam im Krankheits-Umgang, kürzer verheiratet oder in keiner gefestigten Beziehung sind (Lewis et al., 2008_a; Fletcher, Lewis & Haberman, 2010). Die *Vulnerabilität* Angehöriger psychisch Kranker wird in einem Überblick durch ähnliche Faktoren erklärt wie bei den Betroffenen, v.a. psychosoziale Ressourcen (z.B. Unterstützung), kognitive Prozesse (z.B. Attributionen, *Selbstwirksamkeits*-/Bewältigbarkeitserleben) und *Coping*-Strategien (z.B. Kommunikation, *„protective buffering*/*Expressed-Emotions*") (Jungbauer, Bischkopf & Angermeyer, 2001). Gerade Frauen zeigen nicht nur als Patient, sondern auch als Partner viel, oft sogar mehr *Distress*, Angst, Depression und weniger *Lebensqualität* als Männer, wie Studien (Morse & Fife, 1998; Baanders & Heijmans, 2007; Bergelt et al., 2009; Drabe et al., 2013), Übersichten und Metaanalysen (Pitceathly & Maguire, 2003; Hagedoorn et al., 2008) zeigen. Die Reaktion (Brust-)Krebs-Kranker bzw. negative Annahmen über deren Bewältigung sowie emotionale, kognitive Prozesse (z.B. Gefühle/-ausdruck, *Selbstwirksamkeit*, positive Umbewertung, Problemlösung, Akzeptanz) und die Paarzufriedenheit der Partner wirken sich auf deren Befinden (*Distress*, Depressivität), Funktionsfähigkeit und (protektive) Unterstützung aus (z.T. auch auf die Patienten; Keller et al., 1998; Kuijer et al., 2000; Ben-Zur, 2001/et al., 2001; Manne et al, $2004_{a,b}$, 2009; McClure et al., 2012).

Ergebnisse der Vorläuferstudie. In der Arbeit von Schöne (2010) zum Einfluss einer stationären, interdisziplinären Rehabilitation auf *Befindlichkeit* (mittels *BSKE*: Janke et al., 1994), *Stressbelastung* (mittels *Distress-Thermometer/DT*: Mehnert et al., 2006) und *Körperbild* (mittels *BIBCQ*: Baxter, 1998; *BIAS*: Letosa-Porta, Ferrer-Garcia & Guitérrez-Maldonado, 2005) von Brustkrebs-Patientinnen stellten sich bei der *Baseline*-Erhebung die in **Tabelle** 1 abgebildeten signifikanten Effekte (mind. $p < .05$) von *soziodemografischen*, *medizinischen/behandlungs-* oder *rehabilitationsbezogenen Faktoren* heraus. Zur Vergleichbarkeit mit der aktuellen Untersuchung werden nur die Ergebnisse der Reha-Patientinnen zu Reha-Beginn (t1) erörtert, wenn-gleich sich für die Gruppen (vs. Wartelisten-*Kontrollgruppe*) und Messzeitpunkte variierende Effekte aufzeigen ließen.

Tabelle 1

Hinsichtlich Befindlichkeit und Körperbild bei Brustkrebs-Patientinnen zu Reha-Beginn (t1) bedeutsame soziodemografische, medizinische und behandlungsbezogene Faktoren (aus Schöne, 2010).

	Befindlichkeit			**Körperbild**	
Soziodemografische Faktoren	Positive Affektivität (BSKE)	Negative Affektivität (BSKE)	Globale Stressbelastung (DT)	Negatives Körperbild (BIBCQ)	Wahrnehmungsstörung/Unzufriedenheit (BIAS)
Bildungsstand	+	-			
Wohnsituation „allein“				-	
Soziale Unterstützung	+	-	-	-	-
Medizinische/behandlungsbezogene Faktoren					
Tumorstadium		+	+	+	
Mastektomie				+	
Eigene Entscheidung für Operationsmethode				-	
Prothese oder Epithese				+	
Nebenwirkungen		+		+	
Psychotherapeutische Vorbehandlung	-	+	+	+	
Body Maß Index/BMI				+	+

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen: *Positive Affektivität* (PA) sowie *Negative Affektivität* (NA). DT-Gesamtskala: *Globale Stressbelastung* (GS). BIBCQ-Gesamtskala: *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB). BIAS-Komponenten: *Wahrnehmungsstörung* und *Unzufriedenheit* bzgl. *Körperbild*. Analysen: *Pearson*-Produkt-Moment-Korrelationen, t-Tests für unabhängige Stichproben, einfaktorielle ANOVA`s. Darstellung beschränkt auf signifikante Zusammenhänge (2-seitig; mind. $p < .05$): +/- = positiv/negativ.

Bei den *Soziodemografischen Faktoren* waren ein hoher Bildungsstand, die Wohnsituation „allein“ lebend und die *soziale Unterstützung* durch Partner, Familie und medizinisches/psychologisches Personal mit einer besseren *Befindlichkeit* (**BF**), d.h. hohen *Positiven* (*PA*) und geringen *Negativen Affektivität* (*NA*) bzw. *Globalen Stressbelastung* (*GS*), oder einem weniger *negativen Körperbild* (**KB**) assoziiert ($p < .01$ resp. $< .05$). Bei den *medizinischen* und *behandlungsbezogenen Faktoren* gingen ein fortgeschrittenes Tumorstadium, Mastektomie, keine eigene Entscheidung für Op-Methode, Pro-/Epithese, Nebenwirkungen, psychologische Vorbehandlung und ein hoher *BMI* mit einer schlechteren **BF**, d.h. geringen *PA* und hohen *NA* bzw. *GS*, oder mehr **KB**-Störungen einher ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$). Weitere *soziodemografische* (Alter, Familienstand, Partnerschafts-Dauer, Anzahl/Alter Kinder) und *medizinische* Merkmale (Zeit seit Op, Erstdiagnose/Rezidiv, Metastasen, Lymphonodektomie, Brustrekonstruktion, Chemo-/Radio-/Hormon-/Antikörpertherapie, weitere Erkrankungen/Op`s), die *soziale Unterstützung* durch Kinder/Freunde/Bekannte/Kollegen, die gesellschaftliche/persönliche *Bedeutsamkeit des Körperbildes* sowie v.a. *rehabilitationsbezogene Faktoren* (wie Reha-Motivation/-Erwartungen/-Aufenthalte) waren nicht bedeutsam ($p > .05$ resp. $> .10$).

Diese Ergebnisse spiegeln die geringen, inkonsistenten oder eingeschränkt übertragbaren Befunde zu den Prognose- und Einfluss-Faktoren bei (Brust-)Krebs in einigen o.g. Studien (Maunsell, Brisson & Deschěnes, 1992; Härtl et al., $2003_{a,b}$; Avis, Crawford & Manuel, 2005; Burgess et al., 2005; Ell et al., 2005), Übersichten und Metaanalysen wider (Jensen, 1991; Irwig & Bennetts, 1997; Van't Spijker et al., 1997; De Boer et al., 1999; Harcourt & Rumsey, 2001; Mols et al., 2005; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008). Und wie in anderen Arbeiten (Cunningham et al., 1998; Hartmann et al., 2004/2006; Strauss-Blasche et al., 2005; Vos et al., 2006), Übersichten und Metanalysen (Courneya, 2003; Rehse & Pukrop, 2003) zu ambulanten oder stationären psychoonkologischen (Langzeit-)Interventions-Effekten bei (Brust-)Krebs sind auch bei Schöne (2010) die Veränderungsmaße nach der Reha kaum durch Personen- und Krankheitsmerkmale beeinfusst. Zugleich bestätigt Schöne (2010) die in einer Übersicht hohen (positiven) Erwartungen gerade onkologischer Patienten bzgl. körperlicher, psychischer und sozialer (weniger beruflicher) Reha-Ziele (Buchholz & Kohlmann, 2013), was in Studien wiederum mit der Diagnose, soziodemographischen Faktoren (z.B. Alter, Berufstätigkeit), Funktionsstatus, emotionalem Befinden oder Kontrollüberzeugungen einhergeht und den Rehaprozess oder -erfolg beeinflussen kann (Bergelt, Welk & Koch, 2000; Faller, Vogel & Bosch, 2000; vgl. Bengel & Koch, 2000; Domann & Weis, 2007_{a}).

1.3.1.3 Selbst- und Fremdbeurteilung psychophysischer Eigenschaften

Für eine ausführliche Methodenkritik muss auch erwähnt sein, dass fast alle Krebsstudien zu den interessierenden Maßen *Befindlichkeit* oder *Körperbild* auf *Selbsteinschätzungen* (aus Fragebogen, Interview) beruhen, welche der *direkten* Erfassung komplexer, unbeobachtbarer psychischer Merkmale wie Erleben, Einstellungen, Motive und Urteile (z.B. *Ratingverfahren*) oder der *indirekten* (Prä-Post-)Veränderungsmessung bei Interventionen dienen (vgl. Langer & Schulz von Thun, 1974). *Fremdeinschätzungen* (z.B. Partner, Ärzte) finden kaum Anwendung, obwohl sie allgemein und interkulturell aufgrund hoher Übereinstimmungen mit Selbsturteilen als sehr valide gelten (z.B. Verhaltensgenetik; vgl. Spinath, 2000; McCrae et al., 2004). Generell sollen *ipsative* Urteile (Vergleichsdimensionen einer Person) leichter fallen als *normative* (Vergleich einer Person zur Referenzgruppe), doch unterliegen v.a. Eigenschaftszuschreibungen vielen Modellen und Theorien (z.B. *Perso-/Situatio-/Interaktio-/Dispositionismus*), gleichzeitig fehleranfälligen

Merkmalen oder Eigenschaften des Beurteilten und Urteilers sowie der Informations-Qualität/-Quantität (vgl. *"Realistic Accuracy Model"*: nach Funder, 1987/2012; vgl. Amelang et al., 2006). So hängen die Zuverlässigkeit von Selbst- wie Fremdauskünften und somit deren Übereinstimmungen vom Verstehen, der Einschätzbarkeit, Beobachtbarkeit und Bedeutsamkeit des zu Bewertenden (z.B. Konsistenz des Verhaltens) sowie der Introspektionsfähigkeit, *Persönlichkeit*, Auskunftsbereitschaft oder Präferenz des Urteilers (z.B. *Offenheit*, Verstellung = *„faking good/bad*", Antworten i.S. *sozialer Erwünschtheit*, Zustimmungstendenz; Colvin, 1993; John & Robins, 1993; Ready et al., 2000; vgl. Amelang et al., 2006) und ggf. gruppendynamischen Prozessen ab (z.B. Gruppen-Repräsentanz/-Funktion, Unabhängigkeit vs. Konformität, Meinungsbildung/ *confirmation bias*; vgl. Asch, 1959; Levine, 1999). Dabei gehen selbstwertdienliche Strategien aus Eigen- und Fremdsicht mit der Persönlichkeit (z.B. wenig *Neurotizismus*, hohe *Gewissenhaftigkeit*), übermäßiger Gebrauch aber mit sozialen Defiziten und psychischen Auffälligkeiten einher (Borkenau & Ostendorf, 1989; Colvin, Block & Funder, 1995). Somit wird die Urteilsbildung durch innere Prozesse (z.B. Gefühle, Gedanken, Motivation, Erfahrung) bzw. physisch-kognitive Besonderheiten (wie bei Krebs) beeinflusst, was die oft höheren Korrelationen zwischen Fremd- (vs. Selbst-Fremd-)Urteilen erklärt. Obwohl gerade bei *Persönlichkeit* und *Intelligenz* die Einschätzungen durch Fremde und Bekannte gut mit Selbst- und Fremdurteilen oder Tests übereinstimmen, steigen die Zusammenhänge mit der Datenmenge und Beobachtbarkeit (z.B. *Big Five* > *Affektivität*) sowie Grad/Dauer der Bekanntschaft (z.B. Ehepartner > Freunde > Bekannte) (Borkenau & Liebler, 1993; Watson, Hubbard & Wiese, 2000). Bei gleicher Umwelt und *Trait*-Beobachtbarkeit korrelieren Selbst-Fremd-Übereinstimmungen mit Ähnlichkeiten in den Selbst-Urteilen, sind aber unabhängig von der Beziehungsqualität - obwohl *Persönlichkeits*- und Beziehungs-Ratings zusammenhängen (z.B. *Gewissenhaftigkeit* bei guter Beziehung; Kurtz & Sherker, 2003). Ebenso werden (soziale) Entscheidungen durch *kognitive Biases*, *Heuristiken* und *implizite Persönlichkeitstheorien* (z.B. subjektive Annahmen aufgrund früherer Beobachtungen) beeinflusst, welche die „objektive Realität" jedoch gut abbilden (vgl. Gilovich, Griffin & Kahneman, 2002; Amelang et al., 2006; Baron, 2007). Diese haben aber interaktionelle Konsequenzen (z.B. i.S. *„sich-selbst-erfüllende-Prophezeiung"*; nach Merton, 1948) und werden durch *hypothesenkonforme* Informationsgewinnung gestützt (Snyder & Swann, 1978; vgl. Schwarz, 1994). Bei schwer zu beurteilenden Merkmalen sinken die Urteiler-Übereinstimmungen und steigt der Einfluss derer Persönlichkeit bei der Hypothesenbildung (i.S. *self-based heuristic*; Ready et al., 2000).

Geschlechter-Effekte. Die klassisch durch Eigenschaftsbegriffe und Faktorenanalysen ermittelten Urteilsdimensionen lassen sich zudem in *kognitiv*-intellektuelle vs. *soziale* unterscheiden (vgl. Rosenberg, Nelson & Vivekananthan, 1968), wobei bei der sozialen Urteilsbildung (zu sich, anderen) u.a. auch von *Femininität* vs. *Maskulinität* gesprochen wird (nach Abele, 2014/et al., 2008). Daher muss der Einfluss grundlegender, aus Studien (Westerhausen et al., 2004) und Metaanalysen (Feingold, 1990/1994/& Mazzella, 1998) der Neuro- (z.B. Hemi-Konnektivität), *Persönlichkeits*- (z.B. Männer = Selbstbewusstsein/ Durchsetzung, Frauen = Ängstlich-/Warmherzigkeit), *Körperbild*- (Störungen Frauen > Männer) und *Attraktivitäts*-Forschung abgeleiteter Geschlechtsunterschiede auf die Wahrnehmung bzw. Informationsverarbeitung und somit auf Selbst- bzw. Fremdurteile berücksichtigt werden (vgl. Giesen, 2000; Alfermann, 2005). Dieser „Dualität" folgend werden Frauen (*Gemeinschaft*: soziale Interessen, Verbundenheit, Kooperation) mit anderen Eigenschaften verbunden als Männer (*Eigenständigkeit*: Selbstbehauptung, Sexualität, Funktionalität; nach Bakan, 1966), wobei manche (fehlerhaft) über den Gesamteindruck entscheiden (i.S. *Halo-Effekt* nach Thorndike, 1920; Asch, 1946). Selbst die *Ehequalität* wirkt sich unterschiedlich aus, insofern Frauen nur in glücklichen Ehen gesünder sind, Männer hingegen stets von Ehen profitieren (Levenson, Carstensen & Gottman, 1994).

Befindlichkeit und Affektivität. Auch bzgl. der (*Trait*-)*Affektivität* stimmen Selbst- und Fremd-Einschätzungen gut überein und verbessern sich mit dem Beziehungsgrad, der Beobacht- bzw. Beurteilbarkeit, weshalb der *Ähnlichkeitsbias* (= andere ähnlich sich selbst einschätzen) bei affektiven Merkmalen am größten ist (vs. *Persönlichkeit*; Watson, Hubbard & Wiese, 2000). Bei der eigenen/fremden Gefühls-Wahrnehmung und -Einschätzung wird der Einfluss vieler Konstrukte (z.B. Selbstaufmerksamkeit, *Persönlichkeit*, Befinden, Alexithymie, *Empathie*) sowie der *sozialen* und *emotionalen Intelligenz* diskutiert (Lischetzke et al., 2001; vgl. Amelang, Schwarz & Wegemund, 1989; Goleman, 1995; Mayer, Salovey & Caruso, 2004). *Empathie*, als Fähigkeit zur kognitiven oder emotionalen Rollen- bzw. Perspektivübernahme und *Responsivität*, hängt von der individuellen sozialen Wahrnehmung, Reaktion und Beziehung ab (vgl. Dymond, 1949; Stotland, 1969). Dagegen geht *Emotionale Intelligenz* mit *Selbst-Monitoring* (d.h. Selbst-Beobachtung/-Kontrolle/-Darstellung; Snyder, 1974), empathischer Perspektivübernahme, sozialen Skills (z.B. Kooperation) und engen, emotionalen Beziehungen einher - dabei ist die erwartete wie erlebte Beziehungszufriedenheit höher, wenn der Interaktions-/ Ehepartner ebenso als emotional intelligent eingeschätzt wird (Schutte et al., 2001).

Körperbild und Attraktivität. Die Beurteilung physischer *Attraktivität,* welche sich auf die „Wirkung der äußeren Erscheinung" bezieht und einen wertenden Beobachter voraussetzt (nach Vagt, 2000), wird besonders von *Attribuierungs*-Effekten beeinflusst (= *Stereotype,* Eigenschaftszuschreibungen; Van Leeuwen & Macrae, 2004; Olsen & Marshuetz, 2005). Wenngleich es metaanalytisch nur wenig Belege dafür gibt, werden attraktive Personen (jeden Alters) in Verhaltens- und Persönlichkeitsmerkmalen oft besser eingeschätzt (z.B. intelligenter, gesünder, kompetenter, beliebter, sexuell erfahrener), werden entsprechend behandelt und verhalten sich auch bestätigend (Eagly et al., 1991; Feingold, 1992; Langlois et al., 2000). Hier greift die Theorie der *„sich-selbst-erfüllenden-Prophezeiung"* (nach Merton, 1948), da attraktive Menschen aufgrund der an sie gestellten Erwartungen häufiger positive Interaktionen erleben, was ihr *Selbstwert*-Gefühl und *hypothesenkonformes* Verhalten fördert. Zwar steht die Selbsteinschätzung in Wechselwirkung mit dem Verhalten, der Außenwirkung und Fremdbeurteilung (also auch bei körperlichen Veränderungen infolge Krebs), doch hängen *objektive* und *subjektive Attraktivität* nicht unbedingt zusammen (Vagt, 1979/& Majert, 1977). I.d.S. korreliert metaanalytisch gerade die selbsteingeschätzte (vs. fremd- vs. tatsächliche) *Attraktivität* mit mehr positiven Attributen (aber kaum untereinander; Feingold, 1992). Zusammenhänge zwischen physischer *Attraktivität* und *Persönlichkeit* sind auch bei hoher Selbst-Fremd-Übereinstimmung nachweisbar (Greitemeyer & Brodbeck, 2000). Dabei wirken sich v.a. bei Frauen *Attraktivitäts*-Einschätzungen persönlich bedeutsam auf das *Selbstwert-*, *Glücks*-Erleben und die emotionale Stabilität aus (Mathes & Kahn, 1975) - u.a. begründet durch Geschlechtsunterschiede im *Selbst-* oder *Körperbild* (Feingold & Mazzella, 1998; vgl. Alfermann, 2005). Dass Frauen (auch nach Brustkrebs; vgl. Schöne, 2010) ein höheres Störungsrisiko haben, bestätigt sich u.a. darin, dass sie sich bzgl. ihres Körpers mehr unter Druck setzen, unzufriedener sind und ihre tatsächlichen Körpermaße überschätzen oder annehmen, dass Männer sie dünner attraktiver fänden (Fallon & Rozin, 1985). Eine Metaanalyse belegt dazu nur, dass Männer mehr Wert auf die physische *Attraktivität* der Frauen legen als umgekehrt (Feingold, 1990). Hingegen beurteilen Frauen die *Attraktivität* anderer nicht nur anhand physischer (wie Jugendlichkeit, *Waist-to-Hip-ratio,* Symmetrie), sondern v.a. nach Beziehungs-Merkmalen (wie Vertrauen, Mögen, Gemeinsamkeit, Respekt; Kniffin & Wilson, 2004), was die Urteiler-Übereinstimmung verändern kann. So wird z.B. auch die Selbst- und erwartete Partner-Akzeptanz des *Körperbildes* bei Brustkrebs-Patientinnen durch deren Depression sowie beider Paarzufriedenheit und dyadisches *Coping* vorhergesagt (Zimmermann, Scott & Heinrichs, 2010).

1.3.2 Grundlagen der vorliegenden Untersuchung

In den letzten Jahren bildeten Forschungsprojekte der *Deutschen Rentenversicherung* nicht nur die wissenschaftliche Grundlage einer indikationsspezifischen, standardisierten *„Leitlinie für die Rehabilitation von Patientinnen mit Brustkrebs“* (*DRV*, 2007; vgl. Domann et al., 2004/2005/2007$_{a,b}$; Weis et al., 2004/2005), sondern auch der Entwicklung professioneller Einbeziehungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für *„Angehörige Krebskranker in der stationären Rehabilitation und der ambulanten Nachsorge“*, welche die Therapie-Motivation, -Inanspruchnahme, -Entscheidungen und -*Complience* sowie die Krankheitsanpassung bzw. Lebensänderung des Erkrankten mit beeinflussen, aber in dieser Funktion oft selbst belastet und in der eigenen Bewältigung auf sich gestellt sind (Schönberger & v. Kardorff, 2000/2001/2002/2003, vgl. 2004).

Besonders deutsche Forschergruppen haben sich um die Wirksamkeitsprüfung der stationären, interdisziplinären Rehabilitation bei (Brust-)Krebs verdient gemacht. Frühere Arbeiten (Schwibbe, 1991; Biskup, Uhlemann & Gärtner, 1994; Schwiersch, Stepien & Schröck, 1994; Gärtner et al., 1996; Krischke et al., 1996$_{a,b}$; Herdt et al., 1996/1998; Bergelt et al., 2000/2009/2010; Faller, Vogel & Bosch, 2000; Schäfer et al., 2001; Hartmann et al., 2004/2006/2007; Welk et al., 2005; Gallhofer et al., 2008; Krüger et al., 2009; Schöne, 2010) und Übersichten (Heim, 2001; Haaf, 2005; Bartsch & Zeiss, 2014) belegen meist positive Effekte bzgl. allgemeiner und gesundheits-/krebsspezifischer Reha-Bedürfnisse, wie die *Lebensqualität* (auch Zufriedenheit, Genuss-/Entspannungsfähigkeit) sowie kognitive, physische (z.B. Fatigue, Schmerz, Tumor-Marker), emotionale (z.B. *Distress*, Depression, Angst) und soziale Funktionen (z.B. Kontaktfähigkeit), *Körperbild* oder Leistungsvermögen - bei zuvor oft klinisch relevanten oder ggü. Gesunden hohen Belastungen (u.a. Heim, Kunert & Özkan, 2001; Weis, Moser & Bartsch, 2002; Kramer et al., 2003; Hartmann et al., 2004). Auch der behandlungsbedürftige „Reha-Gesamtstatus“ verbessert sich (psychosozial > somatisch > funktional; Teichmann, 2002). Die kaum von Personen- oder Interventionsmerkmalen abhängigen Verbesserungen sind oft noch in mehrmonatigen Katamnese-Erhebungen nachweisbar (Heim, Kunert & Özkan, 2001; Kramer et al., 2003; Hartmann et al., 2004/2007; Strauss-Blasche et al., 2005; Krüger et al., 2009), befinden sich aber häufig schon im Rückgang (Biskup, Uhlemann & Gärtner, 1994; Schwiersch, Stepien & Schröck 1994; Gärtner et al., 1996; Krischke, Niebrügge & Petermann, 1996$_{a}$; Weis, Moser & Bartsch, 2002) - bei insgesamt uneinheitlicher Evidenz zur Erfolgsstabilität (vgl. Schröck, Schwiersch & Stepien, 1994).

Dennoch erreichen RehabilitandInnen größere psychosoziale Veränderungen als Nicht-Teilnehmer (z.B. emotionale Stabilität, Ressourcen-Stärkung, Angst-Reduktion), mit langfristigen Effekten für die *Lebensqualität* und Depressivität (Weis, Moser & Bartsch, 2002). Dabei profitieren oft („*Risiko-*")PatientInnen mit höherem Alter und stärkerer Ausgangsbelastung (körperliche/kognitiven Beschwerden, Ängstlichkeit, Depressivität) oder nach bestimmten medizinischen Behandlungen (Herdt et al., 1996; Heim, Kunert & Özkan, 2001; Schäfer et al., 2001; Kramer et al., 2003; Strauss-Blasche et al., 2005; Hartmann et al., 2007; Gallhofer et al., 2008). In anderen Studien zeigen Krebs-Patienten mit prognostisch günstigen medizinischen Faktoren, Motivation und positiver Einstellung zu psychologischen Maßnahmen, sozialem Austauch und guter Unterstützung deutlichere und längere Erfolge (Krischke et al., 1996_b; Weis, Moser & Bartsch, 2002). Stationäre, *„ganzheitliche Programme"* sind laut Übersichten in Wirksamkeit und Effizienz meist überlegen (vgl. Lehmann et al., 2008; Haaf, 2005; Weis, Schwarz & Blettner, 2009). Es gibt zudem Hinweise auf den Nutzen einer „Reha in Etappen" (vs. konventionell; Hartmann et al., 2007).

Jedoch bewerten einige (Brust-)Krebs-Patienten wie Angehörige die Reha-Nachsorge (z.B. Infos zum Umgang mit Partner/Krankheit im Alltag, Ansprechpartner) als ungenügend und besonders die ambulante Versorgung ambivalent sowie (z.T. dadurch) die Reha-Erfolge als nicht anhaltend (mittelfristig mehr Ängste, Unruhe, Belastungen, Isolation, Gefühlsschwankungen), nehmen aber viele Aspekte und Effekte der stationären Maßnahmen als positiv war (z.B. gemeinsame Zeit, Selbstreflexion, Erholung, Entlastung, Austausch mit Betroffenen/Ärzten à Optimismus, *Lebensqualität*, körperlicher Zustand, emotionale Stabilisierung, Depressions-/Angst-Reduktion, Krankheitsverarbeitung) - auch bei begleitenden Partnern verändert sich die psychische *Lebensqualität* dabei sehr stark (gemeinsame vs. getrennte Reha vs. Nichtteilnahme der Partner; Schönberger & v. Kardorff, 2000/2001/2002/2003, vgl. 2004; Welk et al., 2005; Bergelt et al., 2009).

1.3.2.1 Die Studie von Gallhofer, Netter, Brückner & Wendt (2008)

Die *Taunus-Klinik* des Reha-Zentrums Bad Nauheim, Zentrum der *Deutschen Rentenversicherung Bund*, untersuchte 2007 in einer Studie (Gallhofer et al., 2008) den Einfluss einer Leitlinien gerechten stationären, interdisziplinären Rehabilitation bei Brustkrebs-Patientinnen (*DRV Bund*, 2007). Die Arbeit wollte erfassen, ob sich *Körperbild* (mittels selbstkonstruiertem Fragebogen zur Körperzufriedenheit nach Operation) und

Befindlichkeit (mittels *BSKE-(EWL)*: Janke et al., 1994) der Patientinnen durch eine stationäre Reha-Maßnahme verändern und inwieweit körperliche Symptome bzw. *Körperbild* sowie dessen Veränderung im Rahmen der Intervention von der Operations-Methode, den Begleittherapien, der *Befindlichkeit* oder der Reha-Motivation (mittels *PAREMO*: Hafen et al., 2001) abhängen. Hierzu wurden 200 konsekutive Brustkrebs-Patientinnen untersucht, welche über mindestens drei Wochen eine stationäre Reha durchführten (mit vollständigen Daten zu Reha-Beginn und -Ende von 144 Frauen).

Jene Arbeit bestätigte die positiven Effekte einer stationären Rehabilitation, ergänzend zu vielen früheren Interventions-Studien, auch im Rahmen der zeitgemäßen Leitlinie bei Brustkrebs. *Negative Affektivitäts-* (z.B. *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit*) und Motivationsbereiche (z.B. *Hoffnungslosigkeit, Hilfsbedürftigkeit, Einschränkungen in Alltagsaktivitäten*) wurden reduziert, *Positive Affektivitäts-* (z.B. *Gehobene Stimmung, Vigilanz*) und Motivationsbereiche (z.B. *Veränderungsbereitschaft, Wissen, Eigeninitiative, soziale Unterstützung*) gefördert. Therapiebedingte Nebenwirkungen und *Rezidivangst* wurden gemindert, die Beurteilung des *Körperbildes* (z.B. Akzeptanz des kosmetischen Ergebnisses) und Gesundheitszustandes verbessert. Deutlich wurde, dass das *Körperbild* eher mit einer positiven Grundstimmung als der Op-Methode oder Begleittherapien (wie Chemo-/Radiotherapie; aber Zufriedenheit Aromatase-Hemmern > Tamoxifen) zusammenhing, nicht jedoch dessen Veränderung im Therapieverlauf. Frauen mit weniger *Hoffnungslosigkeit* profitierten mehr. Es mangelte jener Arbeit jedoch an der Prüfung zusätzlicher (Einfluss-)Faktoren und Betrachtung langfristiger Effekte, an objektiven *Körperbild*-Messungen und dem adäquaten Vergleich mit einer *Kontrollgruppe*.

1.3.2.2 Die Vorläuferstudie von Schöne (2010)

In Zusammenarbeit mit der *Deutschen Rentenversicherung Bund*, den radiologischen Kliniken Gießen, Marburg und Wetzlar sowie der *Taunus-Klinik* des Reha-Zentrums Bad Nauheim wurde durch das Institut für Psychologie der Universität Gießen 2009 eine *multizentrische, kontrollierte* Studie durchgeführt (Schöne, 2010), in welcher o.g. Einfluss einer Leitlinien gerechten stationären, interdisziplinären Rehabilitation bei Brustkrebs-Patientinnen (*DRV*, 2007) weiterführend untersucht wurde. Interesse war es, (1.) den (unmittelbaren und kurzfristigen) Einfluss einer stationären Reha auf *Befindlichkeit* und *Körperbild* der Patientinnen aufzuzeigen, (2.) den Zusammenhang zwischen beiden

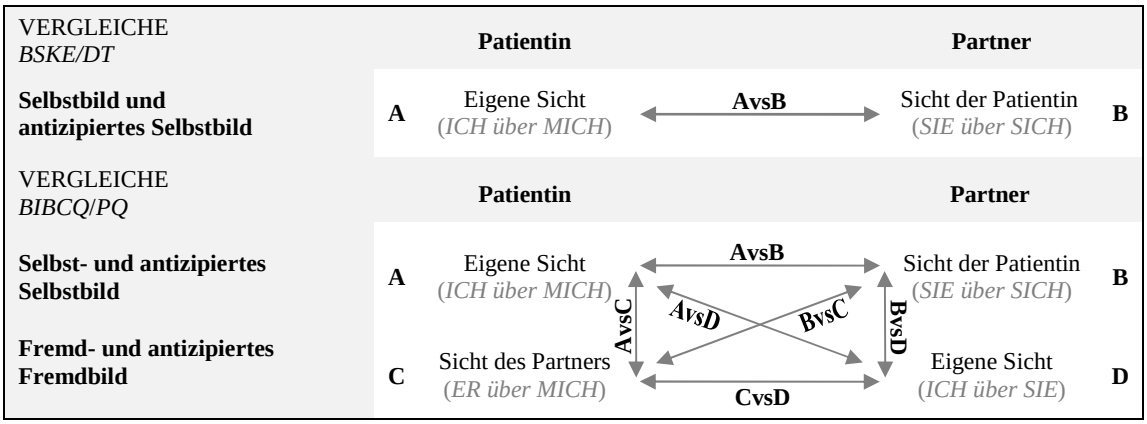
Maßen zu beschreiben und (3.) mögliche Einflussfaktoren aufzudecken. 130 Brustkrebs-Patientinnen (*RG*) wurden bei Aufnahme in die Reha-Klinik (**t1**), nach drei-wöchiger Intervention (**t2**) sowie vier Wochen nach Reha-Abschluss (**t3**) spezifisch zur *Befindlichkeit* mittels Fragebögen (*BSKE-(EWL)*: Janke et al., 1994; *Distress-Thermometer*: Mehnert et al., 2006) und zum *Körperbild* mittels Fragebogen (*BIBCQ*: Baxter, 1998) bzw. einer neuen Computer-Software (*BIAS*: Letosa-Porta, Ferrer-Garcia & Guitérrez-Maldonado, 2005) getestet. Zahlreiche *soziodemografische, medizinische, behandlungsbedingte* sowie *rehabilitationsbezogene* Faktoren wurden erhoben. Zudem wurden parallelisierte Fragebögen von 50, hinsichtlich Personen-Merkmalen und Reha-Motivation vergleichbaren, *Kontrollgruppen*-Patientinnen (*KG*) postoperativ nach Abschluss ggf. der Bestrahlung und Chemotherapie (**t1**) sowie drei Wochen später (**t2**) postal bearbeitet. Die Patientinnen beider Gruppen wiesen zu Beginn (**t1**) Störungen der *Befindlichkeit* (d.h. unausgewogene *Positive* vs. *Negative Affektivität*), eine behandlungsbedürftige *Globale Stressbelastung* sowie verschiedene *Körperbild*-Probleme im Fragebogen (z.B. *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-/Arm-Unzufriedenheit, Transparenz*) oder Computertest (wie *Unzufriedenheit, Wahrnehmungsverzerrungen*) auf (oft *KG>RG*). Bei den *RG*- konnten im Vergleich zu den *KG*-Patientinnen signifikante Verbesserungen in allen Parametern unmittelbar nach drei-wöchiger Reha (**t2**) aufgezeigt werden. Vier Wochen nach Reha-Abschluss (**t3**) ließen sich zwar wieder Verschlechterungen in der *Befindlichkeit, Stressbelastung* und dem *Körperbild* nachweisen, jedoch waren diese Ausprägungen noch immer signifikant besser als bei Aufnahme in die Klinik. Darüber hinaus schienen die *Befindlichkeit* sowie deren Veränderung eher von der Beurteilung des *Körperbildes* beeinflusst. Nur einige wenige Personen-Merkmale konnten mit der Ausprägung beider Maße in Verbindung gebracht werden (vgl. **Tab.** 1 in **Kap.** 1.3.1.2, S. 33).

Diese Studie unterstrich erneut, dass eine stationäre, interdisziplinäre Rehabilitation eine effektive psychoonkologische Maßnahme ist, um Brustkrebs-Patientinnen (unabhängig von demografischen und medizinischen Faktoren) bei der Bewältigung spezifischer Problembereiche zu unterstützen. Sie zeichnete sich besonders durch die Untersuchung möglicher konfundierender Personen-Merkmale, den Vergleich mit einer demografisch und motivational parallelisierten Wartelisten-*Kontrollgruppe* sowie die Betrachtung mehrwöchiger Therapieeffekte aus. Es fehlt allerdings, wie in der Literatur überwiegend, der Einbezug konkreter partnerschaftlicher Aspekte (z.B. der Einfluss auf bzw. von Qualitätsmerkmalen der Partnerschaft und die Zusammenhänge zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen oder wechselseitigen Annahmen).

1.3.3 Aktuelle Ziele, Fragestellungen und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit baut auf den Ergebnissen der Studie von Gallhofer et al. (2008) auf und ergänzt (z.T. repliziert) an einer ausgewählten Teilstichprobe die in der Vorläuferstudie (Schöne, 2010) gewonnenen Daten der Brustkrebs-Patientinnen in stationärer Rehabilitation durch den Vergleich mit einer zugehörigen Partner-Gruppe. Die paarbezogenen Informationen sollen auf psychosoziale Fragestellungen hin ausgewertet werden und so zum Psychogeneseverständnis krankheitsbedingter Veränderungen sowie zur Individualisierung und Optimierung von Interventionen beitragen. Zu differential-psychologischen, klinischen wie sozial-wirtschaftlichen Zwecken sollen fundierte Aussagen (**F1**) über die auf die *Befindlichkeit* und das *Körperbild* der Frauen bezogenen Wahrnehmungen und wechselseitigen Annahmen der Patientinnen und Partner, (**F2**) zum Einfluss einer stationären, interdisziplinären Rehabilitation der Patientinnen auf beider Einschätzungen und deren Zusammenhänge sowie (**F3**) zur Bedeutung der *Partnerschaftsqualität* für die geschlechtsspezifischen Wahrnehmungen, Zusammenhänge und den Reha-Einfluss getroffen werden.

Dem *Vier-Felder-Schema* in **Abbildung** 1 sind die Vergleichsmaße zum Befinden der Frauen (*BSKE/DT*) bzw. zum weiblichen Körper (*BIBCQ*) aus Sicht der Patientinnen (**A**, **C**) und Partner (**B**, **D**) zu entnehmen. Diese Betrachtung ist sinnvoll, da Aussagen über einzelne Zusammenhänge zwischen Selbst- und Fremdurteilen sowie die Bedeutung bzw. Beeinflussung gegenseitiger Annahmen und der Partnerschaft (*PQ*) getroffen werden können.



Anmerkung. ***AvsB*** = Wie gut kann er sich in ihr Selbsturteil einfühlen? ***AvsC*** = Wie hängt ihr Selbst- mit ihrer Annahme über sein Fremdurteil zusammen? ***AvsD*** = Wie weit stimmen ihr Selbst- und sein Fremdurteil überein? ***BvsC*** = Wie weit stimmen die gegenseitigen Annahmen über ihr Selbst- und sein Fremdurteil überein? ***BvsD*** = Wie hängt seine Annahme über ihr Selbst- mit seinem Fremdurteil zusammen? ***CvsD*** = Wie gut kann sie sich in sein Fremdurteil einfühlen? [***A-BvsC-D*** = Wer kann sich besser in des jeweils anderen Selbst- bzw. Fremdurteil einfühlen?]

Abbildung 1. Die den Fragestellungen (F1, F2, F3) und Hypothesen ($H1^{a-c}$, $H2^{a-c}$, $H3^{a-c}$) zugrunde liegenden vier Partner-Urteile und resultierenden sechs analytischen Vergleiche.

1.3.3.1 Wahrnehmungen von Brustkrebs-Patientinnen und Partnern hinsichtlich Befindlichkeit und Körperbild der Patientinnen (F1)

Vorrangig zu bearbeitende Fragen sind: Wie schätzen Brustkrebs-Patientinnen und ihre Partner die *Befindlichkeit* (**BF**) und das *Körperbild* (**KB**) der Frauen im *Selbstbild* der Patientinnen (**A** ICH über MICH), dem durch ihre Partner *antizipierten Selbst-* (**B** SIE über SICH), dem durch die Patientinnen *antizipierten Fremd-* (**C** ER über MICH) und dem *Fremdbild* der Partner (**D** ICH über SIE) ein? Welche Unterschiede, Übereinstimmungen und Zusammenhänge gibt es zwischen den vier Perspektiven? Wie hängen **BF** und **KB** (ggf. geschlechtsdifferenziell) zusammen?

Für die nachfolgenden Hypothesen (**H1^{a-c}**) wird vorausgesetzt, dass sich die Ergebnisse der Vorläuferstudie (Schöne, 2010) bzgl. des Leidensdruckes der Brustkrebs-Patientinnen replizieren lassen. Zugleich gilt die Theorie eines biopsychosozialen Genesemodells mit Wechselwirkungen zwischen dem Brustkrebs und dyadischen Prozessen. Patientinnen und Partnern sollte es gleichermaßen schwer fallen, sich in das (mutmaßlich beziehungsrelevante) Erleben des jeweils anderen einzufühlen, wobei insbesondere die Patientinnen (welche die *Bedeutsamkeit des KB* höher einschätzen sollten) ihr negatives (Körper-) Erleben auf ihre Partner übertragen sollten. Zugleich besteht die Annahme eines bidirektionalen Zusammenhanges zwischen **BF** und **KB**. Daraus folgernd...

H1^{a}. ...sollte SIE eine negative **BF** und ein negatives **KB**, auch eine hohe *Bedeutsamkeit des KB*, zu Reha-Beginn (**t1**) benennen [neg**BF**/neg**KB**$_{(A)}$**t1**↑].

H1^{b}. ...sollte SIE eine negativere **BF** benennen als ER bei ihr erwartet [neg**BF**$_{(A>B)}$**t1**], sollte IHR **KB** immer negativer sein als ER erwartet, als SIE von ihm erwartet beurteilt zu werden und als ER über sie urteilt [neg**KB**$_{(A>B/A>C/A>D)}$**t1**], sollte ER ein weniger negatives **KB** bei ihr erwarten als SIE von ihm erwartet beurteilt zu werden, aber ER ein negativeres **KB** bei ihr erwarten als ER über sie urteilt [neg**KB**$_{(B<C/B>D)}$**t1**] und sollte SIE von ihm erwarten negativer beurteilt zu werden als ER über ihr **KB** urteilt [neg**KB**$_{(C>D)}$**t1**]. Darüber hinaus sollten sich IHR und SEIN Urteil zum **KB** am meisten unterscheiden [neg**KB**$_{(A-D)>(A-B/A-C/B-C/B-D)}$**t1**], die gegenseitigen Einschätzungen nicht [neg**KB**$_{(A-B)\approx(C-D)}$**t1**] [weitere ungerichtet]. Die Urteile zu **BF** [neg**BF**$_{(AxB)}$**t1**↑] bzw. **KB** [neg**KB**$_{(AxBxCxD)}$**t1**↑] sollten korrelieren, ebenso die **KB**-Fehlurteile [neg**KB**$_{(A-BxA-CxA-DxB-CxB-DxC-D)}$**t1**↑].

H1^{c}. ...sollten IHRE bzw. SEINE Einschätzungen/Annahmen zur **BF** in der Tendenz ähnlich denen zum **KB** sein und daher korrelieren [neg**BF**$_{(A/B)}$xneg**KB**$_{(A/B/C/D)}$**t1**↑], ebenso die jeweiligen Fehlurteile zu **BF** und **KB** [neg**BF**$_{(A-B)}$xneg**KB**$_{(A-B/A-C/A-D/B-C/B-D/C-D)}$**t1**↑].

1.3.3.2. Einfluss einer stationären Rehabilitation der Brustkrebs-Patientinnen auf die Wahrnehmungen von Patientinnen und Partnern hinsichtlich Befindlichkeit und Körperbild der Patientinnen (F2)

Ein weiterer Fragenkomplex lautet: Welchen unmittelbaren/kurzfristigen Einfluss hat eine stationäre, interdisziplinäre Rehabilitation der Brustkrebs-Patientinnen auf die Einschätzung der *Befindlichkeit* (**BF**) und des *Körperbildes* (**KB**) der Frauen im *Selbstbild* der Patientinnen (**A** ICH über MICH), dem durch ihre Partner *antizipierten Selbst-* (**B** SIE über SICH), dem durch die Patientinnen *antizipierten Fremd-* (**C** ER über MICH) und dem *Fremdbild* der Partner (**D** ICH über SIE)? Wie verändern sich die Unterschiede, Übereinstimmungen und Zusammenhänge zwischen den vier Perspektiven? Wie hängen die Veränderungen von **BF** und **KB** (ggf. geschlechtsdifferenziell) zusammen?

Für die nachfolgenden Hypothesen (**H2^{a-c}**) wird vorausgesetzt, dass sich die positiven, trotz Alltagsanforderungen kurzfristig stabilen Reha-Effekte der Vorläuferstudie (Schöne, 2010) bzgl. des Leidensdruckes der Brustkrebs-Patientinnen replizieren lassen (vgl. **H1^{a}**). Der Theorie eines biopsychosozialen Genesemodells folgend, sollten die aufgrund der individuellen Reha-Erfahrungen erwarteten Veränderungen der Patientinnen auch Einfluss auf dyadische Prozesse haben (vgl. **H1^{b}**). Zugleich bleibt die Annahme eines bidirektionalen Zusammenhanges zwischen **BF** und **KB** bestehen, wonach auch deren Veränderungen zusammenhängen sollten (vgl. **H1^{c}**). Daraus folgernd...

H2^{a}. …sollte SIE nach drei-wöchiger Reha (**t2**) ggü. dem Reha-Beginn (**t1**) deutliche Verbesserungen ihrer negativen **BF** und ihres negativen **KB**, auch der *Bedeutsamkeit des KB,* aufzeigen und diese bis vier Wochen nach Reha-Abschluss (**t3**) ggü. **t1** aufrechterhalten können [neg**BF**/neg**KB$_{(A)}$t1>t2<t3<t1**].

H2^{b}. ...sollte SIE vier Wochen nach Reha-Abschluss (**t3**) ggü. dem Reha-Beginn (**t1**) eine bessere **BF** und ein weniger negatives **KB** benennen, ER eine bessere **BF** und ein weniger negatives **KB** bei ihr erwarten, SIE erwarten von ihm weniger negativ beurteilt zu werden und ER weniger negativ über sie urteilen [neg**BF$_{(A/B)}$**/neg**KB$_{(A/B/C/D)}$t1>t3**]. Dabei sollte IHR Selbsturteil weiterhin kritischer sein als SEINE Annahme über sie, IHRE Annahme über ihn sowie SEIN Fremdurteil [neg**BF$_{(A>B)}$**/neg**KB$_{(A>B/A>C/A>D)}$t1/t3**], sollte SEINE Annahme über sie weniger kritischer sein als IHRE Annahme über ihn, aber kritischer als SEIN Fremdurteil [neg**KB$_{(B<C/B>D)}$t1/t3**] und sollte IHRE Annahme über ihn kritischer sein als SEIN Fremdurteil [neg**KB$_{(C>D)}$t1/t3**]. Es sollten sich IHRE negativeren Urteile stärker verändern als SEINE [neg**BF$_{(A>B)}$**/neg**KB$_{(A/C)>(B/D)}$t3-t1**].

Außerdem sollten sich die durch die Reha verbesserten Paar-Urteile in deren Annäherung und somit geringeren Fehlurteilen zu **t3** ggü. **t1** widerspiegeln [neg$\mathbf{BF_{(A-B)}}$/ neg$\mathbf{KB_{(A-B/A-C/A-D/B-C/B-D/C-D)}}$**t1>t3**]. Die größten Veränderungen sollten sich aber in den Fehlurteilen unter Einbezug des (stark veränderten) Selbsturteils der Frauen (**A**), v.a. zwischen Selbst- und Fremdurteil (**A-D**) zeigen [neg$\mathbf{KB_{(A-B/A-C/A-D)>(B-C/B-D/C-D)}}$**t3-t1**]. Darüber hinaus sollten sich alle vier Urteile von **t1** zu **t3** in der Tendenz ähnlich positiv verändern und somit die Veränderungen in **BF** [neg$\mathbf{BF_{(AxB)}}$**t3-t1**↑] bzw. **KB** [neg$\mathbf{KB_{(AxBxCxD)}}$**t3-t1**↑] korrelieren, ebenso die Fehlurteile zu **t1** mit denen zu **t3** [neg$\mathbf{BF_{(A-B)}}$/neg$\mathbf{KB_{(A-B/A-C/A-D/B-C/B-D/C-D)}}$**t1**x**t3**↑] [Gleichsinnige Zusammenhänge werden für die veränderten **KB**-Fehlurteile untereinander angenommen (ungeprüft).].

H2^{c}. ...sollten sich IHRE bzw. SEINE Einschätzungen/Annahmen zur **BF** ähnlich denen zum **KB** von **t1** zu **t3** verändern und daher korrelieren [neg$\mathbf{BF_{(A/B)}}$xneg$\mathbf{KB_{(A/B/C/D)}}$**t3-t1**↑], ebenso die jeweils veränderten Fehlurteile [neg$\mathbf{BF_{(A-B)}}$xneg$\mathbf{KB_{(A-B/A-C/A-D/B-C/B-D/C-D)}}$**t3-t1**↑].

1.3.3.3 Rolle der Partnerschaftsqualität: Wahrnehmungen von Brustkrebs-Patientinnen und Partnern, Einfluss einer stationären Rehabilitation der Patientinnen sowie Zusammenhang mit Befindlichkeit und Körperbild (F3)

Ferner soll untersucht werden: Wie schätzen Brustkrebs-Patientinnen und ihre Partner die *Partnerschaftsqualität* (**PQ**) im *Selbstbild* der Patientinnen (**A** ICH über MICH), dem durch ihre Partner *antizipierten Selbst-* (**B** SIE über SICH), dem durch die Patientinnen *antizipierten Fremd-* (**C** ER über MICH) und dem *Fremdbild* der Partner (**D** ICH über SIE) ein? Welche Unterschiede, Übereinstimmungen und Zusammenhänge gibt es zwischen den vier Perspektiven? Welchen Einfluss hat eine stationäre, interdisziplinäre Rehabilitation der Patientinnen auf die Paar-Urteile zur **PQ**? Welcher Zusammenhang besteht zwischen der **PQ** und den Urteilen hinsichtlich *Befindlichkeit* (**BF**) sowie *Körperbild* (**KB**) der Patientinnen und wie hängen die Veränderungen von **PQ**, **BF** und **KB** im Rahmen einer stationären Reha zusammen?

Für die nachfolgenden Hypothesen (**H3^{a-c}**) wird, wie o.g., ein biopsychosoziales Genesemodell vorausgesetzt, wonach sich der grundlegende Leidensdruck der Brustkrebs-Patientinnen auch in dyadischen Prozessen, wie der Einschätzung der **PQ** ausdrücken (vgl. **H1^{a}** und **H1^{b}**) und sich die erwarteten positiven Reha-Effekte der Patientinnen auch auf die **PQ** auswirken sollten (vgl. **H2^{a}** und **H2^{b}**). Zugleich wird ein bidirektionaler Zusammenhang zwischen **PQ** und **BF** sowie **KB** angenommen (vgl. **H1^{c}** und **H2^{c}**). Daraus folgernd...

H3^{a}. ...sollte SIE eine geringere **PQ** erleben als ER erwartet, als SIE bei ihm erwartet und als ER selbst erlebt [$\mathbf{PQ}_{(A<B/A<C/A<D)}\mathbf{t1}$], sollte ER eine größere **PQ** bei ihr erwarten als SIE bei ihm, aber eine geringere als ER selbst erlebt [$\mathbf{PQ}_{(B>C/B<D)}\mathbf{t1}$] und sollte SIE eine geringere **PQ** bei ihm erwarten als ER selbst erlebt [$\mathbf{PQ}_{(C<D)}\mathbf{t1}$]. Darüber hinaus sollten sich IHRE und SEINE **PQ** am meisten unterscheiden [$\mathbf{PQ}_{(A-D)>(A-B/A-C/B-C/B-D/C-D)}\mathbf{t1}$], die gegenseitige Einschätzungen aber nicht [$\mathbf{PQ}_{(A-B)\approx(C-D)}\mathbf{t1}$] [weitere ungerichtet]. Dabei sollten positive Paar-Einschätzungen korrelieren [$\mathbf{PQ}_{(AxBxCxD)}\mathbf{t1}\uparrow$], ebenso die jeweiligen Fehlurteile [$\mathbf{PQ}_{(A-BxA-CxA-DxB-CxB-DxC-D)}\mathbf{t1}\uparrow$].

H3^{b}. ...sollte SIE nach drei-wöchiger Reha (**t2**) ggü. dem Beginn (**t1**) deutliche Verbesserungen ihrer **PQ** aufzeigen und diese vier Wochen nach Reha-Abschluss (**t3**) ggü. **t1** aufrechterhalten können [$\mathbf{PQ}_{(A)}\mathbf{t1<t2>t3>t1}$]. So sollte SIE zu **t3** ggü. **t1** eine höhere **PQ** erleben, ER eine höhere **PQ** bei ihr erwarten, SIE eine höhere **PQ** bei ihm erwarten und ER selbst eine höhere **PQ** erleben [$\mathbf{PQ}_{(A/B/C/D)}\mathbf{t1<t3}$]. Dabei sollten IHRE Urteile bzw. Annahmen zur **PQ** immer geringer sein als SEINE [$\mathbf{PQ}_{(A/C)<(B/D)}\mathbf{t1/t3}$] und IHRE **PQ** geringer als IHRE Annahme über ihn [$\mathbf{PQ}_{(A<C)}\mathbf{t1/t3}$] bzw. SEINE Annahme über sie geringer als SEINE **PQ** [$\mathbf{PQ}_{(B<D)}\mathbf{t1/t3}$]. Zudem sollten sich IHRE negativeren Urteile stärker verändern als SEINE [$\mathbf{PQ}_{(A/C)>(B/D)}\mathbf{t3\text{-}t1}$]. Außerdem sollten sich die durch die Reha verbesserten Paar-Urteile in deren Annäherung und somit geringeren Fehlurteilen zu **t3** ggü. **t1** widerspiegeln [$\mathbf{PQ}_{(A-B/A-C/A-D/B-C/B-D/C-D)}\mathbf{t1>t3}$]. Die größten Veränderungen sollten sich in den Fehlurteilen unter Einbezug des (stark veränderten) Selbsturteils der Frauen zeigen (**A**), v.a. zwischen Selbst- und Fremdurteil (**A-D**) [$\mathbf{PQ}_{(A-B/A-C/A-D)>(B-C/B-D/C-D)}\mathbf{t3\text{-}t1}$]. Darüber hinaus sollten sich die Paar-Einschätzungen von **t1** zu **t3** in der Tendenz ähnlich verändern und somit die Veränderungen korrelieren [$\mathbf{PQ}_{(AxBxCxD)}\mathbf{t3\text{-}t1}\uparrow$], ebenso die Fehlurteile zu **t1** mit denen zu **t3** [$\mathbf{PQ}_{(A-B/A-C/A-D/B-C/B-D/C-D)}\mathbf{t1xt3}\uparrow$] [Gleichsinnige Zusammenhänge werden für die veränderten Fehlurteile untereinander angenommen (ungeprüft).].

H3^{c}. ...sollte eine hoch eingeschätzte **PQ** zu Reha-Beginn (**t1**) mit weniger negativen Einschätzungen der **BF** und des **KB** einhergehen [$\mathbf{PQ}_{(A/B/C/D)}$x$\mathrm{neg}\mathbf{BF}_{(A/B)}$/$\mathrm{neg}\mathbf{KB}_{(A/B/C/D)}\mathbf{t1}\downarrow$], deren Fehlurteile aber jeweils positiv korrelieren [$\mathbf{PQ}_{(A-B/A-C/A-D/B-C/B-D/C-D)}x\mathrm{neg}\mathbf{BF}_{(A-B)}$/$\mathrm{neg}\mathbf{KB}_{(A-B/A-C/A-D/B-C/B-D/C-D)}\mathbf{t1}\uparrow$] [Gleichsinnige Zusammenhänge werden für die Urteile/-Differenzen vier Wochen nach Reha-Abschluss (t3) sowie zwischen t1 und t3 angenommen (ungeprüft).]. Zudem sollten sich die Paar-Einschätzungen zu **PQ**, **BF** und **KB** von **t1** zu **t3** ähnlich positiv verändern und somit deren Veränderungen korrelieren [$\mathbf{PQ}_{(A/B/C/D)}$x$\mathrm{neg}\mathbf{BF}_{(A/B)}$/$\mathrm{neg}\mathbf{KB}_{(A/B/C/D)}\mathbf{t3\text{-}t1}\uparrow$] [Gleichsinnige Zusammenhänge werden für die veränderten Fehlurteile untereinander angenommen (ungeprüft).].

2 Methoden

Im folgenden Kapitel werden zunächst das Studiendesign und der Untersuchungsplan sowie die Stichproben-Rekrutierung (einschließlich Auswahlkriterien und Personen-Charakteristik) beschrieben, anschließend die verwendeten Materialien und genaue Durchführung der vorliegenden Untersuchung erläutert. Die dem Ergebnisteil und ausführlichen eigenständigen **Anhang**-Band (als Nachschlagewerk für nicht unmittelbar erforderliche, aber weitergehend nützliche Auswertungen) zugrunde liegenden Schritte der statistischen Datenauswertung werden überblickshaft dargestellt. In **Anhang A** bis **C** werden entsprechende Materialien und methodenrelevante Auswertungen abgebildet.

2.1 Studiendesign, Variablen und Untersuchungsplan

Aufbauend auf den Ergebnissen der *multizentrischen, kontrollierten* Vorläuferstudie (Schöne, 2010) und unter Berücksichtigung ausgewählter Personen-Merkmale sollte in der vorliegenden Arbeit *explorativ* der Frage nachgegangen werden, (**F1**) ob sich Unterschiede in den Wahrnehmungen von Brustkrebs-Patientinnen und ihren Partnern hinsichtlich der *Befindlichkeit* (**BF**) und des *Körperbildes* (**KB**) der Frauen aufzeigen lassen, (**F2**) ob eine stationäre, interdisziplinäre Rehabilitation der Patientinnen hierauf einen Einfluss ausüben kann und (**F3**) inwieweit alles mit der durch beide Partner eingeschätzten *Partnerschaftsqualität* (**PQ**) zusammenhängt. In **Abb.** 2 findet sich eine vergleichende Darstellung der vorliegenden mit der vorausgehenden *Therapieverlaufs*-Studie mit einem jeweils „2 (Gruppen) x 2 resp. 3 (Messwiederholungen)-Plan“. Wie schon bei der Gesamt-Stichprobe der Patientinnen in der Reha-(vs. *Kontroll*-)Gruppe konnte zur Klärung o.g. Fragen erneut ein *quasi-experimentelles* Design (vgl. Schöne, 2010), jetzt mit gruppendefinierendem Merkmal *Geschlecht* (Patientinnen- vs. Partner), herangezogen werden. Das damalige *Messwiederholungs*-Design aufgreifend, wurden die Studien-Teilnehmer über mindesten sieben Wochen mittels themenspezifischer und hinsichtlich des Geschlechtes parallelisierter Fragebögen mehrfach untersucht. Zum Zwecke der Repräsentativitäts-Prüfung (zu Schöne, 2010) sowie der späteren Diskussion (z.B. Entwicklungs-Trends) wurden für die Frauen nochmals alle drei aufeinander folgenden Erhebungen, i.S. eines *Prä*- (**t1** = Reha-Beginn/*Baseline*) und zweier *Posttests*

(**t2** = nach drei-wöchiger Reha, **t3** = vier Wochen nach Reha-Abschluss), ausgewertet. Die Partner wurden, eine geteilte Umwelt annehmend, analog des *Prä-* (**t1**) und letzten *Post-tests* (**t3**) befragt. Der Vergleich der *gematchten* Gruppen (unabhängige Variable/*UV 1*) hinsichtlich der Wahrnehmungen von **BF** (abhängige Variable/*AV 1*) und **KB** (*AV 2*) der Patientinnen sowie beider **PQ** (*AV 3*) erfolgte über zwei resp. drei Messzeitpunkte (*UV 2*) sowohl in einem *between-* als auch *within-group*-Design (mit separater Betrachtung v.a. der Patientinnen). In sinnvoller Ergänzung der oft noch einseitigen Literatur liegen den auszuwertenden Maßen je 2 Urteile aus Sicht der Patientinnen bzw. Partner zu Grunde: das *Selbstbild* der Patientinnen (**A** ICH über MICH), das durch ihre Partner *antizipierte Selbst-* (**B** SIE über SICH), das durch die Patientinnen *antizipierte Fremd-* (**C** ER über MICH) und das *Fremdbild* der Partner (**D** ICH über SIE). Schwerpunktmäßig sollte es um den Vergleich von Selbst- und antizipiertem Selbsturteil gehen, erstmals aber auch um die Zusammenhänge, Tendenzen und Verläufe aller 4 Urteile (z.B. Korrelationshöhe in der Frauen- vs. Männersicht). Dies sollte auch Aufschluss über die jeweilige Aussage- und Vorhersagekraft sowie mögliche Indikatoren, Prädiktoren und *Kovariaten* geben.

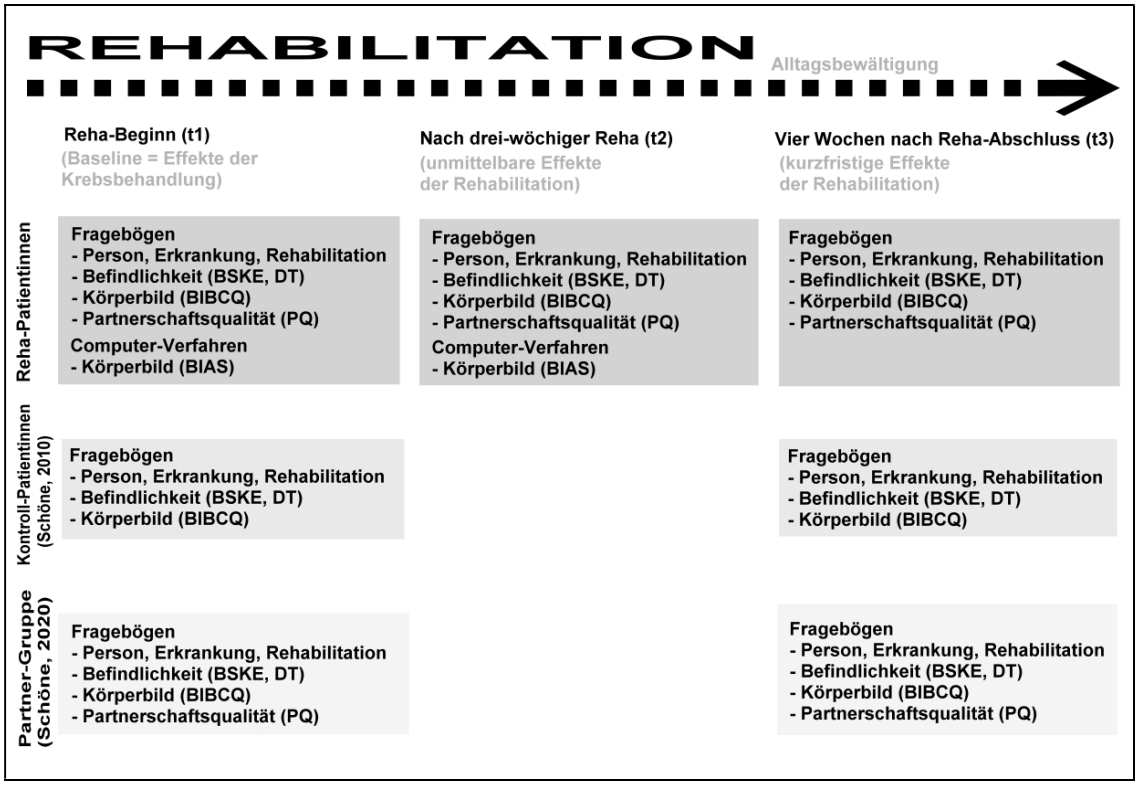


Abbildung 2. Schematische Darstellung des Untersuchungsplans als Integration von Vorläufer- (Schöne, 2010) und vorliegender Studie - differenziert nach Personen-Gruppen, abhängigen Variablen, Messzeitpunkten und -instrumenten.

2.2 Auswahl, Rekrutierung und Charakteristik der Stichprobe

Abbildung 3 stellt wesentliche Merkmale der jeweiligen Stichproben-Gewinnung im Rahmen der frühen Gallhofer- (et al., 2008), der zu Grunde liegenden Vorläufer- (Schöne, 2010) und der vorliegenden Studie ggü.. Die Auswahl der teilnehmenden bzw. hier selektierten Brustkrebs-Patientinnen und deren Partner richtete sich erneut nach klinischen Gegebenheiten, weshalb auf eine *Power*-Berechnung der Fallzahlen, nicht jedoch auf die Möglichkeit zur Prüfung und Kontrolle möglicher Einflussfaktoren, verzichtet wurde.

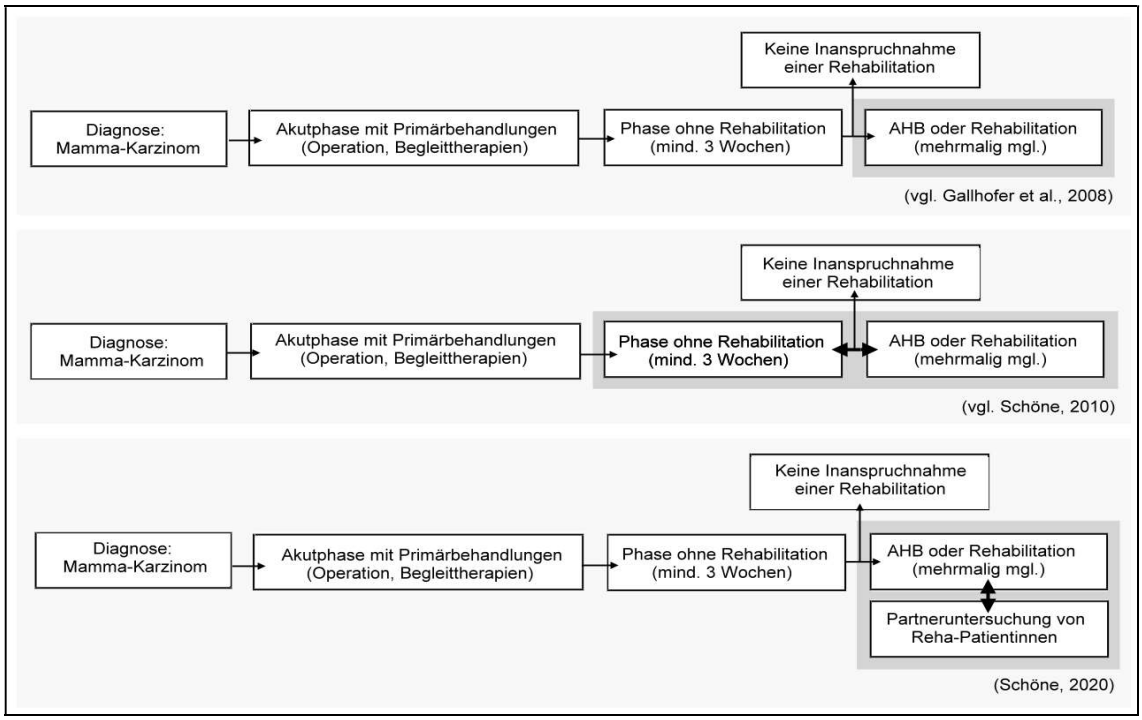


Abbildung 3. Schematische Darstellung der Personen-Rekrutierung und wissenschaftlichen Vergleiche (↔) in Gegenüberstellung der Gallhofer- (et al., 2008), Vorläufer- (Schöne 2010) und vorliegender Studie.

2.2.1 Auswahlkriterien und Rekrutierung der Stichprobe

Einschluss-, Ausschluss- und Abbruchkriterien. Als Teilnehmer für die vorliegende Stichprobe kamen zunächst alle der für die Vorläuferstudie (Schöne, 2010) im Rahmen einer mehrwöchigen stationären, interdisziplinären Rehabilitations-Maßnahme gewonnenen konsekutiven Brustkrebs-Patientinnen in Frage, welche sich in einer Ehe oder Partnerschaft befanden. Anfängliche *Einschluss-Kriterien* (vgl. Schöne, 2010) waren

neben einer malignen Brustkrebs-Erkrankung (*Ausschluss*: andere/benigne Brusttumore), das weibliche Geschlecht (*Ausschluss*: Männer aufgrund kleiner Fallzahlen und mutmaßlich geringerer *Körperbild*-Relevanz), die operative Tumorentfernung (*Ausschluss*: fehlende Operation) sowie eine abgeschlossene Radiatio und/oder Chemotherapie (*Ausschluss*: noch laufende Primärbehandlungen). Minderjährige mussten aufgrund der Klinikschwerpunkte nicht explizit ausgeschlossen werden. Ansonsten wurden zur Stratifikation evtl. beeinflussender Zusatzfaktoren Patientinnen mit unterschiedlichsten *soziodemografischen*, *medizinischen* sowie *rehabilitationsbezogenen* Merkmalen einbezogen. Bedingung für die Beteiligung der sich selbst nicht in Rehabilitation befindlichen Partner an dieser Fragebogen-Studie war einzig die feste Partnerschaft oder Ehe mit einer der teilnehmenden und dem Mitwirken ihres Partners zustimmenden Frauen.

Für beide Kollektive galt individuell, dass ein *Abbruch* der Untersuchung nach unverbindlicher Zusage zur Teilnahme zu jeder Zeit, ohne zwingende Angabe von Gründen und ohne Nachteil hinsichtlich der weiteren medizinischen Betreuung erfolgen konnte.

Rekrutierung. Im Rahmen der Vorläuferstudie (Schöne, 2010) wurden die entsprechend o.g. Auswahlkriterien gewonnenen Reha-Patientinnen in der *Klinik Taunus* des Reha-Zentrums Bad Nauheim rekrutiert und untersucht. Alle Patientinnen wurden individuell durch ein *Informationsblatt* (siehe **Anhang A**-1) im Postfach, im Zuge des regulären Klinik-Einführungsvortrages sowie während der ärztlichen bzw. psychologischen Aufnahmegespräche auf die Relevanz der laufenden Untersuchung hingewiesen und bei Interesse an einer Teilnahme mittels eines ausführlichen *Aufklärungsbogens* (siehe **A**-2) über inhaltliche, organisatorische und rechtliche Besonderheiten informiert. Die *Aufklärung* und *Einwilligung* zur Teilnahme sollten schriftlich bestätigt werden - die Befragung selbst erfolgte anonymisiert. Von 300 kontaktierten Patientinnen konnten 130 (≈43%) als Gesamt-Stichprobe gewonnen werden (vgl. Schöne, 2010). Die 102 (≈79%) in Partnerschaft lebenden Frauen erhielten darüber hinaus ein *Informationsblatt* (siehe **A**-3) über die Möglichkeit der Teilnahme ihrer Lebenspartner an einer weiterführenden Untersuchung, woraufhin 33 Frauen (≈32%) ihr Interesse und ihre Zustimmung schriftlich bekundeten. Erst dann wurden den Partnern die äquivalenten *Informations*- und *Aufklärungs*- (siehe **A**-4) sowie Fragebögen (siehe **Anhang B**) postal zugesandt. Alle 33 angefragten Partner (100%) erklärten sich zur Mitarbeit bereit. Es gab über die zwei resp. drei Messzeitpunkte (**t1**, **t2**, **t3**) keinen *Dropout*, sodass die vollständigen Daten von 33 (heterosexuellen) Paaren für die vorliegende Arbeit herangezogen wurden.

2.2.2 Merkmale und Repräsentativität der Stichprobe

Die vorliegend aus der Gesamt-Stichprobe (*N* = 130; vgl. Schöne, 2010) selektierte Teil-Stichprobe der Brustkrebs-Patientinnen (*n* = 33) mit ihren 33 Partnern umfasste somit insgesamt 66 Personen, welche zu Reha-Beginn der Patientinnen (**t1**) bis vier Wochen nach -Abschluss (**t3**) untersucht wurden. Als wichtige Voraussetzung für die Vergleichbarkeit der aktuell gewonnenen mit den Vorläufer-Daten wurde angenommen, dass die Teil- und Gesamtstichprobe als gleichartig in wesentlichen Personen-Merkmalen und hinsichtlich Reha-Motivation, *Befindlichkeit* und *Körperbild* angesehen werden können. Auf eine tabellarische Darstellung dieser Stichproben-Prüfung wurde hier aus Priorisierung der Partner-Analysen verzichtet. Außerdem erfolgten keine gesonderten Vergleiche hinsichtlich ethnischer Herkunft, Religionszugehörigkeit oder sexueller Orientierung.

Soziodemografische, medizinische, rehabilitationsbezogene Faktoren. In den nachfolgenden **Tabellen** 2 bis 4 sind deskriptiv die Merkmale der an der Partner-Untersuchung teilnehmenden Reha-Patientinnen (vgl. **Anhang C**) sowie in **Tab.** C-2 der analytische Alters-Vergleich mit den Partnern (mit unabhängigen t-Tests resp. Chi²-Tests) dargeboten.

Tabelle 2
Soziodemografische Personen-Merkmale der Patientinnen (n = 33) zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Range (Min-Max) im Fragebogen zur Person, Krebserkrankung und Rehabilitation.

	Deskriptive Statistik									
Variable	**M (SD)**	**Min-Max**	**Häufigkeiten**							
Alter (in Jahren)	53.88 (8.74)	31-70	31-49Jahre: 10 (30.3)			50-59Jahre: 14 (42.4)			60-80Jahre: 9 (27.3)	
Familienstand			Ledig: 0 (0)			Partnerschaft/Ehe: 33 (100)			Verwitwet/Geschieden: 0 (0)	
Dauer Partnerschaft (in Jahren)	22.68 (13.66)	2-47	≤1Jahr: 0 (0)	≤5Jahre: 3 (9.1)		≤10Jahre: 4 (12.1)	≤30Jahre: 15 (45.5)		≤50Jahre: 11 (33.3)	>50Jahre: 0 (0)
Kinder: *n =24*										
Anzahl	1.30 (1.02)	0-3								
Alter			≤10 Jahre: 3 (12.5)			≤20 Jahre: 7 (29.2)			≥21 Jahre: 14 (58.3)	
Wohnsituation			Allein lebend: 0 (0)			Mind. eine weitere Person: 33 (100)				
Bildungsstand			Kein Abschluss/ Förder-/Sonderschule: 1 (3.0)		Hauptschule: 12 (36.4)	Realschule/ Mittlere Reife: 11 (33.3)			(Fach-)Abitur/ Hochschulreife: 9 (27.3)	
Arbeitssituation			Arbeitslos/-suchend/Hausfrau: 4 (12.1)			Berufstätig: 22 (66.7)			Rente: 7 (21.2)	

Anmerkung. Angaben kategorialer Merkmale, sofern nicht anders vermerkt, als absolute Häufigkeiten (und Prozent). Alter der Kinder orientiert am jüngsten Kind.

Das durchschnittliche Alter der Patientinnen lag bei 53,88 Jahren (*SD* = 8.74), mit der jüngsten Patientin von 31 und der ältesten von 70 Jahren. Die Partner unterschieden sich mit einem Alter von 32 bis 71 Jahren (*M* = 55.48, *SD* = 9.30) hierin nicht signifikant ($p > .10$; vgl. **Tab.** C-2). Ein Großteil der Paare führte bereits eine längere Partnerschaft oder Ehe (Dauer: *M* = 22.68, *SD* = 13.66; ≈79% >10 Jahre). Alle lebten in geteilter Wohnsituation. 24 Frauen (≈60%) hatten im Durchschnitt 1,3 Kinder, wobei diese meist über 21 Jahre alt waren. Die meisten Patientinnen hatten einen Haupt- (≈36%) oder Realschulabschluss (≈33%) und waren berufstätig (≈67%).

Tabelle 3

Medizinische und behandlungsbedingte Personen-Merkmale der Patientinnen (n = 33) zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Range (Min-Max) im Fragebogen zur Person, Krebserkrankung und Rehabilitation.

	Deskriptive Statistik					
Variable	**M (SD)**	**Min-Max**	**Häufigkeiten**			
Vergangene Zeit seit Operation (in Monaten)	25.30 (39.34)	3-168				
Behandlungsgrund			Ersterkrankung: 29 (87.9)		Zweittumor/Rezidiv: 4 (12.1)	
Betroffene Brust [a]			eine Brust: 31 (93.9)		beide Brüste: 2 (6.1)	
Tumorstadium			Stadium I: 10 (30.3)	Stadium II: 13 (39.4)	Stadium III/IV: 10 (30.3)	
Metastasierung	8 (24.2)					
Operationsmethode			Brusterhaltende Therapie: 20 (60.6)		Mastektomie: 13 (39.4)	
Lymphonodektomie			Keine: 3 (9.1)	Sentinelknoten: 14 (42.4):	Mehrere Lymphknoten: 16 (48.5)	
Brustrekonstruktion	2 (6.1)					
Prothese/Epithese	9 (27.3)					
Begleittherapien			Bestrahlung: 24 (72.7)	Chemo-therapie: 25 (75.8)	Hormon-therapie: 23 (69.7)	Antikörper-therapie: 4 (12.1)
Anzahl Nebenwirkungen	6.24 (2.56)	1-11				
Anzahl Erkrankungen	0.76 (1.00)	0-3				
Anzahl früherer Op`s	1.58 (1.50)	0-5				
Psycholog./-therapeut. Behandlung vor Studie	4 (12.1)					

Anmerkung. Angaben kategorialer Merkmale, sofern nicht anders vermerkt, als absolute Häufigkeiten (und Prozent).

Der operative Eingriff der Patientinnen lag im Durchschnitt 25,30 Monate (*SD* = 39.34) zurück, mindestens aber 3 Monate. Bei ≈88% handelte es sich um eine Ersterkrankung, bei ≈12% um einen Zweittumor oder Rezidiv. Es waren alle Tumorstadien (I-IV) mit ≈30-39% nahezu gleich häufig vertreten. Bei 8 Frauen seien Metastasen festgestellt worden. An der Studie beteiligten sich statistikkonform mehr Frauen nach Brusterhaltender Therapie

(≈61%) als mit Mastektomie (≈39%). Bei ≈6% waren beide Brüste betroffen. Ebenso viele entschieden sich für eine Brustrekonstruktion und ≈27% trugen eine Pro- oder Epithese. Bei ≈91% der Frauen wurden Lymphknoten entfernt. Bei einem Großteil (≈70-76%) waren Begleittherapien wie Bestrahlung, Chemotherapie oder Hormontherapie notwendig, welche mit zahlreichen Nebenwirkungen einhergingen ($M = 4.39$, $SD = 1.90$). Bereits ≈12% befanden sich vor der Reha in psychologischer/-therapeutischer Behandlung.

Tabelle 4

Rehabilitationsbezogene Personen-Merkmale sowie Reha-Motivation, -Gründe und -Erwartungen der Patientinnen (n = 33) zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Range (Min-Max) im Fragebogen zur Person, Krebserkrankung und Rehabilitation.

	Deskriptive Statistik		Häufigkeiten			
Variable	**M (SD)**	**Min-Max**	**Stimme nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme zu**
Frühere Reha-Aufenthalte: *n =18 (54.5)*	0.91 (1.01)	0-4				
Anzahl Reha-Wochen (aktuell)	3.79 (0.89)	3-6				
Frühzeitiger Reha-Wunsch			0 (0.0)	7 (21.2)	6 (18.2)	20 (60.6)
Reha-Grund:						
Alltagsbewältigung			2 (6.1)	6 (18.2)	14 (42.4)	11 (33.3)
Körperliche Beschwerden			0 (0.0)	1 (3.0)	8 (24.2)	24 (72.7)
Emotionale Probleme			5 (15.2)	4 (12.1)	13 (39.4)	11 (33.3)
Soziale Probleme			14 (42.4)	4 (12.1)	12 (36.4)	3 (9.1)
Partner/Familie			19 (57.6)	6 (18.2)	8 (24.2)	0 (0.0)
Sonstige			16 (48.5)	4 (12.1)	12 (36.4)	1 (3.0)
Reha-Empfehlung			1 (3.0)	0 (0.0)	11 (33.3)	21 (63.7)
Positive Reha-Erwartungen			1 (3.0)	1 (3.0)	9 (27.3)	22 (66.7)

Anmerkung. Angaben kategorialer Merkmale und ordinaler Skalenwerte (mit steigender Merkmalsausprägung von 0-3), sofern nicht anders vermerkt, als absolute Häufigkeiten (und Prozent).

Fast 55% der Frauen nahmen bereits zu einem früheren Zeitpunkt mind. einen Reha-Aufenthalt ($M = 0.91$, Range = 0-4) vor dem Hintergrund ihrer Krebs-Erkrankung wahr. Im Durchschnitt verbrachten sie 3,79 Wochen (Range: 3-6) in der jetzigen Einrichtung. Großteils (≈79%) war der Wunsch nach einer frühzeitigen Reha-Maßnahme vorhanden. I.d.S. nannten viele Frauen Probleme mit der Alltagsbewältigung (≈76%) sowie emotionale Probleme (≈73%) als *Reha-Gründe* für die Inanspruchnahme. Es fällt auf, dass fast alle Frauen körperliche Beschwerden (≈97%), jedoch weniger als die Hälfte auch soziale Probleme (≈46%; davon nur ≈24% bzgl. Partner/Familie) angaben. Hierfür spricht, dass die meisten ein hohes Maß *sozialer Unterstützung* v.a. durch Partner (≈91%), Freunde/

Kollegen/Bekannte (≈88%), Kinder und Familie (≈79%) und medizinisches/psychologisches Personal (≈76%) erlebten (vgl. **C**-1). Nahezu alle äußerten, dass ihnen eine Reha empfohlen worden sei (≈97%) sowie positive Erwartungen an diese (≈94%).

Repräsentativität. In **Anhang C** sind die Merkmale der an dieser Paar-Studie teilnehmenden Patientinnen ($n = 33$) denen der Gesamt-Stichprobe ($N = 130$; Schöne, 2010) gegenübergestellt - mit den jeweiligen Ergebnissen der t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. Chi²-Tests. Die Frauen unterschieden sich danach nicht bedeutsam ($p > .10$) in Bezug auf ausgewählte *soziodemografische* (vgl. **Tab.** C-1), *medizinische*/*behandlungsbedingte* (vgl. **Tab.** C-3) und *rehabilitationsbezogene Variablen* (vgl. **Tab. C**-4) - auch nicht in der differenzierten Betrachtung der Reha-Motivation, -Erwartungen und -Gründe (z.B. körperlicher, emotionaler, sozialer, v.a. partnerschaftlicher Probleme) sowie der erlebten *sozialen Unterstützung* (vgl. **Tab.** C-1). Da aber nur ≈78-79% der Frauen der Vorläuferstudie in einer Partnerschaft oder Ehe (mittlere Dauer ≈25 Jahre) bzw. in geteilter Wohnsituation lebten, brachte der hiesige Selektionsfaktor "Partnerschaft" signifikante Unterschiede im Familienstand ($\chi^2_{(2)} = 8.65, p < .05$) und der Wohnsituation ($\chi^2_{(1)} = 8.65, p < .01$).

2.3 Materialien und Durchführung

Mit Verweis auf die Ausführungen bei Schöne (2010) werden nachfolgend die zur Beantwortung der drei Haupt-Fragestellungen (**F1**, **F2**, **F3**) ausgewählten Testinstrumente sowie deren Einsatz im Untersuchungsverlauf vorgestellt. Mit schriftlicher Erläuterung (siehe **Anhang B**-$1_{a,b}$) wurden die nachstehenden vier Fragebögen (siehe **B**-2 bis -5) in dargestellter Reihenfolge den Brustkrebs-Patientinnen sowie in parallelisierter Form den Partnern (außer Fragebogen zur Person) zur Bearbeitung im *Paper-Pencil*-Format vorgegeben. Dabei lagen die Beurteilungs-Instrumente, (2) und (3) in zwei sowie (4) und (5) in vier Sichtweisen vor, um zu untersuchen, wie beide die *Befindlichkeit* (**BF**) und das *Körperbild* (**KB**) der Patientinnen im Selbst-, antizipierten Selbst-/Fremd- bzw. Fremdbild einschätzen. Die Bögen sollten darüber hinaus Aufschluss über den Zusammenhang zwischen **BF, KB** und *Partnerschaftsqualität* (**PQ**) sowie über den Effekt einer stationären, interdiszipinären Reha der Patientinnen auf eben diese Maße geben.

(1) Fragebogen zur *Person, Krebserkrankung und Rehabilitation* zur Erhebung relevanter Personen-Merkmale sowie zur Ermittlung möglicher Kovariaten

(2) *Befindlichkeitsskalierung anhand von Kategorien und Eigenschaftswörtern* (*BSKE-(EWL)*: Janke et al., 1994) und *Distress-Thermometer* (*DT*: Mehnert et al., 2006) zur Erfassung der Ausprägung, Partnerübereinstimmung und Veränderung der **BF**

(3) *Body Image After Breast Cancer Questionnaire* (*BIBCQ*: Baxter, 1998) zur Erfassung der Ausprägung, Partnerübereinstimmung und Veränderung des **KB**

(4) Fragebogen-Anteile zu *Allgemeinen Wahrnehmungen und Einstellungen* (*AllWuE*) sowie zur *Partnerschaftsqualität* zur Erfassung der Ausprägung, Partnerübereinstimmung und Veränderung der *Bedeutsamkeit des KB* sowie der **PQ**

2.3.1 Messgrößen, Modifikation und Auswertung der Fragebögen

Fragebogen zur Person, Krebserkrankung und Rehabilitation (siehe **B**-2)**.** Mit diesem Instrument werden *soziodemografische Daten* (Alter, Familienstand, Dauer der Partnerschaft, Anzahl/Alter Kinder, Wohnsituation, Bildungsstand, Beruf, Arbeitssituation) sowie die wahrgenommene *soziale Unterstützung* (durch Partner, Kinder, Familie/ Freunde, Bekannte/Kollegen, medizinisches/psychologisches Personal) ermittelt. Überwiegend werden *brustkrebs*- und *behandlungsbezogene Angaben* erfasst (Op-Zeitpunkt, Behandlungsgrund, betroffene Brust, Tumorstadium, Metastasierung, Lymphknotenentfernung, Op-Methode, Brustrekonstruktion, Einbezug in Entscheidungen, Prothese/Epithese, Begleittherapien, Nebenwirkungen, weitere Erkrankungen/Operationen, vorangegangene psychologische/-therapeutische Behandlung). Zudem werden *rehabilitationsrelevante Faktoren* (Reha-Motivation, -Gründe, -Erwartungen, -Erfahrungen) und ggf. besondere Vorkommnisse der letzten Wochen erfragt. Dieser Bogen kann in etwa 3-5min bearbeitet werden und beinhaltet drei Skalenformate: eine „Ja - Nein"-Skala, eine vierstufige (*Likert*-)Skala von „Stimme nicht zu - Stimme eher nicht zu - Stimme eher zu - Stimme zu" und ein offenes Antwortformat. Die hier verwendeten Instruktionen und Items wurden entsprechend der drei Messzeitpunkte der Patientinnen (**t1**, **t2**, **t3**) umformuliert oder ergänzt. Die Partner wurden hingegen nur nach ihrem Alter befragt. Eine deskriptive Darstellung der erhobenen Personen-Charakteristik findet sich bereits in **Kapitel** 2.2.2. Hierzu gehen die jeweiligen Items der Informationsbereiche ohne faktoren- bzw. skalenanalytische Auswertung unter Bildung von Kategorien und Mittelwerten über Personen (ggf. unter Berücksichtigung von Gruppen-Vergleichen mittels un-/ abhängiger t-Tests oder Chi²-Tests) in die Analyse ein.

Befindlichkeitsskalierung anhand von Kategorien und Eigenschaftswörtern (BSKE) (siehe **B**-3)**.** Dieser mehrdimensionale Fragebogen *BSKE-(EWL)* (mit *Eigenschaftswörterliste*; Janke et al., 1994) dient der repetitiven Erfassung des derzeitigen (einschließlich körperlichen) Befindens sowie dessen Veränderung. Die hier verwendete *Spezialform* besteht aus 24 Items der *Normalform* und vier zusätzlichen Items (Lustlosigkeit, Schmerzempfindlichkeit, Attraktivität, Stressbelastung). Jede der sechs faktorenanalytisch ermittelten Skalen beschreibt das genaue Befinden durch Substantive bzw. Adjektive und lässt sich zwei *Befindlichkeits*-Bereichen zuordnen: *Positive Affektivität* (*PA*) mit *Vigilanz* (Aktivität, Wachheit, Konzentriertheit), *Gehobene Stimmung* (Seelisches Wohlbefinden*,* Kontaktfreudigkeit*,* Innere Entspannung*,* Freude*,* Selbstsicherheit*,* Gehobene Stimmung), *Introvertiertheit* (Verträumtheit) und *Negative Affektivität* (*NA*) mit *Introvertiertheit* (Nach-Innen-Gekehrt-Sein), *Angst* (Innere Erregtheit, Ängstlichkeit, Körperliche Erregtheit, Empfindlichkeit, Traurigkeit), *Hostilität* (Aggressivität, Missstimmung, Feindseligkeit, Ärger) und *Desaktiviertheit* (Energielosigkeit, Benommenheit, Müdigkeit, Körperliches Unwohlsein). Dieser Bogen kann in 4min bearbeitet werden und besteht aus einer sieben-stufigen (*Likert*-)Skala: von *„gar nicht - sehr schwach - schwach - etwas - ziemlich - stark - sehr stark“*. Auch hier wurden die Instruktionen und Items den beiden Gruppen (Patientinnen: **A**; Partner: **B**) mit ihren zwei resp. drei Messzeitpunkten (**t1**, **t2**, **t3**) angepasst. Der parallelisierte Partner-Bogen erfragt dabei, welches Befinden dieser bei seiner Partnerin vermutet. Ansonsten unterscheidet sich die hier verwendete Fassung nur im Layout und der ausführlicheren Instruktion vom Original. Die Item-Rohwerte gehen durch Summen-Bildung (bzw. zur Vergleichbarkeit bei unterschiedlicher Itemanzahl als Durchschnittswerte) statistisch in den zu analysierenden sechs Skalen und zwei *Befindlichkeits*-Bereichen auf. Aufgrund der Modifikationen wurde vorab erneut die *Testgüte* beurteilt (vgl. Schöne, 2010; **Kap.** 2.4.1).

Distress-Thermometer (DT) (siehe **B**-3). Das von der interdisziplinären *NCCN* entwickelte und seitens der *PSO* empfohlene Instrument (vgl. Herschbach & Weis, 2008) wurde vorliegend in seiner deutschsprachigen Version (nach Mehnert et al., 2006) verwendet, welche an einer großen Stichprobe von Krebspatienten in der Rehabilitation erprobt wurde. Mit dem *Thermometer* kann das wahrgenommene Ausmaß der psychosozialen Belastung (*Distress*) in den letzten Tagen (bis heute) erfasst werden - durch Markierung der zutreffenden Zahl auf der *visuellen Analogskala*: „*0-10“* (*„gar nicht belastet“* bis *„extrem belastet“*). Aktuell wurde nur diese zur Erhebung einer *Globalen*

Stressbelastung (*GS*) verwendet, obwohl im Original noch eine *Problemliste* mit 36 Items zur Konkretisierung der Belastungen in fünf Lebensbereichen (physisch/praktisch/familiär/emotional/spirituell) angefügt ist. Es handelt sich um ein *Ultra-Kurz-Screening* (Bearbeitung < 3min). Die Instruktionen und Items wurden ebenso den Gruppen (**A**, **B**) und Messzeitpunkten (**t1**, **t2**, **t3**) angepasst sowie in einem parallelisierten Partner-Bogen erfragt, welche Belastung dieser bei seiner Partnerin erwartet. Die Item-Rohwerte sind alleine aussagekräftig und können ggf. durch Mittelwertsbildungen über Gruppen analysiert werden. Ein *Cut-off*-Wert von „5" wird als Schwellenwert für eine Behandlungsbedürftigkeit betrachtet (vgl. *NCCN*, 2003; Mehnert et al., 2006; Donovan et al., 2014). Die Reliabilitäts-Ermittlung entfiel hier bei nur einem visuell dargebotenen Item.

Body Image After Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ) (siehe **B**-4)**.** Dieser multidimensionale Fragebogen (Baxter, 1998/et al., 2006) dient der Erfassung möglicher (Langzeit-)Folgen des Brustkrebs bzgl. verschiedener *Körperbild*-Aspekte. Der 53 Items umfassende Bogen enthält sechs faktorenanalytisch gebildete Skalen: *Vulnerabilität* (Sorgen über die Anfälligkeit für Krankheit/Krebs), *Stigmatisierung* (Bedürfnis nach dem Verstecken des Körpers), *Einschränkungen* (Annahmen zu Kompetenzen/Fertigkeiten), *Körper-* (Zufriedenheit mit Aussehen/Erleben des Körpers) sowie *Arm-Unzufriedenheit* (Sorgen über Armsymptome/-aussehen) und *Transparenz* (Sorgen über die Offensichtlichkeit von krebsbedingten Körper-Veränderungen). Er ermöglicht eine behandlungsspezifische Differenzierung nach Brusterhaltender Therapie vs. Mastektomie vs. Tragen eine Pro-/Epithese (mit je 1 Item). Das Original lässt sich in 7-8min bearbeiten und besteht aus einem fünf-stufigen Antwortformat mit Mittelkategorie und zwei Antwortdimensionen: *Zustimmung* umfasst *„absolute Ablehnung - Ablehnung - weder Ablehnung noch Zustimmung - Zustimmung - absolute Zustimmung"* und *Häufigkeit* umfasst *„nie/fast nie - selten - manchmal - oft - immer/fast immer"*. Das Instrument wurde (nach Rücksprache mit der Autorin) zuerst ins Deutsche übersetzt und das Skalenformat zur Vermeidung mittlerer Antworttendenzen in ein vier-stufiges umgeändert: *Zustimmung* schließt nun *„Stimme nicht zu - Stimme eher nicht zu - Stimme eher zu - Stimme zu"* und *Häufigkeit „fast nie - selten - manchmal - fast immer"* ein. Zur Vergleichbarkeit mit dem in der Vorläuferstudie (Schöne, 2010) zusätzlich verwendeten Computertest (*BIAS*: Letosa-Porta, Ferrer-Garcia & Guitérrez-Maldonado, 2005) wurde der Bogen mit selbstkonstruierten Items zur Zufriedenheit mit einzelnen Körperteilen erweitert. Der nun 63 Items starke Bogen lässt sich in 15min bearbeiten. In diesem Fall resultierten aus

der Anpassung der Instruktionen und Items nach Gruppen (**A**, **B**, **C**, **D**) und Messzeitpunkten (**t1**, **t2**, **t3**) vier parallelisierte Bögen, in welchen die Patientinnen und Partner jeweils aus eigener und Sicht des anderen zum Körper der Frauen urteilen. Die Auswertung basiert auf Zuordnung der summierten Item-Rohwerte (bzw. zur Vergleichbarkeit bei unterschiedlicher Itemanzahl als Durchschnittswerte) zu den sechs Sub- und einer problemorientierten Gesamtskala *negatives Körperbild* bzw. den drei behandlungsspezifischen Gesamtskalen (mittels zugehöriger Items). Analog der *BSKE* wurde wegen o.g. Modifikationen die *Testgüte* vorweg ermittelt (vgl. Schöne, 2010; **Kap.** 2.4.1).

Selbstkonstruierte Fragenbogen-Anteile. Zur Erfassung der evtl. konfundierenden *Bedeutsamkeit des Körperbildes* (***BedKB***) wurde dem Haupt-Fragebogen zur Erfassung des **KB** (*BIBCQ*; siehe **B**-4) zudem die Skala *Allgemeine Wahrnehmungen und Einstellungen* (*AllWuE*; zur gesellschaftlichen/persönlichen Wichtigkeit und Symbolkraft von Aussehen/Körper/Brust) der Frauen und Männer (♀, ♂) mit 5 Items vorangestellt. Bei Teilnahme an der Partner-Studie wurde beiden Gruppen (**A**, **B**, **C**, **D**) ein separater Ergänzungs-Bogen (siehe **B**-5) mit einer Skala zur *Partnerschaftsqualität* (**PQ**) mit 7 Items (*Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung*/*-Stärkung*) beigefügt. Beide Fragebogen-Teile wurden zu allen Messzeitpunkten (**t1**, **t2**, **t3**) erstellt und konnten in je ca. 1min auf einer vier-stufigen Antwortskala beantwortet werden: *„Stimme nicht zu - Stimme eher nicht zu - Stimme eher zu - Stimme zu“*. Die Auswertung erfolgte jeweils mittels Summen- und Durchschnittsbildung über alle Items zu je einer Gesamtskala (***BedKB*** resp. **PQ**).

2.3.2 Untersuchungs-Ablauf und Durchführung

Ethik, Aufklärung, Datenschutz. Vor Untersuchungs-Beginn am klinischen Kollektiv wurden die Genehmigungen der *Ethik-Kommissionen* (1.) der Medizinischen Fakultät der Universität Gießen sowie (2.) der *DRV-Bund* (zuständig für die in der Reha-Klinik gewonnenen Patientinnen) eingeholt. Es wurden alle potentiellen Teilnehmerinnen durch ein *Informationsblatt* zu Beginn ihrer stationären Rehabilitation ausführlich schriftlich über Inhalt und Ziel, Teilnahmebeschränkungen und -bedingungen, organisatorische Besonderheiten, Nutzen und Kosten einer Teilnahme sowie Datenschutz und Rechte aufgeklärt (siehe **Anhang A**-1 und -2). Erst bei schriftlicher Zusage zur Teilnahme

wurde den Frauen ein weiteres *Informationsblatt* zur vorliegenden Partner-Studie ausgehändigt (siehe **A**-3), sodann bei deren Einwilligung auch eine umfangreiche *Aufklärung* an die Partner gesendet (siehe **A**-4). Je ein Exemplar der Information und Einwilligung behielten die TeilnehmerInnen bzw. die Reha-Klinik (zur evtl. Vorlage bei der Prüfstelle). Patientinnen und Partner konnten freiwillig, unverbindlich und unvergütet, aber auch kostenneutral teilnehmen, da o.g. Fragebögen noch während der Reha zurückgegeben (**t1**, **t2**) oder in entspr. vorfrankierten Rückumschlägen (**t1**, **t3**) zurückgeschickt wurden. Alle Paare dürften als uneingeschränkt zustimmungs- und befragungsfähig angesehen werden, zumindest bei den Frauen ergaben sich im persönlichen Kontakt in der Reha keine gegensätzlichen Hinweise. Grundsätzlich wurde der Schutz der persönlichen Daten und Rechte zugesichert, u.a. durch Anonymisierung der Fragebögen (mittels individualisiertem *Code*). Zudem erfolgte die Daten-Aufnahme und -Analyse ausschließlich durch die Untersuchungs-Leiterin, unter getrennter Aufbewahrung von personenbezogenen Informationen (Name, Adresse etc.) und Testergebnissen. Zugleich wurde betont, dass die Studien-Teilnahme jeder Zeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Konsequenzen widerrufen und die Fragebögen unausgefüllt zurückgegeben werden können. Um dennoch eine möglichst hohe Verbindlichkeit zu erzielen, bewarb die Untersuchungs-Leiterin selbst diese Studie vorab im wöchentlichen Einführungsvortrag für neuangereiste Patienten, wurden dann alle interessierten Patientinnen persönlich durch diese begrüßt und letztlich alle TeilnehmerInnen dafür sensibilisiert, dass nur eine ehrliche Beantwortung und Beteiligung an allen Erhebungszeitpunkten zu verwendbaren Ergebnissen führen würde.

Untersuchungsablauf. Im Rahmen der Vorläuferstudie (Schöne, 2010) in der *Klinik Taunus* des Reha-Zentrums Bad Nauheim konnten 33 in einer Partnerschaft/Ehe lebende Brustkrebs-Patientinnen von der Gesamt-Stichprobe der Reha-Patientinnen (N = 130) für die vorliegende Untersuchung mit Partner-Befragung gewonnen werden. Für alle Frauen war eine kombinierte Fragebogen-Studie mit innovativem Computertest zu zwei resp. drei Zeitpunkten vorgesehen, wobei für die Partner-Studie nur die parallelisierten Fragebögen Relevanz hatten. Nach umfangreicher *Information*, *Aufklärung* und schriftlicher *Einverständniserklärung* (siehe **Anhang A**) zur eigenen sowie zur Teilnahme der Partner wurden die Frauen zu Beginn der ersten (**t1**) sowie am Ende der dritten Reha-Woche (**t2**) einzeln eingeladen und über ca. 1h befragt bzw. getestet. Dies fand unter Anwesenheit der Untersuchungs-Leiterin in einem zweckdienlichen Raum statt. Sofern die Frauen die genauen *Instruktionen* verstanden hatten, füllten sie alleine die Fragebögen

(siehe **Anhang B**) in vorgegebener Abfolge aus (ca. 5-15min pro Bogen). Es schloss sich die Vermessung der für den Computer-*Morphing*-Test (*BIAS*: Letosa-Porta, Ferrer-Garcia & Guitérrez-Maldonado, 2005) relevanten Körpermaße (mittels Beckenzirkel, Maßband) durch die Leiterin sowie die selbständige Durchführung des zuvor demonstrierten PC-Tests an (ca. 10min). Analoge Fragebögen wurden den Frauen vier Wochen nach Reha-Abschluss (**t3**) per Post übermittelt, welche sie bearbeitet innerhalb von zwei Tagen in einem frankierten Rückumschlag an die *Taunus-Klinik* senden sollten.

Die weiterführende Untersuchung der 33 zugehörigen Lebenspartner erfolgte erst nach schriftlicher Zustimmung der Patientinnen. Es handelte sich um eine Erhebung im postalen Fragebogen-Format (je ca. 30min) mit nur zwei Messzeitpunkten entspr. der Erhebungen **t1** und **t3** der Patientinnen in einem Abstand von mind. sieben Wochen. Zusammen mit der umfangreichen Studien-*Information, -Aufklärung* und *Einwilligung* (siehe **Anhang A**) wurden zum ersten Zeitpunkt die parallelisierten Fragebögen (einschließlich Instruktionen; siehe **Anhang B**) übermittelt und um Rücksendung der ausgefüllten Bögen im ebenfalls frankierten Rückumschlag an die *Taunus-Klinik* innerhalb von zwei Tagen gebeten. Die Fragebögen zu **t3** wurden gemeinsam mit den Bögen der Patientin zugeschickt, wobei beide Partner aber zu jedem Moment explizit darauf hingewiesen wurden, dass die Bögen allein und ohne Hilfe anderer auszufüllen seien.

Die Ansprechbarkeit der Untersuchungs-Leiterin war während des gesamten Erhebungs-Zeitraumes persönlich an drei festen Wochentagen in der *Klinik Taunus* des Reha-Zentrums Bad Nauheim sowie telefonisch oder via e-Mail gewährleistet. Diese sowie die Kontaktdaten der betreuenden Professorin fanden sich auf allen *Informationsblättern*.

2.4 Statistische Vorbereitung, Auswertung und Darstellung

In der Vorläuferstudie (Schöne, 2010) gab es drei Untersuchungs-Zeitpunkte, sodass für die vorliegende Arbeit von den Patientinnen und Partnern Daten zu **t1** und **t3** sowie zusätzlich von den Patientinnen zu **t2** zur Auswertung herangezogen werden konnten. Die statistische Datenaufbereitung sowie deskriptiven und inferenzstatistischen Analysen erfolgten unter Nutzung des Programmes *SPSS* (*Statistical Package for Social Science*, 2002/2006). Dies umfasste (1.) die Beurteilung der *Testgüte* der modifizierten Fragebögen *BSKE* und *BIBCQ*, (2.) die Repräsentativitäts-Prüfung (zu Schöne, 2010) und explorative

Ermittlung möglicher konfundierender Faktoren (bzgl. **BF**/**KB**) anhand der Personen-Merkmale sowie (3.) die testanalytische Prüfung der Hypothesen und Beantwortung der Haupt-Fragestellungen (**F1**, **F2**, **F3**). Die Ermittlung (vgl. **Kap.** 2.2.2), Bewertung (vgl. **Kap.** 2.4.2) und Diskussion (vgl. **Kap.** 4.1) der Personen-Merkmale in ihrer Ausführlichkeit stellt einen Teil der Repräsentativitäts- und *Confounder*-Prüfung dar, dient aber auch der Würdigung früherer Forschungen, v.a. der Vorläuferstudie, wo die Aufklärung von Einfluss-Faktoren bei einer Brustkrebs-Erkrankung eine Haupt-Fragestellung war.

2.4.1 Beurteilung der Testgüte

Der relevanten Datenauswertung wurde die Beurteilung der *Testgüte* der verwendeten, z.T. modifizierten Verfahren mittels Item- und Skalenanalysen vorangestellt. Die Analyse erfolgte für die Daten der Patientinnen (n = 33) sowie ergänzend der Partner (n = 33) zu Reha-Beginn (**t1**). Unter Berücksichtigung selbstkonstruierter, zusätzlicher sowie optionaler (z.B. behandlungsspezifischer) Items und Skalen wurden für jedes Item erst die *Trennschärfen* (r_{itc}, korrigierte Item-Skala-Korrelation) und für jede Skala die (korrigierten) Reliabilitäten (mit *Cronbach's α*) ermittelt, anschließend die *Interne Konsistenz* noch durch Korrelation der Sub- mit den Gesamtskalen geprüft (vgl. **Tab**. C-5).

Wie schon bei Schöne (2010) wiesen alle Skalen und Interpretations-Bereiche von *BSKE* (*Positive Affektivität*: α = .85; *Negative Affektivität*: α = .95) und *BIBCQ* (*negatives Körperbild*/*KB*: α = .96) gute bis sehr gute Reliabilitäten (.84 ≤ α ≥. 96) auf. Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Item-Anzahl der Fragebögen für die Frauen und Männer aus Gründen der sinnhaften Adaptation abweichen, was sich in hier nicht abgebildeten Zusatzanalysen auch leicht auf die Reliabilitäten der Partner-Bögen (.80 ≤ α ≥ .85) auswirkte. *Part-whole*-Korrekturen unter Ausschluss nicht-*trennscharfer* Items (r_{itc} < .30) waren aber für keine Fragebogen-Variante notwendig (.60 ≤ r_{itc} ≥.96). Korrelationsanalytisch gelten die Instrumente trotz Modifikation als geeignet für die Erfassung der abhängigen Variablen und ermöglichen die Vergleich- bzw. Generalisierbarkeit der aktuellen und früheren Ergebnisse (vgl. Schöne, 2010). Diese Voranalyse diente auch der Gewinnung komplexer Variablen, wobei sich die *BSKE*-Skala *Introvertiertheit* (nur zwei Items) erneut als eingeschränkt reliabel (α < .70) herausstellte und daher nur durch Zuordnung zu den *Befindlichkeits*-Bereichen interpretiert wurde - ähnlich die *BIBCQ*-Skala *Einschränkungen* (wo keine analogen Items für die Partner generiert werden konnten).

Aufgrund erwartungsgemäß hoher Interkorrelationen zwischen Sub- und Gesamtskalen ($\pm.506 \leq r \geq \pm.943$; $p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$) beschränkt sich das Ergebniskapitel meist auf die Darstellung der Gesamtskalen. Aus Übersichtlichkeit und bei ohnehin geringen Fallzahlen (Brusterhaltende Therapie: $n = 20$; Mastektomie: $n = 13$; Pro-/Epithese: $n = 9$) wurde mit den behandlungsspezifischen Gesamtskalen ebenso verfahren. Nur bei besonderen Effekten wurden diese (analog den Subskalen) zur Diskussion explizit erwähnt.

…..Für die konstruierten Fragenbogen-Anteile zu *Allgemeinen Wahrnehmungen und Einstellungen*, i.S. *Bedeutsamkeit des Körperbildes* (***BedKB***), sowie der *Partnerschaftsqualität* (**PQ**) wurden ebenso gute Item-*Trennschärfen* ($.75 \leq r_{itc} \geq .91$), Skalen-Reliabilitäten ($.85 \leq \alpha \geq .89$) und *Interne Konsistenzen* ($\pm.683 \leq r \geq \pm.934$) ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$) belegt (Zusatzanalysen nicht dargestellt wg. fehlendem Vergleich mit Schöne, 2010).

2.4.2 Ermittlung und Ausschluss möglicher Kovariaten

Im Rahmen der Stichproben-Beschreibung (vgl. **Kap.** 2.2.2) wurden zunächst die deskriptiven Statistiken und Häufigkeiten der *soziodemografischen*, *medizinischen/behandlungsbedingten* sowie *rehabilitationsbezogenen* Personen-Merkmale ermittelt. Vorbereitend auf die Diskussion der Ergebnisse wurden die für die vorliegende Paar-Studie aus der stationären Reha-Gesamt-Stichprobe der Vorläuferstudie ($N = 130$; vgl. Schöne, 2010) gewonnenen Brustkrebs-Patientinnen ($n = 33$) mittels Chi²-Tests bzw. t-Tests für unabhängige Stichproben (trotz Selektion) auf Gruppen-Unterschiede sowie *Levene*-Tests auf Varianz-Homogenität geprüft ($p > .10$). Wie erörtert, unterscheiden sich die Kollektive ausschließlich in dem mit dem Selektionsfaktor "Partnerschaft/Ehe" zusammenhängenden Familienstand und der Wohnsituation ($p < .01$ resp. $< .05$; vgl. **Tab.** C-1 bis -4), sodass von einer guten Repräsentativität, Vergleich- und Generalisierbarkeit ausgegangen werden darf. Auch ging aus der Vorläuferstudie hervor, dass einige Merkmale, ebenso wie die subjektive *soziale Unterstützung* und *Bedeutsamkeit des Körperbildes*, einen differenziellen Einfluss auf **BF** und **KB** ausüben (vgl. **Tab.** 1 in **Kap.** 1.3.1.2; S. 33). Um verzerrende Effekte zu kontrollieren, wurde diese Annahme daher mittels *Pearson*-Produkt-Moment-Korrelationen erneut an den Urteilen der Patientinnen ($n = 33$) und erstmals auch an denen ihrer Partner ($n = 33$) geprüft. Eine Übersicht der ausschließlich bedeutsamen Beziehungen mit den abhängigen Zielvariablen **BF** (**A**, **B**) und **KB** (**A**, **B**, **C**, **D**) zu Reha-Beginn der Frauen (**t1**) und vier Wochen nach Abschluss (**t3**) findet sich in **Tabelle** 5 (vgl. **Tab.** C-6

und -7). Auf gleichartige Prüfungen der Verlaufs-/Veränderungsmaße (**t3-t1**) wurde verzichtet, da schon *Prä-*/*Post*-Wert-Korrelation über eine Variablen-Kontrolle entscheiden sollten. I.d.S. wurde auch mit den behandlungsspezifischen **KB**-Gesamtskalen umgangen und v.a. Bezug auf das alle Patientinnen umfassende *Körperbild*$_{(Gesamt)}$ genommen.

Tabelle 5

Hinsichtlich Befindlichkeit (BSKE, DT) und Körperbild (BIBCQ) im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst-(B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) bedeutsame Personen-Merkmale der Patientinnen.

	Zusammenhangsmaße			
	Befindlichkeit (BSKE, DT)			**Körperbild (BIBCQ)**
Soziodemografische Faktoren	**Positive Affektivität**	**Negative Affektivität**	**Globale Stressbelastung**	**Negatives Körperbild$_{(Ges)}$**
Alter Patientin				**- A, t1/t3** (Stigmatisierung)
Partnerschafts-Dauer		**- A/B, t1/t3** (Introvertiertheit; Angst; Desaktiviertheit)		**- A, t1/t3 KB*** (Körper-Unzufriedenheit; Transparenz)
Bildungsstand		**- A/B, t1/t3** (Hostilität)		
Soziale Unterstützung		**- A/B, t1/t3** (Introvertiertheit; Desaktiviertheit)		**- A/C/D, t1/t3** (Stigmatisierung nach Mastektomie)
Bedeutsamkeit Körperbild		**- A/B, t1/t3** (Hostilität)		
Medizinische/behandlungs-bedingte Faktoren				
Metastasierung	**- A/B, t1/t3 PA**** (Vigilanz; Gehobene Stimmung)	**+ A/B, t1/t3 NA***** (Introvertiertheit; Hostilität; Angst; Desaktiviertheit)	**+ A/B, t1/t3 GS***	**+ A/B/C/D, t1/t3 KB*** (Körper-Unzufriedenheit **A/C**, t1/t3; Arm-Unzufriedenheit **A/B**, t1/t3)
Chemotherapie				**+ A/B, t1/t3 KB*** (Körper-Unzufriedenheit **A/C, t1/t3**; Arm-Unzufriedenheit **A/B, t1/t3**)
Therapie-Nebenwirkungen		**+ A/B, t1/t3** (Introvertiertheit; Desaktiviertheit)		**+ A/B/C/D, t1/t3 KB*** (Körper-Unzufriedenheit)
Weitere Erkrankungen/Op`s		**- A/B, t1/t3** (Hostilität; Angst)		
Body Maß Index				**+ A, t1/t3 KB*** (Stigmatisierung; Körper-Unzufriedenheit)
Rehabilitationsbezogene Faktoren				
Reha-Erwartungen	**+ A/B, t1/t3 PA*** (Vigilanz; Gehobene Stimmung)	**- A/B, t1/t3 NA*** (Introvertiertheit; Angst)		
Anzahl bisherige Rehas				**+ A/B/C/D, t1/t3 KB*** (Körper-Unzufriedenheit)

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen: *Positive Affektivität* (PA) sowie *Negative Affektivität* (NA). DT-Gesamtskala: *Globale Stressbelastung* (GS). BIBCQ-Gesamtskala: *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB).

+/- Positive/Negative *Pearson*-Produkt-Moment-Korrelationen (schwarz = Gesamtskalen, grau = Subskalen)

* Signifikanz (2-seitig) der Korrelation:*** = $p < .001$;** = $p < .01$;* = $p < .05$; nicht-signifikant: $p > .10$.

Ebenso wenig, wie sich Unterschiede zwischen den Patientinnen und der Gesamt-Stichprobe bzw. ihren Partnern nachweisen ließen, fanden sich Zusammenhänge für die vielen Personen-Merkmale mit der Ausprägung von **BF** bzw. **KB** in den Gesamtskalen

von *BSKE/DT* und *BIBCQ* zu Reha-Beginn (**t1**) oder vier Wochen nach Abschluss (**t3**) ($p > .10$; vgl. **Tab.** C-6 und 7). Allerdings ist bei Interpretation und Diskussion der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass Metastasierung mit einer geringeren *Positiven* (*PA*: $p < .01$) und höheren *Negativen Affektivität* (*NA*: $p < .001$) sowie *Globalen Stressbelastung* (*GS*: $p < .05$) über beide Urteile/Zeitpunkte (**A/B**) einhergeht. Hingegen stehen positive Reha-Erwartungen mit einer höheren *PA* und geringeren *NA* (**A/B**) sowie die Anzahl bisheriger Reha-Aufenthalte mit einem *negativeren* $\mathbf{KB}_{(\text{Gesamt})}$ (**A/B/C/D**) in Beziehung ($p < .05$). Je länger die Partnerschafts-Dauer, desto weniger *negativ* ist das **KB** der Frauen (**A**; $p < .05$). Zudem korrelieren Metastasierung und Nebenwirkungen über alle Urteile (**A**/**B**/**C**/**D**), Chemotherapie im Urteil beider über die Patientin (**A**/**B**) sowie ein hoher BMI im Urteil der Frauen (**A**) mit einem *negativeren* **KB** ($p < .05$). Bei Brusterhaltender Therapie geht Chemotherapie und bei Mastektomie Metastasierung mit einem *negativeren* **KB** (**A**/**B**/**C/D**; $p < .05$ resp. $< .01$) einher. Da diese seltenen Korrelate zugleich für fast alle Urteile und beide Zeitpunkte (**t1/t3**) galten, mussten folglich weder Merkmale noch *Baseline*-Werte für die späteren Vergleiche kontrolliert oder als konfundierend mitgeführt werden. Statt systematischer Einflüsse wurden daher vereinzelt Zusatzanalysen durchgeführt (z.B. Kontrolle von Partnerschaftsdauer und BMI bei den Frauen; siehe Verweise im Text).

2.4.3 Vorgehen bei der Beantwortung der Fragestellungen und Prüfung der Hypothesen

Zur Beantwortung der Fragestellungen (**F1**, **F2**, **F3**) hinsichtlich **BF**, **KB** und **PQ** wurde überwiegend auf die in **Tabelle** 6 im Überblick dargestellten Analyseverfahren (mittels *SPSS*, 2002/2006) zurückgegriffen. Zur Kontrolle des (*Alpha*-)Fehlers 1. Art wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ statistisch festgelegt. Zur Auswertung der für die Paare parallelisierten Fragebögen (*BSKE*/*DT*, *BIBCQ*, *PQ*) zum Erleben bzw. den Folgen des Brustkrebs lagen zu Reha-Beginn (**t1**) und vier Wochen nach Abschluss (**t3**) die vollständigen Messungen der Patientinnen und Partner, nach drei-wöchiger Reha (**t2**) ausschließlich die der Frauen vor. Basierend auf den o.g. item- und skalenanalytisch vorbereiteten Daten (und Ausschluss möglicher Kovariaten) wurden zunächst für einzelne Items und Skalen die deskriptiven Statistiken (Mittelwerte, Standardabweichungen/-messfehler) für die *gematchten* Personen-Gruppen zu den Zeitpunkten ermittelt. Den vergleichenden Analysen der

Paar-Wahrnehmungen wurde systematisch die (deskriptive, analytische) Auswertung separat für die Patientinnen im Selbstbild (**A**) vorangestellt. Denn nur die Betrachtung der individuellen Belastungen (**t1**) sowie der diesbzgl. Therapie-Wirksamkeit (**t2**, **t3**) lässt Vergleiche zur einschlägigen Literatur zu und auf die Repräsentativität ggü. der Gesamt-Stichprobe der Vorläuferstudie schließen (deren genaue Kenntnis hier nicht vorausgesetzt wird; vgl. Schöne, 2010, vgl. **Kap**. 2.2.2). Gleichwohl bilden die neu generierten Befunde der Frauen die Bewertungs- und Interpretations-Grundlage für die im Fokus stehenden Übereinstimmungen, Zusammenhänge und Veränderungen von bzw. zwischen (*antizipiertem*) *Selbst-* (**A**, **B**) und (*antizipiertem*) *Fremdbild* (**C**, **D**) von Patientinnen und Partnern hinsichtlich *Befindlichkeit* (**BF**) und *Körperbild* (**KB**) der Frauen. Die intra- und interindividuellen Mittelwertsunterschiede wurden vorrangig mittels (abhängiger) t-Tests und ein-/zweifaktorieller ANOVA`s (mit zwei-/dreistufiger Messwiederholung und ggf. separaten paarweisen Vergleichen) geprüft (vgl. Leonhart, 2004; Lenhard & Lenhard, 2016). Die zusätzliche Betrachtung der *Partnerschaftsqualität* (**PQ**) sollte der Bewertung und Aufklärung der erhobenen paarbezogenen Befunde dienen. Obwohl Mittelwerts-Analysen meist als aussagekräftiger gelten, wurden jene zu Gunsten einer möglichst gleichartigen Bearbeitung aller Fragen systematisch durch (*Pearson*-Produkt-Moment-/Kreuz-)Korrelationen ergänzt, da auch bei bedeutsamen Niveau-Unterschieden die Betrachtung einzelner Zusammenhänge und Tendenzen Aufschluss geben kann (z.B. über Gleichsinnigkeit der Urteile). V.a. bei Beurteilung von Änderungsmaßen (**t3-t1**) ist nicht redundant darauf zu schließen, ob und welche (evtl. relevanten) Zusammenhänge sich ändern. Dabei sind für **BF**, **KB** und **PQ** nicht nur die einfachen Sichtweisen (**A**, **B**, **C**, **D**) interessant, sondern auch die jeweiligen Abweichungen zwischen den korrespondierenden Skalenwerten (**A-B**, **A-C**, **A-D**, **B-C**, **B-D**, **C-D**), welche durch quantifizierende Zusatzanalysen (i.S. Stärke/Richtung der Diskrepanzen) neue Informationen über die Zusammenhänge zwischen partnerschaftlichen Fehlurteilen liefern können (z.B. zum Einfühlungsvermögen). Die statistischen Voraussetzungen (wie Normal-/Verteilung, Varianz-Homogenität und Sphärizität bzgl. Gruppen-Testwerten/Personen-Merkmalen/Antwortmustern) wurden u.a. durch Chi²-, *Levene*-, *Kolmogorov-Smirnov*- und *Mauchly*-Tests bestätigt. Zur Bereinigung um mögliche konfundierende Effekte erfolgten im Falle paarweiser Mittelwertsvergleiche und identischer Datensätze (z.B. Mehrfach-Urteile **A**/**B**/**C**/**D** mit Bezugspunkt Patientin, Messwiederholung **t1/t2/t3**) strenge (*Bonferroni*-)Adjustierungen - nur vereinzelt wurden Drittvariablen ggf. durch Partialkorrelationen oder Kovarianzanalysen kontrolliert (z.B. Personen-Merkmale, Ausgangswerte). Obwohl sich positive

Korrelationen zwischen **BF** und **KB** schon bei Gallhofer et al. (2008) sowie Schöne (2010) fanden, wurde auch diese Beziehung erneut geprüft, da aktuell erstmals vier paarbezogene Perspektiven betrachtet wurden und es diesbzgl. interessierte, ob sich Frauen und Männer nicht nur in der Einschätzung von **BF** resp. **KB** unterscheiden, sondern auch in dem Zusammenhang beider Maße. Ferner diente dies der methodischen Plausibilitäts-Prüfung (z.B. Konsistenz mit Vorbefunden) sowie der Rechtfertigung einer getrennten Auswertung beider, *apriori* aufgrund ungleicher Skalenqualitäten nicht direkt vergleichbarer Zielvariablen (z.B. Ausschluss von Redundanzen). Auf eine Auswertung der Subskalen wurde wegen geringen Informationsgewinns weitestgehend verzichtet. Der ergänzende Vergleich von Teilgruppen trotz geringer Fallzahlen (z.B. Brusterhaltende Therapie vs. Mastektomie) liegt begründet in deren differentiellen Beschwerden und besonderen Sichtweisen, wie sie in der Literatur und z.T. bei Schöne (2010) beschrieben werden.

Tabelle 6

Darstellung der für die Beantwortung der Fragestellungen herangezogenen Variablen und der für die Prüfung der Hypothesen notwendigen Vergleiche und Analyseverfahren.

Fragestellung	Variablen	Vergleiche	Analyseverfahren
F1: Paar-Wahrnehmungen bzgl. Befindlichkeit und Körperbild	UV 1 Gruppe AV 1 **BF** AV 2 **KB**	**H1a:** Patientinnen t1	Deskriptive Statistiken; *Pearson*-Produkt-Moment-Korrelationen
		H1b: Gruppen t1	t-Tests für gepaarte Stichproben; *Pearson*-Produkt-Moment-Korrelationen
		H1c: BF mit KB t1	*Pearson*-Produkt-Moment-Korrelationen
F2: Stationäre Rehabilitation und Paar-Wahrnehmungen bzgl. Befindlichkeit und Körperbild	UV 1 Gruppe UV 2 Zeitpunkt AV 1 **BF** AV 2 **KB**	**H2a:** Patientinnen t1,t2,t3	Deskriptive Statistiken; Einfaktorielle ANOVA mit Messwiederholung; *Pearson*-Produkt-Moment-Korrelationen
		H2b: Gruppen t1,t3	Zweifaktorielle ANOVA mit Gruppen-Faktor und Messwiederholung; *Pearson*-Produkt-Moment-Korrelationen resp. t-Tests bei gepaarten Stichproben
		H2c: BF mit KB t1,t3	*Pearson*-Produkt-Moment-Korrelationen
F3: Partnerschaftsqualität und stationäre Rehabilitation sowie Paar-Wahrnehmungen bzgl. Befindlichkeit und Körperbild	UV 1 Gruppe UV 2 Zeitpunkt AV 1 **BF** AV 2 **KB** AV 3 **PQ**	**H3a:** Gruppen t1	t-Tests für gepaarte Stichproben; *Pearson*-Produkt-Moment-Korrelationen
		H3b: Patientinnen t1,t2,t3 Gruppen t1,t3	Einfaktorielle ANOVA mit Messwiederholung; Zweifaktorielle ANOVA mit Gruppen-Faktor und Messwiederholung; *Pearson*-Produkt-Moment-Korrelationen resp. t-Tests bei gepaarten Stichproben
		H3c: PQ mit BF/KB t1,t3	*Pearson*-Produkt-Moment-Korrelationen

Anmerkung. Darstellung berücksichtigt keine ergänzenden Partial-Korrelationen oder Kovarianzanalysen.
F/H Fragestellung/Hypothese
AV/UV Abhängige Variable/Unabhängige Variable

3 Ergebnisse

Es folgt die ausführliche Erläuterung der deskriptiven Statistiken und testanalytischen Ergebnisse, differenziert nach Fragestellungen bzw. Hypothesen und getrennt nach *Befindlichkeits*- (**BF**: *Positive Affektivität/PA, Negative Affektivität*/*NA*) bzw. *Körperbild*-Maßen (*negatives* **KB**) (ergänzt durch *Partnerschaftsqualität*/**PQ**) sowie den parallelisierten *Gruppen* (Patientinnen, Partner) und individualisierten *Messzeitpunkten* (**t1**, **t2**, **t3**).

Da der Fokus der aktuellen Arbeit erneut auf der Patientin, jedoch nicht mehr nur auf dem *Selbstbild* (**A**) der Patientinnen, sondern neuestens auch auf dem *Fremdbild* (**D**) ihrer Partner und den dazu *antizipierten Selbst*- (**B**) bzw. *Fremdbildern* (**C**) sowie den jeweiligen Urteils-Abweichungen liegt, beschränken sich die Darstellungen aufgrund der Datenmenge meist auf die zusammenfassende Auswertung der Gesamtskalen der Messinstrumente (*BSKE/DT*, *BIBCQ*, *PQ*) und auf signifikante bzw. inhaltlich relevante Ergebnisse (für genaue Analyse-Verfahren vgl. **Kap.** 2.4.2. und 2.4.3). Verdeutlicht werden die Resultate in schematischen Abbildungen, Tabellen sowie gruppierten Balkendiagrammen. Zur Erleichterung des Verständnisses werden alle Resultate zu den "2x2 (resp. 3)" erhobenen Patientinnen- und Partner-Daten sowie die jeweiligen Vergleichsprozesse zusammenfassend in einem *Vier-Felder-Schema* ggü. gestellt (vgl. **Kap.** 1.3.3). Weitere bedeutsame Ergebnisse (z.B. bzgl. Vergleich mit Reha-Gesamtstichprobe der Vorläuferstudie, Schöne, 2010; Subskalen, Items, Teilgruppen) finden ggf. Erwähnung im Text, dem ausführlichen separaten **Anhang**-Band (vgl. **Anhänge C** und **D**) oder der abschließenden Diskussion.

3.1 Auswirkungen einer Brustkrebsbehandlung auf Befindlichkeit und Körperbild von Brustkrebs-Patientinnen aus Sicht der Patientinnen und ihrer Partner

Nachfolgend werden die Ergebnisse für die Hauptfragestellungen (**F1**, **F2**, **F3**) mit den untergeordneten Hypothesen (**H1**$^{\mathbf{a\text{-}c}}$, **H2**$^{\mathbf{a\text{-}c}}$, **H3**$^{\mathbf{a\text{-}c}}$) einzeln dargelegt. Auf ergänzende Analysen und Tabellen bzw. signifikante Ergebnisse der *BSKE*-, *DT*- und *BIBCQ*- sowie *PQ*-Skalen in **Anhang D** (**Tab.** D-1 bis -40) wird an entsprechender Stelle verwiesen.

3.1.1 Wahrnehmungen von Brustkrebs-Patientinnen und Partnern hinsichtlich Befindlichkeit und Körperbild der Patientin (F1)

Vorrangig zu bearbeitende Fragen waren (vgl. **Kap.** 1.3.3.1): Wie schätzen Brustkrebs-Patientinnen und ihre Partner die *Befindlichkeit* (**BF**) und das *Körperbild* (**KB**) der Frauen im *Selbstbild* der Patientinnen (**A** ICH über MICH), dem durch ihre Partner *antizipierten Selbst-* (**B** SIE über SICH), dem durch die Patientinnen *antizipierten Fremd-* (**C** ER über MICH) und dem *Fremdbild* der Partner (**D** ICH über SIE) ein? Welche Unterschiede bzw. Übereinstimmungen und Zusammenhänge gibt es zwischen den vier Perspektiven? Wie hängen **BF** und **KB** (ggf. geschlechtsdifferenziell) zusammen?

3.1.1.1 Befindlichkeit, Stressbelastung und Körperbild im Selbstbild (A) der Patientin zu t1 (H1[a])

Es folgt die deskriptive Voranalyse (Mittelwerte, Streuungen, Häufigkeiten) bzgl. subjektiver *Reha-Faktoren*, der Gesamtskalen von *BSKE*, *DT* und *BIBCQ* (+ *AllWuE*) der Patientinnen (**A**) zu Reha-Beginn (**t1**) (vgl. **Tab.** D-1 bis -4) - zur Repräsentativitätsprüfung im deskriptiven Vergleich zur Gesamtstichprobe ($N = 130$; Schöne, 2010; vgl. **Anhang**-C)

Subjektive Reha-Motivation, -Gründe und -Erwartungen. Es nahmen fast 55% (vs. 58%$_{(N = 130)}$) der Patientinnen bereits zu einem früheren Zeitpunkt mindestens eine Reha wahr ($M = 0.91$, Range = 0-4; vs. $M_{(N=130)} = 0.94$, Range: 0-5). Ein Großteil hatte den Wunsch nach einer frühzeitigen Maßnahme (≈79% vs. 76%$_{(N = 130)}$). Viele nennen die Alltagsbewältigung (≈76% vs. 75%$_{(N = 130)}$) sowie emotionale Probleme (≈73% vs. 82%$_{(N = 130)}$) als *Reha-Gründe* für die Inanspruchnahme. Fast alle geben körperliche Beschwerden (≈97% vs. 97%$_{(N = 130)}$), jedoch weniger als die Hälfte soziale Probleme an (≈46% vs. 45%$_{(N = 130)}$). Nahezu alle bestätigen, dass ihnen eine Reha empfohlen (≈97% vs. 95%$_{(N = 130)}$) worden sei und äußern positive Erwartungen an diese (≈94% vs. 97%$_{(N = 130)}$) (vgl. **Tab.** C-4).

Befindlichkeit. Die Patientinnen beschreiben im Selbstbild (**A**) zu Beginn (**t1**) die *Positive Affektivität* meist als "etwas" bis "ziemlich" (≈67% vs. 64%$_{(N=130)}$; $M_{(A)} = 2.78$, $SD = 0.90$ vs. $M_{(N = 130)} = 2.67$, $SD = 0.87$) ausgeprägt und die *Negative Affektivität* als "schwach" bis "sehr schwach" (≈66% vs. 61%$_{(N = 130)}$; $M_{(A)} = 2.03$, $SD = 1.12$ vs. $M_{(N = 130)} = 2.12$; $SD = 1.04$) (vgl. **Tab.** D-1). Dabei ist die *PA* signifikant höher als die *NA* ($t_{(PA>NA)(32)} = 2.29$,

$p < .05$ vs. $t_{(PA>NA)(129)(N = 130)} = 3.59$, $p < .05$; vgl. **Tab.** D-2). Allerdings benennen die meisten eine behandlungsbedürftige *Globale Stressbelastung* über dem *Cut-Off*-Wert von „5“ (≈76% vs. 79%$_{(N = 130)}$; $M_{(A)} = 6.21$, Range: 2-10 vs $M_{(N = 130)} = 6.20$, Range: 2-10) (vgl. **Tab**. D-1; **Abb.** 4, S. 73; **Abb.** 7+8, S. 80). [***Subskalen.*** Die Frauen schätzen ihre *Vigilanz* (Aktivität, Wachheit, Konzentriertheit) und *Gehobene Stimmung* (Seelisches Wohlbefinden, Kontaktfreudigkeit, Innere Entspannung, Freude, Selbstsicherheit) als "etwas", *Angst* (Innere/Körperliche Erregtheit, Ängstlichkeit, Empfindlichkeit, Traurigkeit) und *Desaktiviertheit* (Energielosigkeit, Benommenheit, Müdigkeit, Körperliches Unwohlsein) als "schwach" sowie *Introvertiertheit* (Verträumtheit, Nach-Innen-Gekehrt-Sein) und *Hostilität* (Aggressivität, Missstimmung, Feindseligkeit, Ärger) als "sehr schwach" ein (vgl. **Tab**. D-1).]

Körperbild. Bzgl. *Allgemeiner Wahrnehmungen und Einstellungen* (*AllWuE*) zu **t1** stimmen alle Patientinnen (♀) einer hohen (persönlichen/gesellschaftlichen) *Bedeutsamkeit des Körperbildes* (***BedKB***) "zu" (≈54,5% vs. 56%$_{(N = 130)}$) oder "eher zu" (≈45,5% vs. 40%$_{(N = 130)}$; $M = 2.50$, $SD = 0.40$ vs. $M_{(N = 130)} = 2.53$, $SD = 0.47$; vgl. **Tab.** D-3). [***Items.*** Sie stimmen den Aussagen (eher) zu, dass *in der Gesellschaft das Aussehen wichtig* (≈100%) und die *Brust ein wichtiges Weiblichkeitssymbol* (≈94%) ist - ebenso, dass für sie persönlich das *eigene Aussehen* (≈100%) bzw. das der *eigenen Brust wichtig* (≈88%) und diese *ein wichtiges Weiblichkeitssymbol* ist (≈88%) (vgl. **Tab**. D-3).]

Zu Beginn (**t1**) stimmen fast genauso viele Frauen einem *negativen* **KB**$_{(Gesamt)}$ "eher zu" (≈42% vs. 44%$_{(N = 130)}$; $M_{(A)} = 1.32$, $SD = 0.48$ vs. $M_{(N = 130)} = 1.31$, $SD = 0.49$) wie "eher nicht zu" (≈51% vs. 54%$_{(N = 130)}$) - dies auch bei Brusterhaltender Therapie ($M_{(A)} = 1.31$, $SD = 0.38$ vs. $M_{(N = 130)} = 1.29$, $SD = 0.40$) und Mastektomie ($M_{(A)} = 1.35$, $SD = 0.62$ vs. $M_{(N = 130)} = 1.32$, $SD = 0.54$) (vgl. **Tab.** D-4; **Abb.** 5, S. 73; **Abb.** 9, S. 82). [***Subskalen.*** Sie stimmen der erlebten *Vulnerabilität* (Befürchtung, krankheits- bzw. krebsanfälliger zu sein), *Stigmatisierung* (Bedürfnis, den Körper zu verstecken), *Einschränkungen* (in eigenen Kompetenzen/Fertigkeiten) sowie *Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* (mit Aussehen/Erleben des Körpers bzw. betroffenen Armes) "eher zu" oder "eher nicht zu". Der *Transparenz* (Sorge über die Offensichtlichkeit krankheitsbedingter körperlicher Veränderungen) hingegen stimmen mehr Frauen "eher nicht zu" oder "nicht zu" (vgl. **Tab**. D-4).]

3.1.1.2 Vergleich des Selbst- (A), antizipierten Selbst- (B), antizipierten Fremd- (C) und Fremdbildes (D) von Patientin und Partner sowie deren Urteils-Differenzen zu t1 (H1^{b})

Befindlichkeit. Die Mittelwerte und Streuungen für die Gesamtskalen von *BSKE* und *DT* der Patientinnen (**A**) und Partner (**B**) zu Beginn (**t1**) sowie die Ergebnisse der t-Tests sind in **Tabelle** 7 (vgl. **Tab.** D-2 und -5; **Abb.** 4), die Korrelationen in **Tabelle** D-6 abzulesen.

Tabelle 7
Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33) mit dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbstbild (B) hinsichtlich der Befindlichkeit zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwerte ($M_{(A/B)}$), Standardabweichungen (SD) und Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A)}$-$M_{(B)}$) der Gesamtskalen von BSKE und DT sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
BSKE/DT	**$M_{(A)}$**	**SD**	**$M_{(B)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**t**	**p**
Positive Affektivität	2.78	0.90	4.13	0.54	-1.35	-16.01	**.000**
Negative Affektivität	2.03	1.12	3.13	0.96	-1.10	-16.40	**.000**
Globale Stressbelastung	6.21	2.03	8.00	1.84	-1.79	-14.75	**.000**

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS).
n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: ***df*** = 32)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Zu Reha-Beginn (**t1**) überschätzen die Partner (**B**) signifikant die *Befindlichkeit* (*PA, NA, GS*) ihrer Partnerinnen (**A**) (**$BF_{(A<B)}$**: $p_{(PA/NA/GS)} < .001$). Demnach scheint ER sich schwer in IHR Selbstbild einfühlen zu können. Patientinnen ($t_{(PA>NA)(32)} = 2.29$, $p < .05$) wie Partner ($t_{(PA>NA)(32)} = 3.99$, $p < .001$) stimmen jedoch darin überein, dass sie die *PA* der Frauen deutlich höher einschätzen als die *NA* (vgl. **Tab.** D-2). [***Subskalen.*** Die *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit, Angst, Hostilität* und *Desaktiviertheit* der Patientinnen sind geringer ausgeprägt als die Partner es annehmen ($p_{(A<B)} < .001$) (vgl. **Tab.** D-5).]

Je höher dabei die *PA* und *NA* sowie die *GS* der Patientinnen ausgeprägt sind, desto signifikant höher schätzen auch die Partner diese ein (**$BF_{(AxB)}$**: $r_{(PA)} = .892$, $r_{(NA)} = .943$, $r_{(GS)} = .940$, $p_{(PA/NA/GS)} < .001$). Es scheinen also die emotionaleren Frauen zu sein, deren Partner auch eine höhere Emotionalität bei ihren Partnerinnen annehmen (vgl. **Tab.** D-6).

Körperbild. In **Tabelle** D-7 finden sich zunächst die Ergebnisse der t-Tests für die Mittelwerte und Streuungen der Items und Gesamtskala zur *Bedeutsamkeit des Körperbildes* (***BedKB***, *AllWuE*) der Patientinnen (♀) und Partner (♂) sowie in **Tabelle** 8 für die Gesamtskalen des *BIBCQ* von Patientinnen (**A**, **C**) und Partnern (**B**, **D**) zu Reha-Beginn (**t1**) (vgl. **Tab.** D-8; **Abb.** 5). Die Korrelationsanalysen zeigt **Tabelle** D-9.

Bzgl. der *AllWuE* messen die Patientinnen ($M_{(♀)} = 2.50$, $SD = 0.40$) dem weiblichen *Körperbild* zu Reha-Beginn (**t1**) eine größere *Bedeutung* bei als ihre Partner ($M_{(♂)} = 2.15$, $SD = 0.53$) (***$BedKB_{(♀>♂)}$***: $t_{(32)} = 3.15$, $p < .01$; vgl. **Tab.** D-7). [***Items.*** Die Frauen stimmen mehr als die Männer mit den Aussagen überein, dass *in der Gesellschaft das Aussehen wichtig* und die *Brust ein wichtiges Weiblichkeitssymbol* ist - ebenso, dass für sie persönlich *das eigene Aussehen* bzw. das *der eigenen Brust wichtig* ist ($p_{(♀>♂)} < .01$) und *die Brust ein wichtiges Weiblichkeitssymbol* ist

($p_{(♀>♂)}$ < .05) (vgl. **Tab.** D-7).]. Die ***BedKB*** aus Sicht der Patientinnen ist dabei unabhängig von der aus Sicht der Partner ($r_{(♀x♂)}$ = .045, p > .10) - es besteht also keine gemeinsame Urteils-Tendenz (vgl. Anhang **Tab.** D-7).

Tabelle 8

Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33) mit dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)}$), Standardabweichungen (SD) und Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)}$-$M_{(B/C/D)}$) der Gesamtskalen des BIBCQ sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
BIBCQ	**$M_{(A)}$**	**SD**	**$M_{(B)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	1.32	0.48	1.17	0.44	0.15	1.90	**.049**
Körperbild$_{(Brust)}$	1.31	0.38	1.17	0.41	0.14	1.32	.201
Körperbild$_{(Mast)}$	1.35	0.76	1.17	0.50	0.18	1.40	.187
	$M_{(A)}$	**SD**	**$M_{(C)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(C)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	1.32	0.48	0.94	0.49	0.38	6.18	**.000**[a]
Körperbild$_{(Brust)}$	1.31	0.38	0.94	0.46	0.37	2.18	**.049**
Körperbild$_{(Mast)}$	1.35	0.76	0.98	0.52	0.37	3.26	**.007**[a]
	$M_{(A)}$	**SD**	**$M_{(D)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(D)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	1.32	0.48	0.78	0.39	0.54	5.77	**.000**[a]
Körperbild$_{(Brust)}$	1.31	0.38	0.71	0.36	0.60	5.51	**.000**[a]
Körperbild$_{(Mast)}$	1.35	0.76	0.89	0.42	0.46	2.75	**.018**
	$M_{(B)}$	**SD**	**$M_{(C)}$**	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(C)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	1.17	0.44	0.94	0.49	0.23	2.80	**.009**[a]
Körperbild$_{(Brust)}$	1.17	0.41	0.94	0.46	0.23	2.01	**.049**
Körperbild$_{(Mast)}$	1.17	0.50	0.98	0.52	0.19	1.68	.118
	$M_{(B)}$	**SD**	**$M_{(D)}$**	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(D)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	1.17	0.44	0.78	0.39	0.39	7.09	**.000**[a]
Körperbild$_{(Brust)}$	1.17	0.41	0.71	0.36	0.46	4.78	**.000**[a]
Körperbild$_{(Mast)}$	1.17	0.50	0.89	0.42	0.28	2.04	**.045**
	$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(D)}$**	**SD**	**$M_{(C)}$-$M_{(D)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.94	0.49	0.78	0.39	0.16	1.92	**.048**
Körperbild$_{(Brust)}$	0.94	0.46	0.71	0.36	0.23	2.03	**.047**
Körperbild$_{(Mast)}$	0.98	0.52	0.89	0.42	0.09	0.72	.486

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität*, *Stigmatisierung*, *Einschränkungen*, *Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

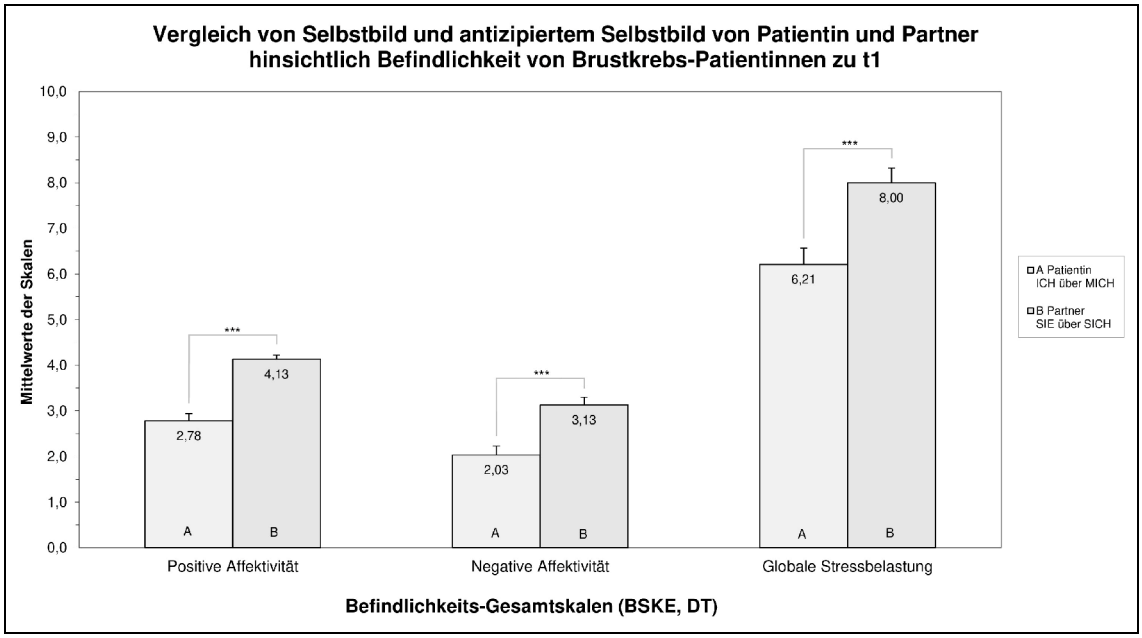
t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: $df_{(Ges)}$ = 32, $df_{(Brust)}$ = 19, $df_{(Mast)}$ = 12)

p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. p < .05); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant

Das *negative Köperbild*$_{(Gesamt)}$ der Patientinnen (**A**) zu Reha-Beginn (**t1**) wird von den Partnern (**B**) signifikant unterschätzt (**KB$_{(A>B)}$**: $p_{(Ges)}$ < .05; $p_{(Brust/Mast)}$ > .10) und ist kritischer als die Patientinnen (**C**) erwarten von ihren Partnern beurteilt zu werden (**KB$_{(A>C)}$**:

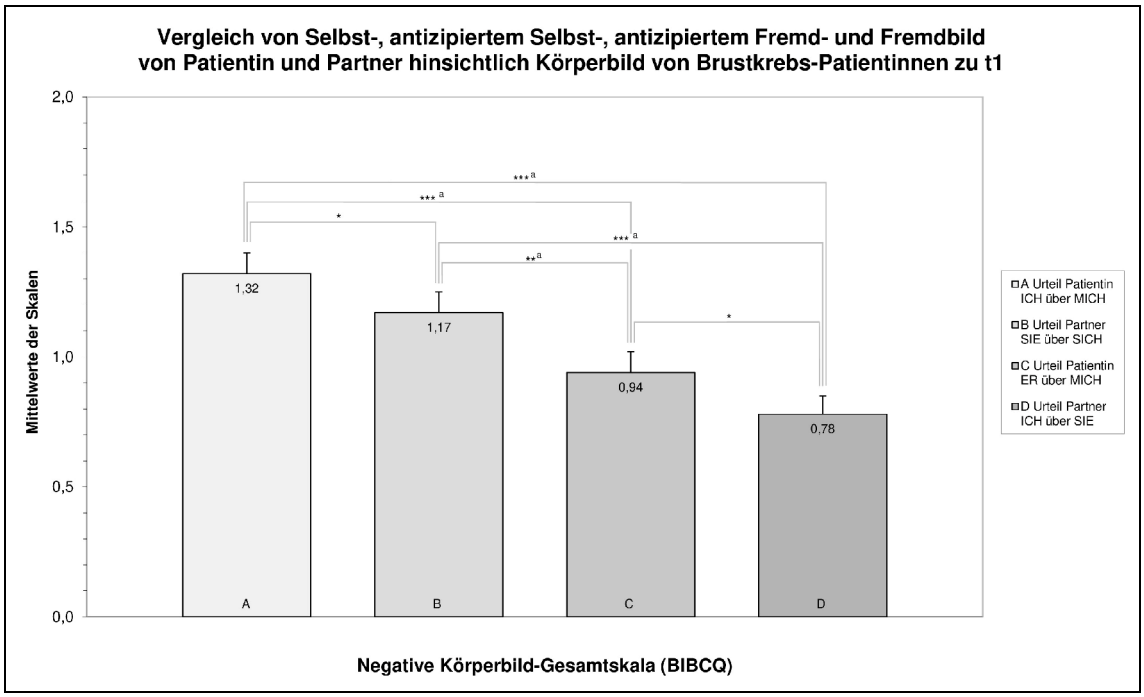
$p_{(Ges)} < .001$; $p_{(Brust)} < .05$; $p_{(Mast)} < .01$) bzw. als die Partner (**D**) tatsächlich urteilen (**KB$_{(A>D)}$**: $p_{(Ges/Brust)} < .001$; $p_{(Mast)} < .05$). Zugleich wird das **KB** der Patientinnen von den Partnern (**B**) negativer eingeschätzt als die Frauen (**C**) erwarten von ihren Partnern beurteilt zu werden (**KB$_{(B>C)}$**: $p_{(Ges)} < .01$; $p_{(Brust)} < .05$; $p_{(Mast)} > .10$) und auch als die Partner (**D**) selbst urteilen (**KB$_{(B>D)}$**: $p_{(Ges/Brust)} < .001$; $p_{(Mast)} < .05$). Zudem erwarten die Patientinnen (**C**) von ihren Partner ein negativeres Urteil als die Partner (**D**) tatsächlich über das weibliche **KB** urteilen (**KB$_{(C>D)}$**: $p_{(Ges/Brust)} < .05$; $p_{(Mast)} > .10$). Insgesamt ist demnach IHR Selbstbild stets kritischer als alle anderen Urteile bzgl. ihres Körpers. Dabei scheint ER sich zwar schwer in IHR Selbstbild einfühlen zu können, ist in SEINER Annahme über SIE aber kritischer als SIE in ihrer Erwartung über IHN bzw. als SEIN tatsächliches Urteil bzgl. des weiblichen Körpers. So scheint auch SIE sich schwer in SEIN Fremdbild einfühlen zu können (vgl. **Tab.** D-8). [***Subskalen.*** Dies gilt für die erlebte *Vulnerabilität* ($p_{(A>C/B>C)} < .01$), *Stigmatisierung* ($_{(A>B/A>C/A>D/B>D/C>D)}$), *Körper-* ($_{(A>B/A>C/A>D/B>C/B>D/C>D)}$) ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$) und *Arm-Unzufriedenheit* ($p_{(A>C/A>D/B>C/B>D)} < .001$ resp. $< .01$). *Einschränkungen* und *Transparenz* ($p > .10$) (vgl. **Tab.** D-8).]

Je *negativer* dabei das **KB**$_{(Gesamt)}$ der Patientinnen ist, desto kritischer ist auch die Annahme der Partner hierüber (**KB$_{(AxB)}$**: $r_{(Ges)} = .488$, $p < .01$; $r_{(Mast)} = .676$, $p < .05$; $p_{(Brust)} > .10$) und desto kritischer erwarten die Frauen von ihren Partnern beurteilt zu werden (**KB$_{(AxC)}$**: $r_{(Ges)} = .706$, $p < .001$; $r_{(Brust)} = .567$, $r_{(Mast)} = .823$, $p < .01$), wobei das Selbst- nicht mit dem tatsächlichen Fremdurteil korreliert (**KB$_{(AxD)}$**: $p > .10$). Je negativer zudem die Annahme der Partner über das **KB** der Patientinnen ist, desto kritischer erwarten auch die Frauen von ihren Partnern beurteilt zu werden (**KB$_{(BxC)}$**: $r_{(Ges)} = .475$, $p < .01$; $r_{(Brust)} = .450$, $p < .05$; $p_{(Mast)} > .10$) und desto kritischer urteilen die Partner tatsächlich (**KB$_{(BxD)}$**: $r_{(Ges)} = .727$, $r_{(Brust)} = .679$, $r_{(Mast)} = .812$, $p < .01$). Und je negativer die Patientinnen erwarten von ihren Partnern beurteilt zu werden, desto kritischer urteilen jene tatsächlich über das weibliche **KB** (**KB$_{(CxD)}$**: $r_{(Ges)} = .370$, $r_{(Brust)} = .416$, $p < .05$; $p_{(Mast)} > .10$). Es scheinen also die selbstkritischeren Frauen zu sein, deren Partner auch ein kritischeres Selbsturteil ihrer Partnerinnen annehmen und welche ein kritischeres Urteil ihrer Partner erwarten. Auch nehmen diejenigen Partner ein negativeres Selbsturteil der Frauen an, deren Partnerinnen umgekehrt ein kritischeres Partner-Urteil erwarten und welche auch selbst kritischer über den weiblichen Körper urteilen. Die Partner urteilen auch dann kritischer, wenn die Frauen ein kritischeres Fremdurteil ihres Partners erwarten - während Selbst- und Fremdurteil unabhängig sind (vgl. **Tab.** D-9).



Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS). T = Standardfehler des Mittelwertes. t-Tests bei gepaarten Stichproben. Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): *** = $p < .001$.

Abbildung 4. Befindlichkeits-Gesamtskalen (BSKE, DT) im Selbstbild (A) der Patientin und dem durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1).



Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. T = Standardfehler des Mittelwertes. t-Tests bei gepaarten Stichproben. Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): *** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$ ([a] nach Adjustierung signifikant).

Abbildung 5. Negative Körperbild-Gesamtskala (BIBCQ) im Selbstbild (A) der Patientin ($n = 33$), dem durch den Partner ($n = 33$) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild des Partners (D) zu Reha-Beginn (t1).

Körperbild. Zur Prüfung der Fehlurteile sind in **Tabelle** 9 die (signifikanten) Ergebnisse zu den Mittelwertsdifferenzen zwischen Patientinnen- und Partner-Urteilen (**A-B**, **A-C**, **A-D**, **B-C**, **B-D**, **C-D**) und Streuungen zu Reha-Beginn (**t1**) dargestellt (vgl. **Tab.** D-10; **Abb.** 6; **Abb.** 13, S. 91), in **Tabelle** D-11 die Korrelationsanalysen (für alle Differenzen).

Tabelle 9

Vergleich der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)}$-$M_{(B/C/D)}$), Standardabweichungen (SD) und Differenz der Mittelwertsdifferenzen ($Diff_{(1)}$-$Diff_{(2)}$) der Gesamtskalen des BIBCQ sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
BIBCQ	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(C)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-B)}$-$Diff_{(A-C)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.15	0.47	0.38	0.35	-0.23	-2.27	**.030**
Körperbild$_{(Brust)}$	0.14	0.48	0.37	0.40	-0.23	-2.05	**.048**
Körperbild$_{(Mast)}$	0.18	0.47	0.37	0.35	-0.19	-1.66	.119
	$M_{(A)}$-$M_{(B)}$	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-B)}$-$Diff_{(A-D)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.15	0.47	0.54	0.53	-0.39	-7.09	**.000**
Körperbild$_{(Brust)}$	0.14	0.48	0.60	0.49	-0.46	-6.64	**.000**
Körperbild$_{(Mast)}$	0.18	0.47	0.46	0.60	-0.28	-2.06	**.043**
	$M_{(A)}$-$M_{(B)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-B)}$-$Diff_{(B-D)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.15	0.47	0.39	0.31	-0.24	-2.53	**.016**
Körperbild$_{(Brust)}$	0.14	0.48	0.46	0.31	-0.32	-2.58	**.025**
Körperbild$_{(Mast)}$	0.18	0.47	0.27	0.29	-0.09	-0.67	.513
	$M_{(A)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-C)}$-$Diff_{(A-D)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.38	0.35	0.54	0.53	-0.16	-2.11	**.049**
Körperbild$_{(Brust)}$	0.37	0.40	0.60	0.49	-0.23	-2.05	**.048**
Körperbild$_{(Mast)}$	0.37	0.35	0.46	0.60	-0.09	-0.66	.512
	$M_{(A)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(C)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-C)}$-$Diff_{(C-D)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.38	0.35	0.16	0.50	0.22	2.15	**.038**
Körperbild$_{(Brust)}$	0.37	0.40	0.24	0.52	0.13	0.73	.473
Körperbild$_{(Mast)}$	0.37	0.35	0.09	0.43	0.28	2.46	**.043**
	$M_{(A)}$-$M_{(D)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(C)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-D)}$-$Diff_{(B-C)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.54	0.53	0.23	0.47	0.31	2.80	**.009**
Körperbild$_{(Brust)}$	0.60	0.49	0.22	0.52	0.38	4.11	**.001**
Körperbild$_{(Mast)}$	0.46	0.60	0.19	0.40	0.27	2.24	**.046**
	$M_{(A)}$-$M_{(D)}$	**SD**	**$M_{(C)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-D)}$-$Diff_{(C-D)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.54	0.53	0.16	0.50	0.38	6.18	**.000**
Körperbild$_{(Brust)}$	0.60	0.49	0.24	0.52	0.36	3.95	**.009**
Körperbild$_{(Mast)}$	0.46	0.60	0.09	0.44	0.37	3.80	**.003**
	$M_{(B)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(B-C)}$-$Diff_{(B-D)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.23	0.47	0.39	0.31	-0.16	-2.11	**.049**
Körperbild$_{(Brust)}$	0.22	0.52	0.46	0.31	-0.24	-2.10	**.047**
Körperbild$_{(Mast)}$	0.19	0.40	0.27	0.29	-0.08	-0.62	.546

Fortsetzung Tabelle 9

	$M_{(B)}$-$M_{(D)}$	SD	$M_{(C)}$-$M_{(D)}$	SD	$Diff_{(B-D)}$-$Diff_{(C-D)}$	t	p
Körperbild$_{(Ges)}$	0.39	0.31	0.16	0.50	0.23	2.27	**.030**
Körperbild$_{(Brust)}$	0.46	0.31	0.24	0.52	0.22	2.01	**.049**
Körperbild$_{(Mast)}$	0.27	0.29	0.09	0.44	0.18	1.37	.129

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

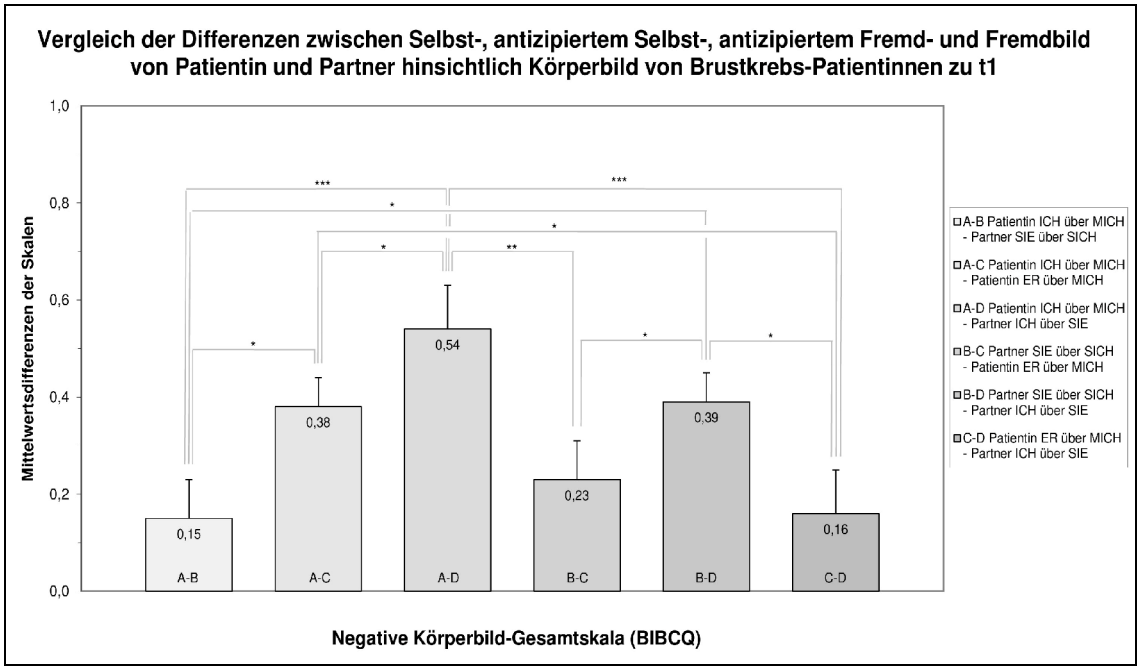
n Anzahl der Personen in der Teil-Stichprobe

t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: $df_{(Ges)}$ = 32, $df_{(Brust)}$ = 19, $df_{(Mast)}$ = 12)

p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Im Vergleich aller sechs Urteils-Diskrepanzen zum *negativen Körperbild*$_{(Gesamt)}$ zu Reha-Beginn (**t1**) ist jene Differenz zwischen Selbst- und Fremdbild immer signifikant am größten (**KB$_{(A-D>A-B/A-C/B-C/C-D)}$**), jene zwischen Selbst- und antizipiertem Selbstbild (**KB$_{(A-B<A-C/A-D/B-D)}$**) sowie antizipiertem Fremd- und Fremdbild (**KB$_{(C-D<A-C/A-D/B-D)}$**) oft am geringsten ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$), hingegen jene zwischen persönlichem Urteil und Annahme über den anderen meist ähnlich hoch (**KB$_{(A-C/B-D>A-B/B-C/C-D)}$**; $p < .05$). Demnach scheinen bei den Fehlurteilen die interindividuellen Unterschiede zwischen IHREM und SEINEM Urteil am stärksten und verhalten sich die intraindividuellen Unterschiede (persönliche Urteile vs. Annahme) ähnlich zueinander. Dafür erweisen sich SEIN und IHR Einfühlungsvermögen als am besten, wobei es keinen Unterschied macht, ob beide aus Perspektive der Frauen oder Männer über den weiblichen Körper urteilen (**KB$_{(A-BvsC-D)}$**: $p > .10$), denn das Einfühlungsvermögen beider ist ähnlich gut/schlecht. O.g. Zusammenhänge gelten meist auch bei Brusterhaltender Therapie und Mastektomie ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$). [**KB$_{(A-BvsC-D)/(A-CvsB-C)/(A-DvsB-D)/(B-CvsC-D)}$** ($p > .10$). (**Tab.** D-10).]

Je größer dabei die Diskrepanzen zwischen Selbst-, antizipiertem Selbst-, antizipiertem Fremd- und Fremdbild sind, desto größer sind fast immer auch die anderen Fehlurteile, v.a. bei geringem Einfühlungsvermögen der Partner (**KB$_{(A-B)}$**: $r_{(A-BxA-D)} = .814$, $r_{(A-BxC-D)} = .598$, $p < .001$; $r_{(A-BxA-C)} = .371$, $p < .05$) bzw. der Patientinnen (**KB$_{(C-D)}$**: $r_{(C-DxA-B)} = .598$, $r_{(C-DxA-D)} = .744$, $p < .001$; $r_{(C-DxB-D)} = .375$, $p < .05$) sowie großen persönlichen Unterschieden (**KB$_{(A-D)}$**: $r_{(A-DxB-D)} = .488$, $p < .01$; $r_{(A-DxA-C)} = .444$, $p < .05$). Nur bei den gegenseitigen Annahmen gehen selbst hohe Übereinstimmungen mit anderen Fehlurteilen einher (**KB$_{(B-C)}$**: $r_{(B-CxA-B)} = -.694$, $r_{(B-CxC-D)} = -.795$, $p < .001$; $r_{(B-CxA-D)} = -.455$, $p < .01$; $r_{(B-CxA-C)} = -.411$, $p < .05$). O.g. Zusammenhänge gelten meist auch bei Brusterhaltender Therapie und Mastektomie ($p < .001$ resp. $p < .01$ resp. $p < .05$). [Dabei weichen diejenigen Paare bzgl. der weiblichen Sicht auf den Körper von einander ab, welche dies auch bzgl. der männlichen Sicht tun (**KB$_{(A-BxC-D)}$**: $r_{(Ges)} = .598$, $p < .001$; $r_{(Brust)} = .504$, $p < .05$; $r_{(Mast)} = .766$, $p < .01$) (**Tab.** D-11).]



Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. T = Standardfehler des Mittelwertes. t-Tests bei gepaarten Stichproben. Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): *** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$.

Abbildung 6. Negative Körperbild-Gesamtskala (BIBCQ) in den Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin ($n = 33$), dem durch den Partner ($n = 33$) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild des Partners (D) zu Beginn (t1).

3.1.1.3 Zusammenhang zwischen Befindlichkeit und Körperbild im Selbst- (A), antizipierten Selbst- (B), antizipierten Fremd- (C) und Fremdbild (D) von Patientin und Partner sowie deren Urteils-Differenzen zu t1 (H1^{c})

Befindlichkeit mit Körperbild. Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen zwischen den Mittelwerten der Gesamtskalen von *BSKE* bzw. *DT* und *BIBCQ* von Patientinnen (**A**,**C**) und Partnern (**B**, **D**) zu Beginn (**t1**) finden sich in **Tabelle** D-12 sowie zwischen den Mittelwertsdifferenzen (**A-B**, **A-C**, **A-D**, **B-C**, **B-D**, **C-D**) in **Tabelle** D-13.

Je geringer bei der *Befindlichkeit* die *PA* und je höher die *NA* bzw. *GS* der Patientinnen (**BF$_{(A)}$**) sind bzw. diese durch die Partner (**BF$_{(B)}$**) zu Reha-Beginn (**t1**) eingeschätzt werden, desto *negativer* ist auch das *Körperbild*$_{(Gesamt)}$ der Frauen (**BF$_{(A)}$xKB$_{(A)}$**: $r_{(NAxGes)} = .666$, $r_{(PAxMast)} = -.869$, $r_{(NAxMast)} = .948$, $p < .001$; $r_{(PAxGes)} = -.457$, $p < .01$; $r_{(GSxMast)} = .633$, $p < .05$; **BF$_{(B)}$xKB$_{(A)}$**: $r_{(NAxGes)} = .605$, $p < .001$; $r_{(PAxGes)} = -.553$, $r_{(PAxMast)} = -.894$, $r_{(NAxMast)} = .934$, $r_{(GSxMast)} = .710$, $p < .01$), die Annahme der Partner über das weibliche **KB** (**BF$_{(A)}$xKB$_{(B)}$**:

$r_{(PAxGes)}$ = -.375, $r_{(PAxMast)}$ = -.605, $r_{(NAxMast)}$ = .638, $r_{(GSxMast)}$ = .647, $p < .05$; **$BF_{(B)}$x$KB_{(B)}$**: $r_{(PAxGes)}$ = -.365, $r_{(PAxMast)}$ = -.592, $r_{(NAxMast)}$ = .653, $r_{(GSxMast)}$ = .627; $p < .05$) sowie die Erwartung der Patientinnen über das Fremdurteil ihrer Partner (**$BF_{(A)}$x$KB_{(C)}$**: $r_{(NAxMast)}$ = .758, $p < .01$; $r_{(NAxGes)}$ = .380, $r_{(PAxMast)}$ = -.613, $r_{(GSxMast)}$ = .566, $p < .05$; **$BF_{(B)}$x$KB_{(C)}$**: $r_{(NAxMast)}$ = .692, $p < .01$; $r_{(PAxMast)}$ = -.636, $r_{(GSxMast)}$ = .559; $p < .05$). Demnach hängen kritischere **BF**- und **KB**-Einschätzungen in drei von vier Paar-Perspektiven zusammen. [**$KB_{(D)}$** und Brusterhaltende Therapie ($p > .10$); vgl. **Tab.** D-12).]

Die Differenz zwischen den Paar-Einschätzungen zur weiblichen **$BF_{(A-B)}$** zu **t1** ist unabhängig von den Differenzen zum weiblichen **$KB_{(A-C/A-D/B-C/B-D/C-D)}$**(Gesamt/Brusterhaltende Therapie/Mastektomie) ($p > .10$). Demnach hängen die Fehlurteile bzgl. **BF** und **KB** (z.B. Einfühlungsvermögen der $Partner_{(A-B)}$ bzw. $Patientinnen_{(C-D)}$) nicht zusammen (vgl. **Tab.** D-13).

3.1.2 Einfluss einer stationären Rehabilitation der Brustkrebs-Patientinnen auf die Wahrnehmungen von Patientinnen und Partnern hinsichtlich Befindlichkeit und Körperbild der Patientin (F2)

Ein weiterer Fragenkomplex lautete (vgl. **Kap.** 1.3.3.2): Welchen unmittelbaren/kurzfristigen Einfluss hat eine stationäre, interdisziplinäre Rehabilitation der Brustkrebs-Patientinnen auf die Einschätzung der *Befindlichkeit* (**BF**) und des *Körperbildes* (**KB**) der Frauen im *Selbstbild* der Patientinnen (**A** ICH über MICH), dem durch ihre Partner *antizipierten Selbst-* (**B** SIE über SICH), dem durch die Patientinnen *antizipierten Fremd-* (**C** ER über MICH) und dem *Fremdbild* der Partner (**D** ICH über SIE)? Wie verändern sich die Unterschiede, Übereinstimmungen und Zusammenhänge zwischen den vier Perspektiven? Wie hängen die Veränderungen von **BF** und **KB** (ggf. geschlechtsdifferenziell) zusammen?

3.1.2.1 Befindlichkeit, Stressbelastung und Körperbild im Selbstbild (A) der Patientin - Veränderung von t1 zu t2 und t3 ($H2^a$)

Erneut soll zur Prüfung der meist gerichteten Hypothesen sowie der diesbzgl. Studien-Repräsentativität zunächst eine Voranalyse der unmittelbaren und kurzfristigen Reha-Effekte (**t2**, **t3**) für die Patientinnen (n = 33) mit rein deskriptivem Vergleich zur Reha-Gesamtstichprobe (N = 130; Schöne, 2010; für **t1** vgl. **Tab.** C) erfolgen.

Subjektive Verbesserungen. Nach drei-wöchiger stationärer Reha (**t2**) berichtet der Großteil der Patientinnen Verbesserungen in den zu Beginn (**t1**) als *Reha-Gründe* angegebenen körperlichen (≈94% vs. 96% $_{(N = 130)}$), emotionalen (≈82% vs. 87%$_{(N = 130)}$) und sozialen Problembereichen (≈70% vs. 72%$_{(N = 130)}$) sowie den therapiebedingten Nebenwirkungen (≈88% vs. 85%$_{(N = 130)}$). Zudem sind ≈99% (vs. 96%$_{(N = 130)}$) zuversichtlich die bevorstehende Alltagsbewältigung betreffend. Etwa 70% (vs. 99%$_{(N = 130)}$) der Frauen haben einen "uneingeschränkt" positiven Eindruck von der Reha-Maßnahme gewonnen, fast alle würden eine solche wiederholen (≈94% vs. 97%$_{(N = 130)}$) bzw. anderen empfehlen (≈99% vs. 99%$_{(N = 130)}$). Nur 3% geben auch individuelle kritische Anmerkungen (z.B. zu Speisenangebot, geringer Anzahl psychologischer Gespräche, Wunsch nach Einbezug von Angehörigen in die Reha, sonstigen Umgebungsfaktoren).

Allgemein verbrachten die Patientinnen drei bis vier Wochen in der Reha-Einrichtung (≈82% vs. 87%$_{(N = 130)}$; $M = 3.79$, Range: 3-6 vs. $M_{(N = 130)} = 3.70$, Range$_{(N = 130)}$: 3-6) - Verlängerungen auf fünf bis sechs Wochen waren die Ausnahme (≈18% vs. 14%$_{(N = 130)}$) (vgl. **Tab.** C-4). Fast alle Frauen geben vier Wochen nach Reha-Abschluss (**t3**) anhaltend positive Effekte der Maßnahme an (≈94% vs. 91%$_{(N = 130)}$). Viele benennen weitere Verbesserungen körperlicher (≈85% vs. 85%$_{(N = 130)}$), emotionaler (≈70% vs. 69%$_{(N = 130)}$) und sozialer *Reha-Gründe* (≈64% vs. 57%$_{(N = 130)}$). Bzgl. therapiebedingter Nebenwirkungen bemerkt fast die Hälfte keine weiteren Fortschritte (≈58% vs. 52%$_{(N = 130)}$). Die vorherige Zuversicht bestätigend, berichten nahezu alle, mit der Alltagsbewältigung nach der Reha gut zu Recht gekommen zu sein (≈94% vs. 93%$_{(N = 130)}$). V.a. der Kontakt zu den Partnern wird von ≈94% (vs. 92%$_{(N = 130)}$) als positiv bzw. bestärkend bewertet.

Befindlichkeit. Zur Prüfung der Reha-Effekte sind in **Tabelle** 10 (vgl. **Tab.** D-14, **Abb.** 7 und 8) die Ergebnisse der Varianzanalysen für die Mittelwerte und Streuungen der Gesamtskalen von *BSKE* und *DT* der Patientinnen (**A**) zu Reha-Beginn (**t1**), nach drei-wöchiger Reha (**t2**) und vier Wochen nach Abschluss (**t3**) veranschaulicht.

Tabelle 10

Vergleich der Befindlichkeit im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(A)t1/t2/t3}$) und Standardabweichungen (SD) der Gesamtskalen von BSKE und DT sowie Ergebnisse der Varianzanalysen.

	Vergleichsmaße						Maße des Signifikanztests		
	t1		t2		t3				
BSKE/DT	$M_{(A)}$	**SD**	$M_{(A)}$	**SD**	$M_{(A)}$	**SD**	**F**	**p**[a#]	**η²**
PA	2.78	0.90	4.15	0.46	3.54	0.96	59.80	**.000**	.651
NA	2.03	1.12	0.53	0.43	1.41	0.91	53.67	**.000**	.626
GS	6.21	2.03	2.64	1.75	4.52	2.74	36.29	**.000**	.531

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

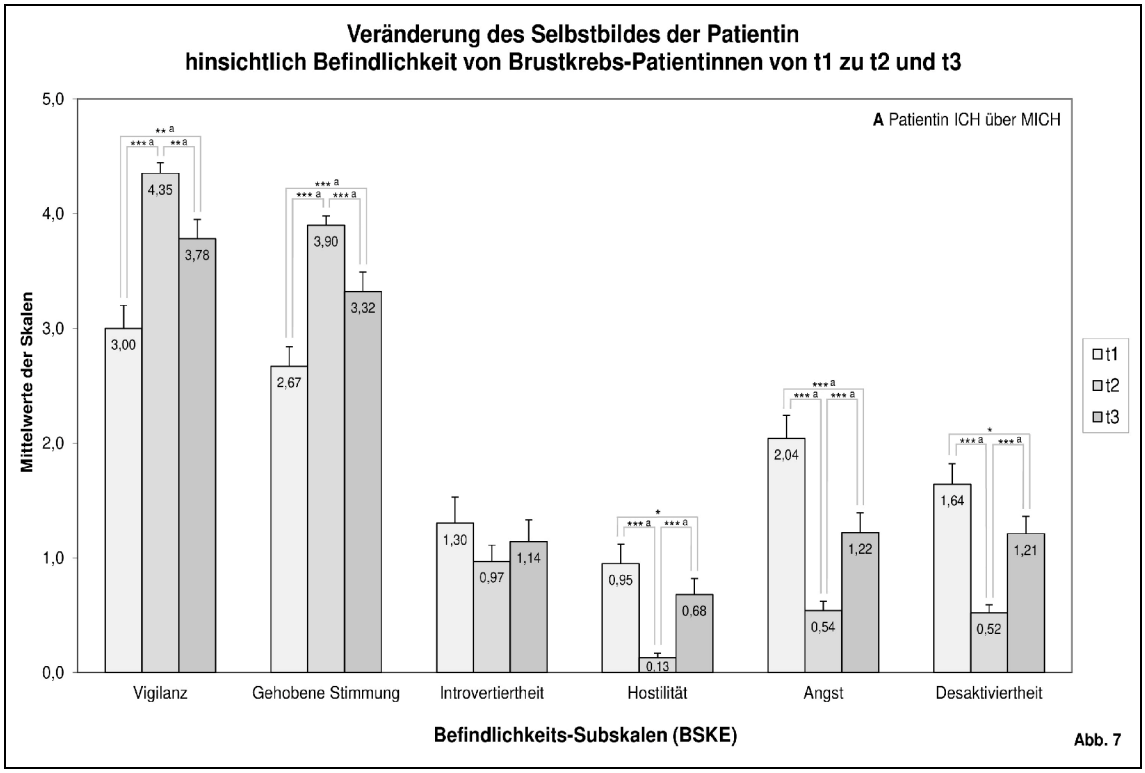
F Test-Wert der einfaktoriellen ANOVA (Freiheitsgrade: ***df*** = 2,31)

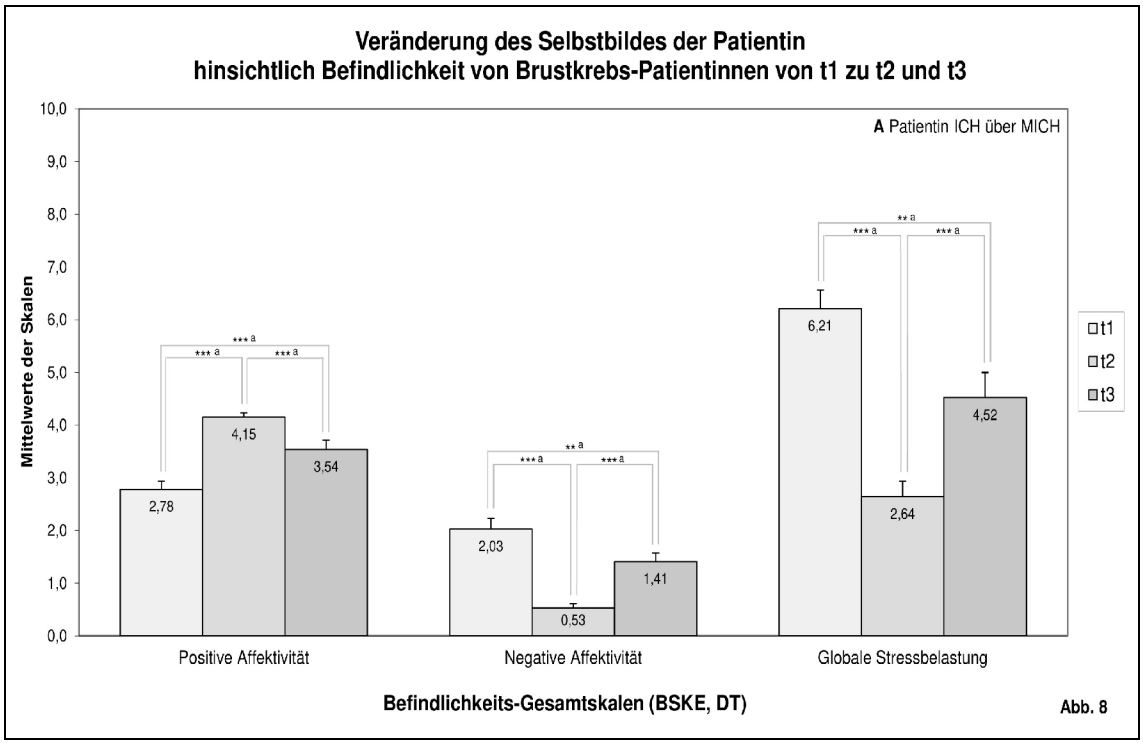
p Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant

η² Partielles Eta² als Schätzer der Effektgröße (≥ .01 = klein, ≥ .06 = mittel, ≥ **.14** = groß)

Paarweise Vergleiche mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni* (Mittlere Differenz der geschätzten Randmittel auf dem Niveau .05 signifikant): ***PA***: t1 vs. t2/t3 und t2 vs. t3 ($p <$ **.001**); ***NA***: t1 vs. t2 und t2 vs. t3 ($p <$ **.001**), t1 vs. t3 ($p <$ **.01**); ***GS***: t1 vs. t2 ($p <$ **.001**), t1 vs. t3 und t2 vs. t3 ($p <$ **.01**)

Im Vergleich der drei Messzeitpunkte lassen sich für die *Befindlichkeit* (*PA*, *NA*, *GS*) im Selbstbild der Patientinnen (**A**) signifikante Unterschiede (vgl. **Abb.** 8), i.S. eines stets großen ($\eta^2 > .14$) ***Zeit-Effektes***, nachweisen (**$BF_{(A)}$**: $p_{(PA/NA/GS)} < .001$). Paarweise Mittelwertsvergleiche decken auf, dass sich die *PA* signifikant durch eine drei-wöchige stationäre Reha (**t2**) im Vergleich zum Reha-Beginn (**t1**) steigert und vier Wochen nach Abschluss (**t3**) wieder verringert (**$BF_{(A)(PA)}$**: t1<t2>t3>t1; $p < .001$), sich hingegen die *NA* und *GS* zu **t2** verringern und zu **t3** wieder etwas erhöhen (**$BF_{(A)(NA/GS)}$**: t1>t2<t3<t1; $p < .001$ resp. $< .01$) - jedoch bleiben alle positiven Effekte ggü. **t1** bedeutsam (vgl. Anhang **Tab.** 10). Die *GS* ist sowohl zu **t2** ($M_{(A)t2} = 2.64$) als auch zu **t3** ($M_{(A)t3} = 4.52$) ggü. **t1** ($M_{(A)t1} = 6.21$) nicht mehr behandlungsbedürftig hoch ausgeprägt (bei *Cut-Off*-Wert „5“). [***Subskalen.*** Signifikante große Effekte ($\eta^2 > .14$) gibt es für *Vigilanz* und *Gehobene Stimmung* sowie *Hostilität*, *Angst* und *Desaktiviertheit* ($p < .001$) der Patientinnen. Paarweise Mittelwertsvergleiche belegen höhere Ausprägungen bei *Vigilanz* und *Gehobene Stimmung* zu **t2** und **t3** ggü. **t1** (t1<t2>t3>t1; $p < .001$ resp. $< .01$) sowie geringere bei *Hostilität*, *Angst* und *Desaktiviertheit* (t1>t2<t3<t1; $p < .001$ resp. $< .05$). *Introvertiertheit* ($p > .10$) (vgl. **Tab.** D-14, **Abb.** 7).]





Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS). T = Standardfehler des Mittelwertes. Einfakt. ANOVA und paarweise t-Tests mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni*. Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): *** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$ ([a] nach Adjustierung signifikant).

Abbildung 7 und 8. Veränderung der Befindlichkeits-Sub- (BSKE; **Abb. 7**) und -Gesamtskalen (BSKE, DT; **Abb. 8**) im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) bis vier Wochen nach Abschluss (t3).

Körperbild. Zur Prüfung der Reha-Effekte sind zunächst in **Tabelle** D-15 die Ergebnisse der Varianzanalysen für die Mittelwerte und Streuungen der Items und Gesamtskala zur *Bedeutsamkeit des Körperbildes* (*AllWuE*) der Patientinnen (♀) zu Reha-Beginn (**t1**), nach drei-wöchiger Reha (**t2**) und vier Wochen nach Abschluss (**t3**) veranschaulicht, anschließend in **Tabelle** 11 (vgl. **Tab.** D-16 und **Abb.** 9) die Gesamtskalen des *BIBCQ* der Patientinnen (**A**).

Für die *Bedeutsamkeit des Körperbildes* (*AllWuE*) der Patientinnen (**A**) ergeben sich zwischen den drei Zeitpunkten signifikante Unterschiede, i.S. eines großen ($\eta^2 > .14$) ***Zeit-Effektes*** (***BedKB*$_{(A)}$**: $F_{(2,31)} = 81.02$, $p < .001$). Paarweise Mittelwertsvergleiche zeigen, dass dem *Körperbild* zu Reha-Beginn (**t1**) am meisten *Bedeutung* beigemessen wird, nach drei-wöchiger Reha (**t2**) am wenigsten und vier Wochen nach Abschluss (**t3**) wieder mehr - die positiven Effekte bleiben ggü. **t1** jedoch stabil (***BedKB*$_{(A)}$**: t1>t2<t3<t1; $p < .001$ resp. < .01) (vgl. Anhang **Tab.** D-15). [***Items.*** Signifikante große Effekte ($\eta^2 > .14$) gibt es dafür, dass die *Brust ein wichtiges Weiblichkeitssymbol* bzw. das *Aussehen* der *eigenen Brust wichtig* ist sowie dafür, dass das *eigene Aussehen* wichtig bzw. *in der Gesellschaft die Brust ein wichtiges Weiblichkeitssymbol* ist ($p < .001$) und mittlere Effekte ($\eta^2 > .06$) dafür, dass *in der Gesellschaft das Aussehen wichtig* ist ($p < .05$). Paarweise Mittelwertsvergleiche belegen geringere Ausprägungen aller Items zu **t2** und **t3** ggü. **t1** (t1>t2<t3<t1; $p < .001$ resp. < .01 resp. < .05, selten $p > .10$).]

Tabelle 11

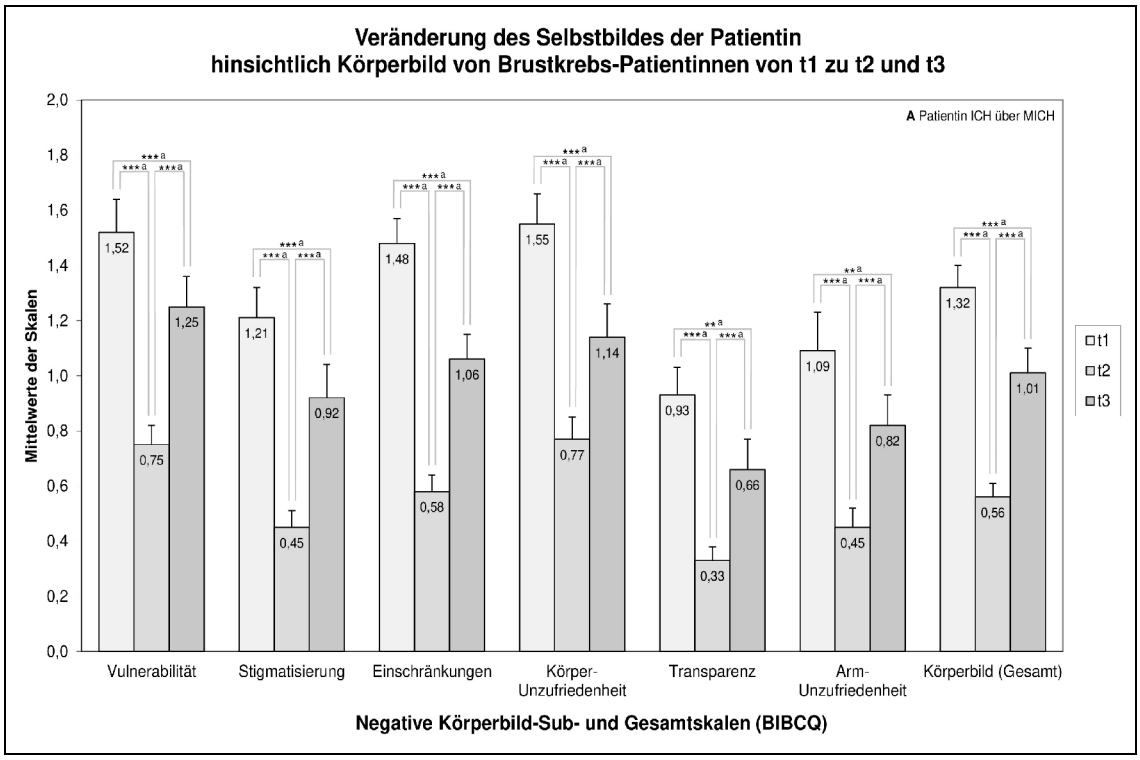
Vergleich des negativen Körperbildes im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(A)t1/t2/t3)}$) und Standardabweichungen (SD) der Gesamtskalen des BIBCQ sowie Ergebnisse der Varianzanalysen.

	Vergleichsmaße						Maße des Signifikanztests		
	t1		t2		t3				
BIBCQ	**$M_{(A)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$**	**SD**	**F**	**p[a#]**	**η²**
$KB_{(Ges)}$	1.32	0.48	0.56	0.27	1.01	0.52	132.66	**.000**	.810
$KB_{(Brust)}$	1.31	0.38	0.57	0.22	0.98	0.48	72.37	**.000**	.802
$KB_{(Mast)}$	1.35	0.62	0.56	0.34	1.03	0.56	62.16	**.000**	.838

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" ($n = 20$) und "Mastektomie" ($n = 13$).

- **n** Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
- **F** Test-Wert der einfaktoriellen ANOVA (Freiheitsgrade: $df_{(Ges)} = 2,31$; $df_{(Brust)} = 2,18$; $df_{(Mast)} = 2,11$)
- **p** Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant
- **η²** Partielles Eta² als Schätzer der Effektgröße (≥ .01 = klein, ≥ .06 = mittel, ≥ **.14** = groß)
- **#** Paarweise Vergleiche mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni* (Mittlere Differenz der geschätzten Randmittel auf dem Niveau .05 signifikant): ***KB***$_{(Ges)}$: t1 vs. t2/t3 und t2 vs. t3 ($p <$ **.001**); ***KB***$_{(Brust)}$: t1 vs. t2/t3 und t2 vs. t3 ($p <$ **.001**); ***KB***$_{(Mast)}$: t1 vs. t2/t3 und t2 vs. t3 ($p <$ **.001**)

Im Vergleich der drei Messzeitpunkte lassen sich für das *negative Körperbild*$_{(Gesamt)}$ im Selbstbild der Patientinnen (**A**) signifikante Unterschiede (vgl. **Abb.** 9), i.S. eines großen ($\eta^2 > .14$) ***Zeit-Effektes***, nachweisen (**KB$_{(A)}$**: $p_{(Ges/Brust/Mast)} < .001$). Paarweise Mittelwertsvergleiche decken auf, dass das **KB$_{(A)}$** zu Reha-Beginn (**t1**) am negativsten, nach drei-wöchiger Reha (**t2**) am besten und vier Wochen nach Abschluss (**t3**) wieder etwas schlechter ausgeprägt ist - jedoch bleiben die positiven Effekte ggü. **t1** bedeutsam (**KB$_{(A)(Ges/Brust/Mast)}$**: t1>t2<t3<t1; $p < .001$) (vgl. Anhang **Tab.** 11). [***Subskalen.*** Signifikante große Effekte ($\eta^2 > .14$) gibt es für *Vulnerabilität*, *Stigmatisierung*, *Einschränkungen*, *Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz* ($p < .001$) der Patientinnen. Paarweise Mittelwertsvergleiche belegen geringere Ausprägungen aller Subskalen zu **t2** und **t3** ggü. **t1** (t1>t2<t3<t1; $p < .001$ resp. $< .01$) (vgl. Anhang **Tab.** D-16, **Abb.** 9).]



Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. T = Standardfehler des Mittelwertes. Einfakt. ANOVA und paarweise t-Tests mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni*. Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): *** = $p < .001$, ** = $p < .01$ (^{a} nach Adjustierung signifikant).

Abbildung 9. Veränderung der Körperbild-Sub- und Gesamtskalen (BIBCQ) im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) bis vier Wochen nach Abschluss (t3).

3.1.2.2 Vergleich des Selbst- (A), antizipierten Selbst- (B), antizipierten Fremd- (C) und Fremdbildes (D) von Patientin und Partner sowie deren Urteils-Differenzen - Veränderung von t1 zu t3 (H2[b])

Befindlichkeit. Zur Prüfung der Reha-Effekte sind in **Tabelle** 12 (vgl. **Abb.** 10; **Tab.** D-17 und -18) die Ergebnisse der Varianzanalysen für die Mittelwerte und Streuungen bzgl. der Gesamtskalen von *BSKE* und *DT* der Patientinnen (**A**) und Partner (**B**) zu Reha-Beginn (**t1**) und vier Wochen nach Abschluss (**t3**) veranschaulicht. **Tabelle** D-19 bildet die Korrelationen für die Urteils-Veränderungen ab. Für die Effekte auf die partnerschaftlichen Fehlurteile sind in **Tabelle** 13 (vgl. **Abb.** 11) die Ergebnisse der t-Tests zu den Mittelwertsdifferenzen (**A-B**) und Streuungen zu **t1** und **t3** dargestellt, in **Tabelle** D-20 die Korrelationen der Fehlurteile von **t1** mit **t3.**

Tabelle 12
Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33) mit dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbstbild (B) hinsichtlich der Befindlichkeit zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(A/B)t1/t3}$) und Standardabweichungen (SD) der Gesamtskalen von BSKE und DT sowie Ergebnisse der Varianzanalysen.

BSKE /DT	Vergleichsmaße				Maße des Signifikanztests								
					Haupteffekt Gruppe			Haupteffekt Zeitpunkt			Interaktions-effekt		
	$M_{(t1)}$	SD	$M_{(t3)}$	SD	F	p[a]	η²	F	p[a]	η²	F	p	η²
$PA_{(A)}$	2.78	0.90	3.54	0.96	230.94	**.000**	.878	52.57	**.000**	.622	8.03	**.008**[a]	.201
$PA_{(B)}$	4.13	0.54	4.61	0.44									
$NA_{(A)}$	2.03	1.12	1.41	0.91	113.22	**.000**	.780	53.81	**.000**	.627	14.87	**.001**[a]	.317
$NA_{(B)}$	3.13	0.96	2.03	0.56									
$GS_{(A)}$	6.21	2.03	4.52	2.74	51.49	**.000**	.617	45.68	**.000**	.608	4.57	**.040**	.125
$GS_{(B)}$	8.00	1.84	5.45	1.12									

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
F Test-Wert der zweifaktoriellen ANOVA mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni* (Freiheitsgrade: ***df*** = 1,32)
p Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant
η² Partielles Eta² als Schätzer der Effektgröße (≥ .01 = klein, ≥ .06 = mittel, ≥ **.14** = groß)

Für die *Befindlichkeit* (vgl. **Abb.** 10) zeichnet sich ein signifikanter, große ($\eta^2 > .14$) ***Haupteffekt*** des ***Gruppenfaktors*** ab. Die Patientinnen (**A**) benennen sowohl zu Reha-Beginn (**t1**) als auch vier Wochen nach Abschluss (**t3**) eine geringere *PA* und *NA* sowie *GS* als die Partner (**B**) es erwarten (**$BF_{(A<B)t1/t3}$**: $p_{(PA/NA/GS)} < .001$). [***Subskalen.*** Signifikante große Effekte ($\eta^2 > .14$) gibt es für *Vigilanz* und *Gehobene Stimmung* sowie *Introvertiertheit, Hostilität,*

Angst und *Desaktiviertheit* ($p_{(PA/NA/GS)} < .001$) (vgl. **Tab.** D-17).] Der signifikante, große ($\eta^2 > .14$) ***Haupteffekt*** des ***Zeitpunktes*** belegt, dass Patientinnen wie Partner zu **t3** die *PA* der Frauen (**$BF_{(A/B)t1<t3}$**) höher, die *NA* sowie *GS* geringer einschätzen (**$BF_{(A/B)t1>t3}$**) als zu **t1** ($p_{(PA/NA/GS)} < .001$) - was durch paarweise Mittelwertsvergleiche für jedes Einzelurteil bestätigt wird ($p < .001$; vgl. **Tab.** D-18). [***Subskalen.*** Signifikante große Effekte ($\eta^2 > .14$) gibt es für *Vigilanz* und *Gehobene Stimmung* sowie *Introvertiertheit*, *Hostilität Angst* und *Desaktiviertheit* ($p_{(PA/NA/GS)} < .001$) (vgl. **Tab.** D-17).] Darüber hinaus zeigt der signifikante, mittlere bis große ($\eta^2 > .06$ resp. $> .14$) ***Interaktionseffekt*** an, dass die Patientinnen stärkere Mittelwertsveränderungen (i.S. Verbesserungen) in der *PA* von **t1** zu **t3** aufweisen (**$BF_{(A>B)t3-t1}$**), die Partner aus der Perspektive der Frauen hingegen in der *NA* sowie der *GS* (**$BF_{(A<B)t3-t1}$**) ($p_{(PA/NA)} < .01$; $p_{(GS)} < .05$). [***Subskalen.*** Signifikante große Effekte ($\eta^2 > .14$) gibt es für *Introvertiertheit*, *Hostilität* und *Desaktiviertheit* ($p < .001$ resp. $< .01$) und kleine Effekte ($\eta^2 > .06$) für *Vigilanz* ($p < .05$). *Gehobene Stimmung* und *Angst* ($p > .10$) (vgl. **Tab.** D-17).]

Je stärker sich dabei das Selbstbild der Patientinnen (**A**) bzgl. der *PA* und *NA* sowie *GS* von **t1** zu **t3** verändert, desto stärker verändert sich auch die diesbzgl. Annahme der Partner (**B**) (**$BF_{(AxB)t3-t1}$**: $r_{(PA)} = .687$, $r_{(NA)} = .743$, $r_{(GS)} = 598$, $p < .001$; vgl. **Tab.** D-19).

Tabelle 13

Vergleich der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) und dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) mit den Differenzen vier Wochen nach Abschluss (t3) hinsichtlich der Befindlichkeit - Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A)t1/t3}$ - $M_{(B)t1/t3}$), Standardabweichungen (SD) und Differenz der Mittelwertsdifferenzen ($Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$) der Gesamtskalen von BSKE und DT sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
	t1		t3				
BSKE/DT	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
PA	-1.35	0.48	-1.07	0.59	-0.28	-2.83	**.008**
NA	-1.10	0.38	-0.62	0.73	-0.48	-3.86	**.001**
GS	-1.79	0.70	-0.94	1.12	-0.85	-2.14	**.040**

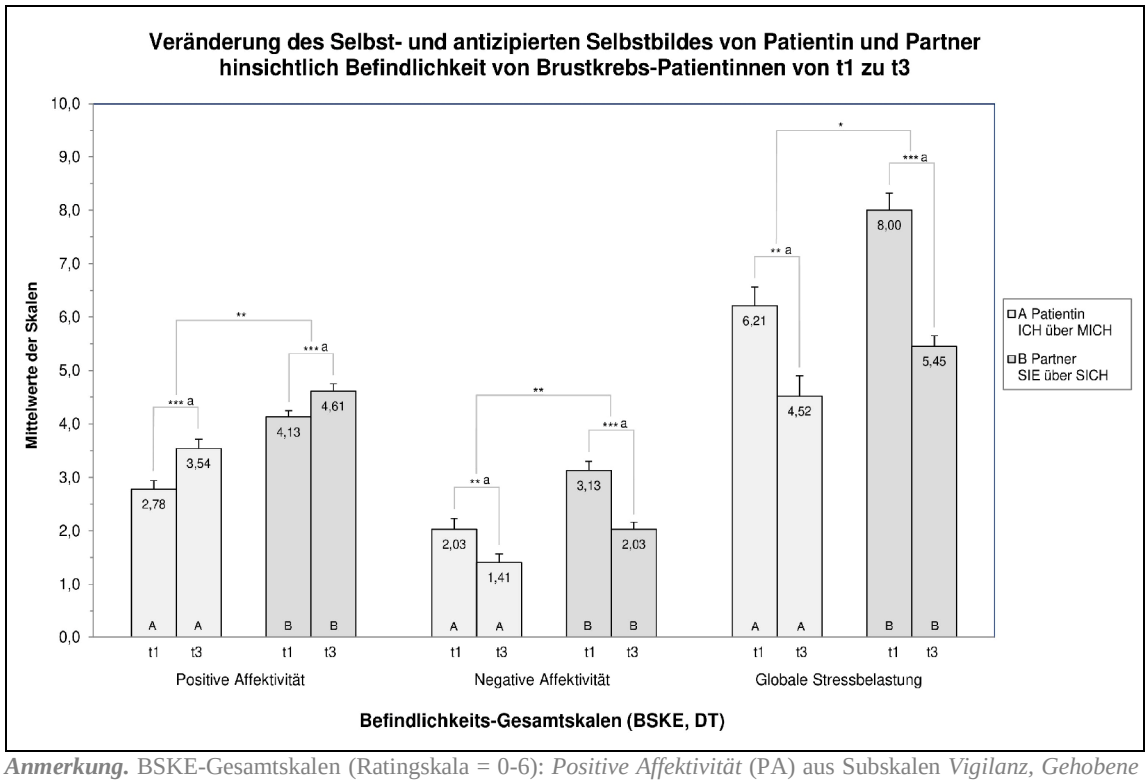
Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: ***df*** = 32)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Bzgl. der *Befindlichkeit* (vgl. **Abb.** 11) unterscheidet sich die Differenz zwischen dem Selbst- und antizipierten Selbstbild (**$BF_{(A-B)}$**) zu Reha-Beginn (**t1**) signifikant von jener Urteils-Differenz vier Wochen nach Abschluss (**t3**). Die Patientinnen und Partner weisen zu **t3** in der Beurteilung der *PA* und *NA* sowie *GS* der Frauen deutlich weniger Unter-

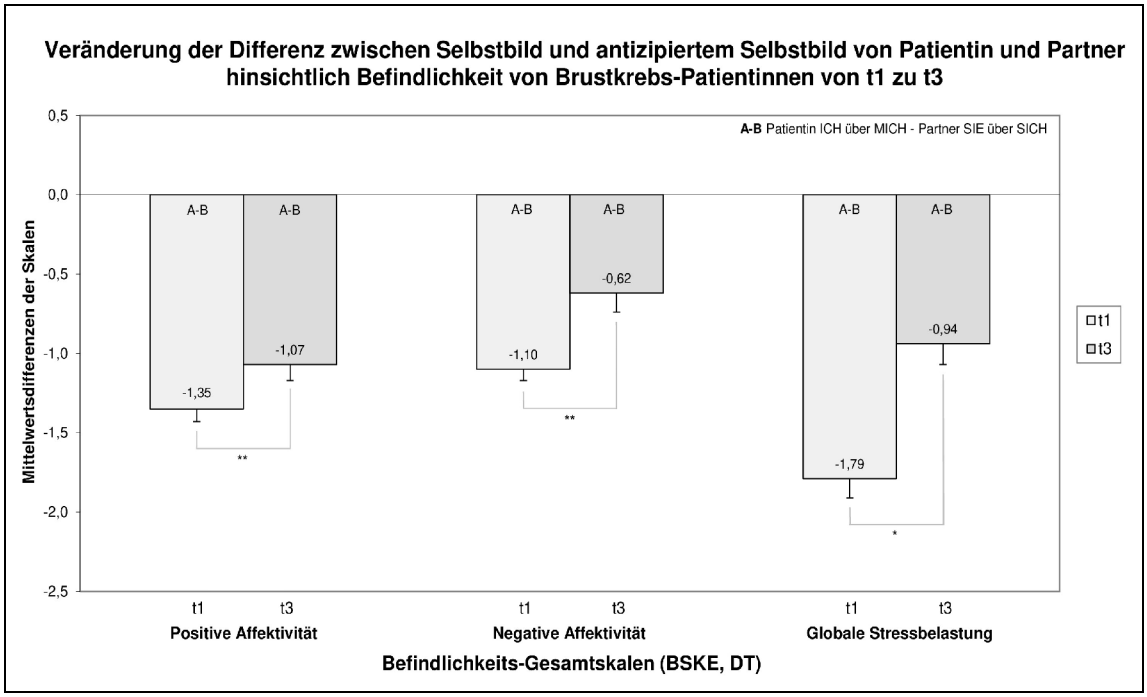
schiede auf als noch zu **t1** (**BF$_{(A-B)t1>t3}$**: $p_{(PA/NA)} < .01$; $p_{(GS)} < .05$), was für geringere Fehlurteile und somit eine Urteils-Annäherung über die Zeit durch eine Verbesserung der Patientinnen-Urteile bzw. des Einfühlungsvermögens des Partners spricht.

Je größer dabei die Differenzen zwischen Patientinnen und Partnern bzgl. der *PA* und *NA* sowie *GS* zu **t1** sind, desto größer sind sie auch zu **t3** (**BF$_{(A-B)t1xt3}$**: $r_{(PA)} = .447$, $r_{(GS)} = 456$, $p_{(PA/GS)} < .01$; $r_{(NA)} = .328$, $p = .05$; vgl. **Tab.** D-20) - die Fehlurteile der Paare bzgl. der **BF** beider Zeitpunkte hängen also zusammen.



Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22)*. DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS). T = Standardfehler des Mittelwertes. Zweifakt. ANOVA und paarweise t-Tests mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni*. Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): *** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$ ([a] nach Adjustierung signifikant).

Abbildung 10. Veränderung der Befindlichkeits-Gesamtskalen (BSKE, DT) im Selbstbild (A) der Patientin ($n = 33$) und dem durch den Partner ($n = 33$) antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3).



Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10). *Globale Stressbelastung* (GS). T = Standardfehler des Mittelwertes. t-Tests bei gepaarten Stichproben. Signifikanz des Testwertes (2-seitig): ** = $p < .01$, * = $p < .05$.

Abbildung 11. Befindlichkeits-Gesamtskalen (BSKE, DT) in den veränderten Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin ($n = 33$) und dem durch den Partner ($n = 33$) antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3).

Körperbild. Zur Prüfung der Reha-Effekte sind zunächst in **Tabelle** D-21 (vgl. **Tab.** D-22) die Ergebnisse der Varianzanalysen für die Mittelwerte und Streuungen der Items und Gesamtskala zu *AllWuE* (***BedKB***) aus Sicht der Patientinnen (♀) und Partner (♂) zu Reha-Beginn (**t1**) und vier Wochen nach Abschluss (**t3**) veranschaulicht, anschließend in **Tabelle** 14 (vgl. **Abb.** 12, **Tab.** D-23, -24 und -25) die Ergebnisse für die Gesamtskalen des *BIBCQ* der Patientinnen (**A**, **C**) und Partner (**B**, **D**) zu **t1** und **t3**. **Tabelle** D-26 bildet die Korrelationen für die Urteils-Veränderungen ab. Für die partnerschaftlichen Fehlurteile sind in **Tabelle** 15 (vgl. **Abb.** 13, **Tab.** D-27) die Ergebnisse der t-Tests für die Mittelwertsdifferenzen (**A-B**, **A-C**, **A-D**, **B-C**, **B-D**, **C-D**) und Streuungen zu **t1** und **t3** dargestellt, in **Tabelle** D-28 der Vergleich aller veränderten Urteils-Differenzen untereinander und in **Tabelle** D-29 die Korrelationen der Fehlurteile von **t1** mit **t3**.

Für die *Bedeutsamkeit des Körperbildes* (*AllWuE*; vgl. **Tab.** D-21) ergibt sich ein signifikanter, große ($\eta^2 > .14$) ***Haupteffekt*** des ***Gruppenfaktors***. Danach messen die Patientinnen (♀) dem weiblichen **KB** sowohl zu Reha-Beginn (**t1**) als auch vier Wochen nach

Abschluss (**t3**) mehr *Bedeutung* bei als die Partner (♂) (***BedKB*$_{(♀>♂)t1/t3}$**: $F_{(1,32)}$ = 7.07, $p < .05$). Der signifikante, große ($\eta^2 > .14$) ***Haupteffekt*** des ***Zeitpunktes*** zeigt, dass die Frauen und Männer die Bedeutung zu **t3** weniger hoch einschätzen als zu **t1** (***BedKB*$_{(♀/♂)t1>t3}$**: $F_{(1,32)}$ = 67.69, $p < .001$) - was durch paarweise Mittelwertsvergleiche für jedes Einzelurteil bestätigt wird ($p < .001$ resp. $< .01$; vgl. **Tab.** D-22). Der signifikante, große ($\eta^2 > .14$) ***Interaktionseffekt*** belegt stärkere Veränderungen von **t1** zu **t3** bei den Patientinnen als bei den Partnern (***BedKB*$_{(♀>♂)t3-t1}$**: $F_{(1,32)}$ = 6.12, $p < .05$).

Dabei sind auch die Veränderungen in der ***BedKB*** der Patientinnen von **t1** zu **t3** unabhängig von denen in der ***BedKB*** der Partner ($r_{(♀x♂)t3-t1}$ = .259, $p > .10$; vgl. Anhang **Tab.** D-21) - in der Tendenz verändern sich die Paare also nicht zusammenhängend.

Tabelle 14

Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33), des durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes$_{(Gesamt)}$ zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)t1/t3}$) und Standardabweichungen (SD) der Gesamtskala des BIBCQ sowie Ergebnisse der Varianzanalysen.

	Vergleichsmaße				Maße des Signifikanztests								
					Haupteffekt Gruppe			Haupteffekt Zeitpunkt			Interaktions-effekt		
BIBCQ	**$M_{(t1)}$**	**SD**	**$M_{(t3)}$**	**SD**	**F**	**p**	**η^2**	**F**	**p[a]**	**η^2**	**F**	**p[a]**	**η^2**
$KB_{(A)}$	1.32	0.48	1.01	0.52	0.37	.545	.012	41.43	**.000**	.564	15.35	**.000**	.324
$KB_{(B)}$	1.17	0.44	1.07	0.44									
$KB_{(A)}$	1.32	0.48	1.01	0.52	32.20	**.000[a]**	.502	42.15	**.000**	.574	9.11	**.005**	.222
$KB_{(C)}$	0.94	0.49	0.77	0.49									
$KB_{(A)}$	1.32	0.48	1.01	0.52	23.93	**.000[a]**	.428	73.83	**.000**	.698	8.53	**.006**	.211
$KB_{(D)}$	0.78	0.39	0.66	0.37									
$KB_{(B)}$	1.17	0.44	1.07	0.44	13.98	**.001[a]**	.304	22.68	**.000**	.415	1.28	.266	.039
$KB_{(C)}$	0.94	0.49	0.77	0.49									
$KB_{(B)}$	1.17	0.44	1.07	0.44	67.50	**.000[a]**	.678	13.70	**.001**	.300	0.40	.534	.012
$KB_{(D)}$	0.78	0.39	0.66	0.37									
$KB_{(C)}$	0.94	0.49	0.77	0.49	3.50	**.047**	.143	39.63	**.000**	.553	0.38	.543	.012
$KB_{(D)}$	0.78	0.39	0.66	0.37									

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz.*

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

F Test-Wert der einfaktoriellen ANOVA mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni* (Freiheitsgrade: $df_{(Ges)}$ = 1,32)

p Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant

η^2 Partielles Eta² als Schätzer der Effektgröße (≥ .01 = klein, ≥ .06 = mittel, ≥ **.14** = groß)

Für das *negative Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (vgl. **Tab.** D-23, **Abb.** 12) ergibt sich fast immer ein signifikanter, großer ($\eta^2 > .14$) ***Haupteffekt*** des ***Gruppenfaktors***. Demnach ist zu Reha-Beginn (**t1**) und vier Wochen nach Abschluss (**t3**) das Selbsturteil der Patientinnen (**A**) stets negativer als deren Erwartung über das Partner-Urteil (**C**) (**KB$_{(A>C)t1/t3}$**: $p_{(Ges)} < .001$; $p_{(Brust/Mast)} < .01$) bzw. als das tatsächliche Fremdurteil der Partner (**D**) (**KB$_{(A>D)t1/t3}$**: $p_{(Ges/Brust)} < .001$; $p_{(Mast)} < .05$). Zugleich schätzen die Partner den weiblichen Körper aus Sicht der Frauen (**B**) negativer ein als diese aus Partner-Sicht (**KB$_{(B>C)t1/t3}$**: $p_{(Ges)} < .01$; $p_{(Brust/Mast)} < .05$) bzw. als selbst aus eigener Fremdsicht (**KB$_{(B>D)t1/t3}$**: $p_{(Ges)} < .001$; $p_{(Brust/Mast)} < .05$). Zudem überschätzen die Frauen das kritische Fremdurteil ihrer Partner (**KB$_{(C>D)t3/t1}$**: $p_{(Ges/Brust)} < .05$, $p_{(Mast)} > .10$). [***Subskalen.*** Signifikante mittlere bis große Effekte ($\eta^2 > .06$ resp. $> .14$) gibt es für *Vulnerabilität* ($_{(A>C/B>C/C>D)t1/t3}$) und große Effekte ($\eta^2 > .14$) für *Stigmatisierung* ($_{(A>C/A>D/B>D/C>D)t1/t3}$) sowie *Arm-* ($_{(A>C/A>D/B>C/B>D)t1/t3}$) und *Körper-Unzufriedenheit* ($_{(A>C/A>D/B>C/B>D/C>D)t1/t3}$) ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$). **KB$_{(AvsB)t3}$** und *Einschränkungen* sowie *Transparenz* ($p > .10$) (vgl. **Tab.** D-24).]. Desweiteren lässt sich ein signifikanter, großer ($\eta^2 > .14$) ***Haupteffekt*** des ***Zeitpunktes*** nachweisen. Danach zeigt sich eine zeitliche Verbesserung in allen Urteils-Vergleichen mit einem stets *negativeren* **KB** zu **t1** ggü. **t3** (**KB$_{(A/B;A/C;A/D;B/C;B/D;C/D)t1>t3}$**: $p_{(Ges/Brust/Mast)} < .001$ resp. $< .01$) - was durch paarweise Mittelwertsvergleiche für jedes Urteil bestätigt wird ($p_{(A/B/C/D)} < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$; vgl. **Tab.** D-25). [***Subskalen.*** Signifikante mittlere bis meist große Effekte ($\eta^2 > .06$ resp. $> .14$) gibt es für *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Körper-/Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz* ($_{(A,B/A,C/A,D/B,C/B,D/C,D)t1>t3}$) ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$). *Einschränkungen* ($p > .10$) (vgl. **Tab.** D-24).]. Ein signifikanter, großer ($\eta^2 > .14$) ***Interaktionseffekt*** findet sich nur im Vergleich zum Selbstbild (**A**) der Patientinnen, welche von **t1** zu **t3** stets stärkere Veränderungen im *negativen* **KB** aufweisen als ihre Partner aus weiblicher Sicht (**KB$_{(A>B)t3-t1}$**: $p_{(Ges)} < .001$; $p_{(Mast)} < .05$) bzw. als sie selbst aus Partner-Sicht (**KB$_{(A>C)t3-t1}$**: $p_{(Ges)} < .001$; $p_{(Brust)} < .01$; $p_{(Mast)} > .10$) sowie als die Partner aus eigener Fremd-Sicht (**KB$_{(A>D)t3-t1}$**: $p_{(Ges)} < .01$; $p_{(Brust/Mast)} < .05$). [***Subskalen.*** Signifikante mittlere bis meist große Effekte ($\eta^2 > .06$ resp. $> .14$) gibt es nur v.a. für *Körper-* ($_{(A>B/A>C/A>D)t3-t1}$) und *Arm-Unzufriedenheit* ($_{(A>C/A>D)t3-t1}$) sowie *Stigmatisierung* ($_{(A>B/A>D)t3-t1}$) ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$). **KB$_{(BvsC/BvsD/CvsD)t3-t1}$** sowie *Vulnerabilität, Einschränkungen* und *Transparenz* ($p > .10$) (vgl. **Tab.** D-24).]

Bei den veränderten Paar-Urteilen von **t1** zu **t3** korrelieren nur die Urteile der Patientinnen miteinander. Je stärker sich dabei das *negative* **KB**$_{(Gesamt)}$ im Selbstbild (**A**) der Patientinnen von **t1** zu **t3** verändert, desto stärker verändert sich auch ihre kritische Erwartung bzgl. der Beurteilung durch den Partner (**C**) (**KB$_{(AxC)t3-t1}$**: $r_{(Ges)} = .540$, $r_{(Brust)} = .651$, $p < .001$; $r_{(Mast)} = .553$, $p < .05$) [**KB$_{(AxB/AxD/BxC/BxD/CxD)t3-t1}$** ($p > .10$); vgl. **Tab.** D-26.]

Tabelle 15

Vergleich der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst-(B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd-(C) und dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) mit den Differenzen vier Wochen nach Abschluss (t3) hinsichtlich des negativen Körperbildes$_{(Gesamt)}$ - Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)t1/t3}$ - $M_{(B/C/D)t1/t3}$), Standardabweichungen (SD) und Differenz der Mittelwertsdifferenzen ($Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$) der Gesamtskalen des BIBCQ sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
	t1		t3				
BIBCQ	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.15	0.47	-0.06	0.42	0.21	3.92	**.000**
	$M_{(A)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(C)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.38	0.35	0.23	0.33	0.15	3.02	**.005**
	$M_{(A)}$-$M_{(D)}$	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.54	0.53	0.35	0.57	0.19	2.92	**.006**
	$M_{(B)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(C)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.23	0.47	0.30	0.41	-0.07	-1.13	.266
	$M_{(B)}$-$M_{(D)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.39	0.31	0.41	0.31	-0.03	-0.63	.534
	$M_{(C)}$-$M_{(D)}$	**SD**	**$M_{(C)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.16	0.50	0.12	0.48	0.04	0.61	.534

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*.

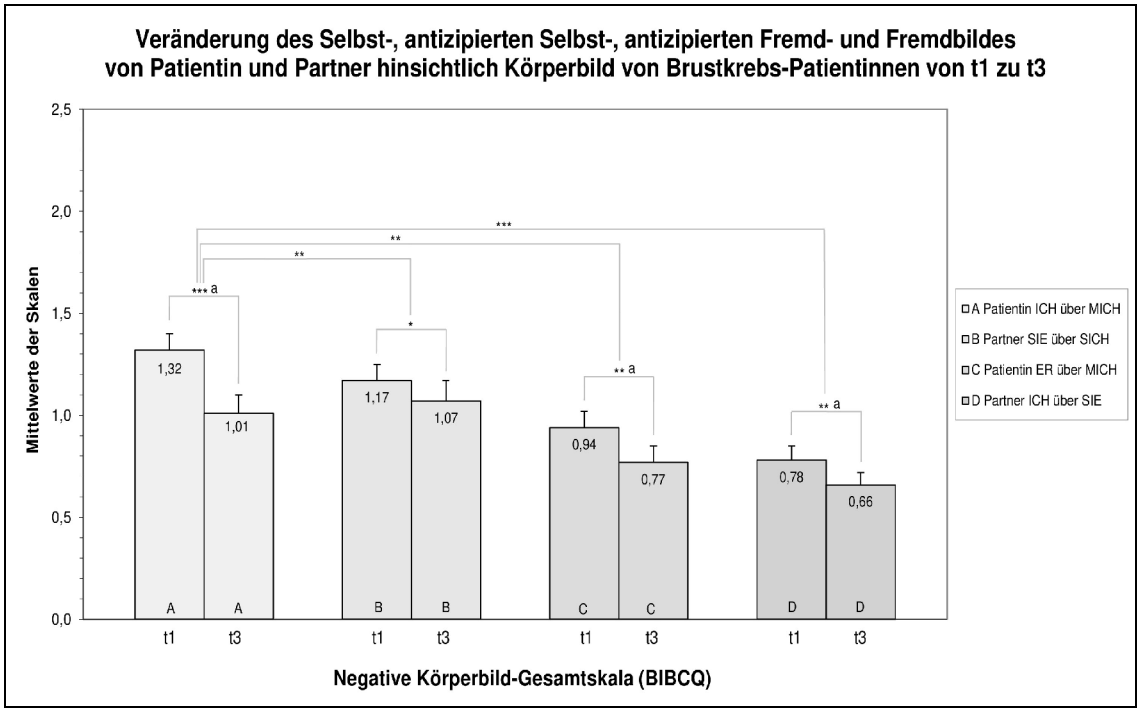
n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: $df_{(Ges)} = 32$; $df_{(Brust)} = 19$; $df_{(Mast)} = 12$)

p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

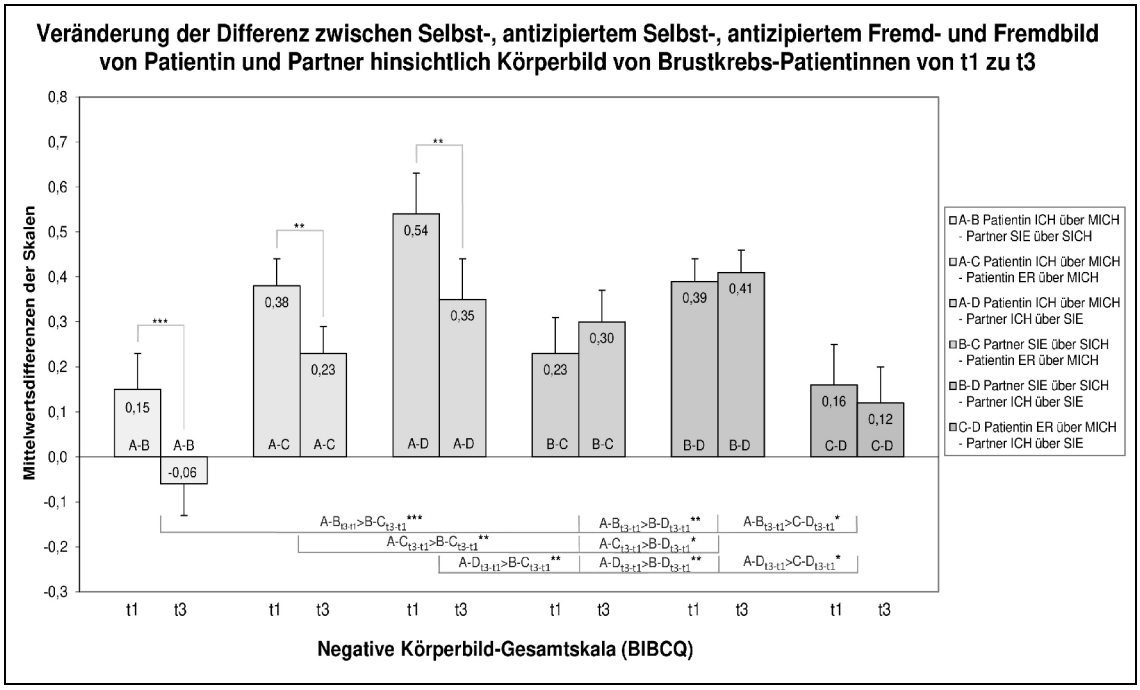
Bzgl. des *negativen Körperbildes*$_{(Gesamt)}$ (vgl. **Tab.** D-27, **Abb.** 13) unterscheiden sich nur die Urteils-Differenzen unter Einbezug des Selbsturteiles der Patientinnen zu Reha-Beginn (**t1**) signifikant von denen vier Wochen nach Abschluss (**t3**) - also zwischen dem Selbst- und antizipierten Selbst- (**$KB_{(A-B)t1>t3}$**: $p_{(Ges)} < .001$, $p_{(Mast)} < .05$), zwischen dem Selbst- und antizipierten Fremd- (**$KB_{(A-C)t1>t3}$**: $p_{(Ges/Brust)} < .01$) sowie zwischen dem Selbst- und Fremdbild (**$KB_{(A-D)t1>t3}$**: $p_{(Ges)} < .01$, $p_{(Brust/Mast)} < .05$). Hier zeigen sich zu **t3** deutlich weniger Unterschiede zwischen den Urteilen als zu **t1**, was für geringere Fehlurteile und somit eine Urteils-Annäherung über die Zeit spricht, v.a. aber auf eine Verbesserung des Selbsturteils der Frauen (**$KB_{(A)}$**) beruhen. [**$KB_{(B-C/B-D/C-D)t1vst3}$** ($p > .10$) (vgl. **Tab.** D-27).] Ergänzende paarweise Mittelwertsvergleiche (vgl. **Tab.** D-28) belegen, dass sich o.g. Differenzen von allen Fehlurteilen auch signifikant am stärksten verändern (**$KB_{(A-B>B-C)t3-t1}$**: $t_{(32)} = -3.92$, **$KB_{(A-B>B-D)t3-t1}$**: $t_{(32)} = -3.02$, **$KB_{(A-B>C-D)t3-t1}$**: $t_{(32)} = -2.70$, **$KB_{(A-C>B-C)t3-t1}$**: $t_{(32)} = -2.78$, **$KB_{(A-C>B-D)t3-t1}$**: $t_{(32)} = -2.71$, **$KB_{(A-D>B-C)t3-t1}$**: $t_{(32)} = -3.08$, **$KB_{(A-D>B-D)t3-t1}$**: $t_{(32)} = -2.79$, **$KB_{(A-D>C-D)t3-t1}$**: $t_{(32)} = -2.49$; $p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$). [**$KB_{(B-CvsB-D)/(B-DvsC-D)t3-t1}$** ($p > .10$) (vgl. **Tab.** D-28).]

Je größer aber alle Urteils-Differenzen zwischen Patientinnen und Partnern bzgl. des *negativen* **KB**$_{(Gesamt)}$ zu **t1** sind, desto größer sind diese auch zu **t3** ($r_{(A\text{-}B)t1xt3}$ = .753, $r_{(A\text{-}C)t1xt3}$ = .669, $r_{(A\text{-}D)t1xt3}$ = .783, $r_{(B\text{-}C)t1xt3}$ = .690, $r_{(B\text{-}D)t1xt3}$ = .629, $r_{(C\text{-}D)t1xt3}$ = .708; p = .001) - ebenso bei Brusterhaltender Therapie und Mastektomie (p < .001 resp. < .01 resp. < .05). Die Fehlurteile beider Zeitpunkte hängen also, unabhängig vom Selbstbild, immer zusammen (vgl. **Tab.** D-29).



Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz.* T = Standardfehler des Mittelwertes. Zweifakt. ANOVA und paarweise t-Tests mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni*. Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): *** p < .001, ** = p < .01, * = p < .05 ([a] nach Adjustierung signifikant).

Abbildung 12. Veränderung der negativen Körperbild-Gesamtskala (BIBCQ) im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3).



Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. T = Standardfehler des Mittelwertes. t-Tests bei gepaarten Stichproben. Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): *** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$.

Abbildung 13. Negative Körperbild-Gesamtskala (BIBCQ) in den veränderten Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin ($n = 33$), dem durch den Partner ($n = 33$) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild des Partners (D) zu Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3).

3.1.2.3 Zusammenhang zwischen der Veränderung in der Befindlichkeit und der Veränderung im Körperbild im Selbst- (A), antizipierten Selbst- (B), antizipierten Fremd- (C) und Fremdbild (D) von Patientin und Partner sowie deren Urteils-Differenzen - Veränderung von t1 zu t3 (H2^{c})

Befindlichkeit mit Körperbild. Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die Mittelwertsveränderungen der Gesamtskalen von *BSKE* bzw. *DT* (**A**, **B**) vom Reha-Beginn (**t1**) bis vier Wochen nach Abschluss (**t3**) mit denen des *BIBCQ* von Patientinnen (**A**,**C**) und Partnern (**B**, **D**) finden sich in **Tabelle** D-30, die Korrelationen zwischen den veränderten Mittelwertsdifferenzen (**A-B**, **A-C**, **A-D**, **B-C**, **B-D**, **C-D**) in **Tabelle** D-31.

Es gibt nur wenige signifikante Zusammenhänge zwischen der Veränderung der *Befindlichkeit* und der des *Körperbildes* in den Paar-Urteilen vom Reha-Beginn (**t1**) bis vier Wochen nach Abschluss (**t3**). Je mehr sich die *PA* der Patientinnen (**BF$_{(A)}$**) bzw. die diesbzgl. Annahme der Partner (**BF$_{(B)}$**) von **t1** zu **t3** verändern, desto weniger verändert sich nur das

durch die Partner antizipierte *negative* **KB$_{(B)}$** nach Mastektomie (**BF$_{(A)t3-t1}$xKB$_{(B)t3-t1}$**: $r_{(PAxMast)}$ = -.549, p < .05; **BF$_{(B)t3-t1}$xKB$_{(B)t3-t1}$**: $r_{(PAxMast)}$ = -.553, p < .05). Je mehr sich hingegen die *NA* bzw. *GS* (**BF$_{(A/B)}$**) verändern, desto mehr verändert sich das *negative* **KB**$_{(Gesamt/Mastektomie)}$ nur im Selbsturteil der Frauen (**BF$_{(A)t3-t1}$xKB$_{(A)t3-t1}$**: $r_{(NAxGes)}$ = .398, $r_{(NAxMast)}$ = .576, p < .05; $r_{(GSxGes)}$ = .502, p < .01; **BF$_{(B)t3-t1}$xKB$_{(A)t3-t1}$**: $r_{(NAxGes)}$ = .356, $r_{(NAxMast)}$ = .555, p < .05; $r_{(GSxGes)}$ = .400, p < .01). [**KB**$_{(C/D)t3-t1}$ sowie Brusterhaltende Therapie (p > .10) (vgl. **Tab.** D-30).]

Die Veränderung der Paar-Fehlurteile bzgl. der **BF$_{(A-B)}$** der Frauen von **t1** zu **t3** hängt nur dann signifikant mit denen im **KB** zusammen, wenn letztere das (stark veränderte) Selbsturteil der Frauen (**A**) einbeziehen (vgl. **Abb.** 12, S. 90). Je mehr sich also die Differenz zwischen Selbst- und antizipiertem Selbst- (**BF$_{(A-B)t3-t1}$xKB$_{(A-B)t3-t1}$**: $r_{(NAxGes)}$ = .453, p < .01; $r_{(GSxGes)}$ = .413, $r_{(NAxBrust)}$ = .529, $r_{(GSxBrust)}$ = .521, p < .05), zwischen Selbst- und antizipiertem Fremd- (**BF$_{(A-B)t3-t1}$xKB$_{(A-C)t3-t1}$**: $r_{(NAxGes)}$ = .422, $r_{(GSxGes)}$ = .345, $r_{(NAxBrust)}$ = .456, $r_{(GSxBrust)}$ = .452, p < .05) sowie zwischen Selbst- und Fremdbild (**BF$_{(A-B)t3-t1}$xKB$_{(A-D)t3-t1}$**: $r_{(NAxGes)}$ = .496, $r_{(GSxBrust)}$ = .587, p < .01; $r_{(GSxGes)}$ = .524, $r_{(NAxBrust)}$ = .553, p < .05) bzgl. des *negativen* **KB**$_{(Gesamt/Brusterhaltende\ Therapie)}$ von **t1** zu **t3** verändert, desto mehr verändert sich auch die Differenz bzgl. *NA*/*GS*. [*PA* sowie **KB**$_{(B-C/B-D/C-D)t3-t1}$ und Mastektomie (p > .10) (vgl. **Tab.** D-31).]

3.1.3 Rolle der Partnerschaftsqualität: Wahrnehmungen von Brustkrebs-Patientinnen und Partnern, Einfluss einer stationären Rehabilitation der Patientinnen sowie Zusammenhang mit Befindlichkeit und Körperbild (F3)

Ferner sollte untersucht werden (vgl. **Kapitel** 1.3.3.3): Wie schätzen Brustkrebs-Patientinnen und ihre Partner die *Partnerschaftsqualität* (**PQ**) im *Selbstbild* der Patientinnen (**A** ICH über MICH), dem durch ihre Partner *antizipierten Selbst-* (**B** SIE über SICH), dem durch die Patientinnen *antizipierten Fremd-* (**C** ER über MICH) und dem *Fremdbild* der Partner (**D** ICH über SIE) ein? Welche Unterschiede, Übereinstimmungen und Zusammenhänge gibt es zwischen den vier Perspektiven? Welchen Einfluss hat eine stationäre, interdisziplinäre Rehabilitation der Brustkrebs-Patientinnen auf die Paar-Urteile zur **PQ**? Welcher Zusammenhang besteht zwischen der **PQ** und den Paar-Urteilen hinsichtlich *Befindlichkeit* (**BF**) sowie *Körperbild* (**KB**) der Patientinnen und wie hängen die Veränderungen von **PQ**, **BF** und **KB** im Rahmen einer stationären Reha zusammen?

3.1.3.1 Vergleich der Partnerschaftsqualität im Selbst- (A), antizipierten Selbst- (B), antizipierten Fremd- (C) und Fremdbild (D) von Patientin und Partner sowie deren Urteils-Differenzen zu t1 (H3[a])

Partnerschaftsqualität. In **Tabelle** 16 (vgl. **Abb.** 14, **Tab.** D-32) sind die Ergebnisse der t-Tests für die Mittelwerte und Streuungen der Gesamtskala der *PQ* von Patientinnen (**A**, **C**) und Partnern (**B**, **D**) zu Beginn (**t1**) veranschaulicht, in **Tabelle** D-33 die Korrelationsanalysen. **Tabelle** 17 beinhaltet die Ergebnisse zu den Mittelwertsdifferenzen (**A-B**, **A-C**, **A-D**, **B-C**, **B-D**) (vgl. **Abb.** 17, S. 101), **Tabelle** D-34 die entspr. Korrelationen.

Tabelle 16
Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33) mit dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)}$), Standardabweichungen (SD) und Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)}$ - $M_{(B/C/D)}$) der Gesamtskalen der PQ sowie Ergebnisse der t-Tests.

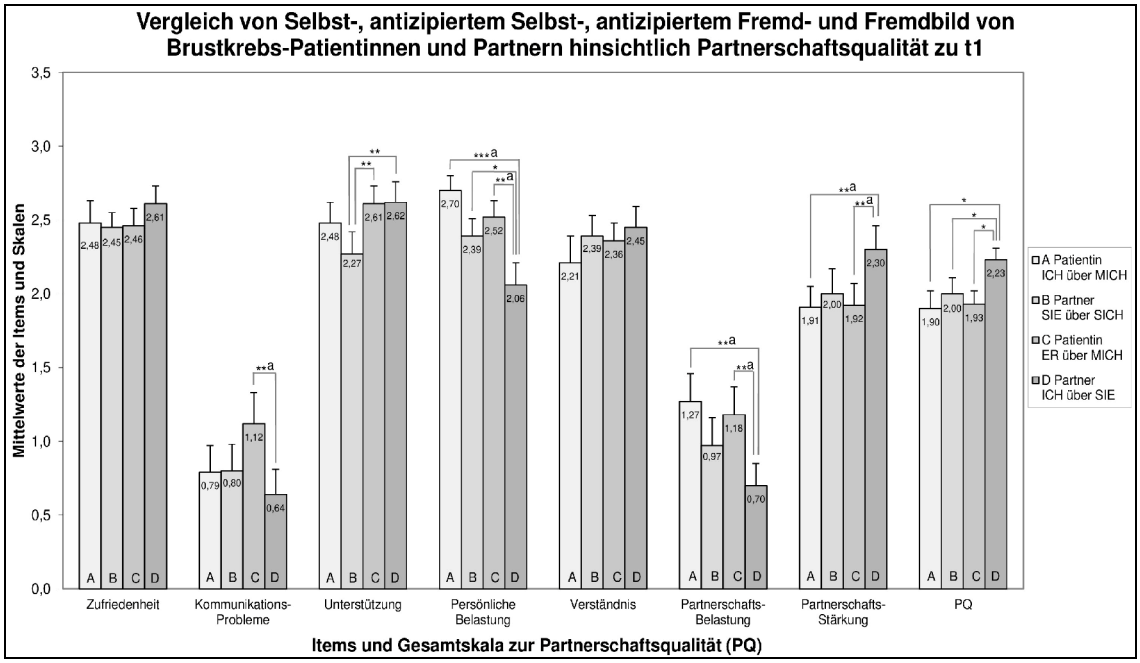
	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
PQ	**$M_{(A)}$**	**SD**	**$M_{(B)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**t**	**p**
PQ	1.90	0.66	2.00	0.58	-0.10	-1.05	.303
	$M_{(A)}$	**SD**	**$M_{(C)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(C)}$**	**t**	**p**
PQ	1.90	0.66	1.93	0.51	-0.03	-0.39	.702
	$M_{(A)}$	**SD**	**$M_{(D)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(D)}$**	**t**	**p**
PQ	1.90	0.66	2.23	0.44	-0.33	-3.20	**.018**
	$M_{(B)}$	**SD**	**$M_{(C)}$**	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(C)}$**	**t**	**p**
PQ	2.00	0.58	1.93	0.51	0.07	0.85	.402
	$M_{(B)}$	**SD**	**$M_{(D)}$**	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(D)}$**	**t**	**p**
PQ	2.00	0.58	2.23	0.44	-0.23	-3.00	**.030**
	$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(D)}$**	**SD**	**$M_{(C)}$-$M_{(D)}$**	**t**	**p**
PQ	1.93	0.51	2.23	0.44	-0.30	-3.17	**.020**

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*.
n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: ***df*** = 32)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); keine Signifikanzen nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche

Die *Partnerschaftsqualität* (vgl. **Abb.** 14) zu Beginn (**t1**) wird von den Patientinnen (**A**) sowie den Partnern aus Sicht der Frauen (**B**) und den Frauen aus Sicht der Partner (**C**) ähnlich hoch eingeschätzt (**$PQ_{(AvsB/AvsC/BvsC)}$**: $p > .10$). Hingegen schätzen die Partner ihre eigene **PQ** (**D**) stets signifikant höher ein als die Patientinnen ihre (**A**), als sie die **PQ** der Patientinnen einschätzen (**B**) und als die Patientinnen die **PQ** ihrer Partner (**C**) einschätzen (**$PQ_{(A<D/B<D/C<D)}$**: $p < .05$). Insgesamt ist demnach SEINE eigene **PQ** immer

besser als alle anderen Einschätzungen/Annahmen - dabei gehen v.a. IHRE und SEINE persönlichen Meinungen auseinander, ebenso wie SEINE Annahme über IHRE **PQ** und SEINE eigene **PQ**. Während SIE sich hierbei nur schwer in IHN einfühlen kann, scheint ER sich recht gut in SIE einfühlen zu können und auch die gegenseitigen Annahmen stimmen überein. [***Items.*** Nur die *Unterstützung* bewerten die Frauen aus Sicht ihrer Partner höher als umgekehrt ($p_{(B<C)} < .05$). Die *Persönliche* sowie *Partnerschafts-Belastung* bewerten die Partner geringer ($p_{(A>D)} < .001$ resp. $< .01$), die *Partnerschafts-Stärkung* höher als die Frauen ($p_{(A<D)} < .05$). Die *Unterstützung* ($_{(B<D)}$) bewerten die Partner aus Sicht der Frauen geringer und die *Persönliche-Belastung* ($_{(B>D)}$) höher als sie selbst ($p < .05$). Die *Kommunikations-Probleme*, *Persönliche* sowie *Partnerschafts-Belastung* schätzen die Patientinnen bei ihren Partnern höher ($p_{(C>D)} < .01$) und die *Partnerschafts-Stärkung* ($p_{(C<D)} < .05$) geringer ein als die Partner selbst. **PQ$_{(AvsB/AvsC/BvsC)}$** ($p > .10$) (**Tab.** D-32).]

Je höher dabei die Patientinnen (**A**, **C**) und Partner (**B**, **D**) ihre eigene **PQ** sowie die des anderen einschätzen, desto höher fallen auch die jeweils anderen Urteile aus ($r_{(AxB)} = .703$, $r_{(AxC)} = .811$, $r_{(AxD)} = .611$, $r_{(BxC)} = .725$, $r_{(BxD)} = .684$, $r_{(CxD)} = .648$, $p < .001$) - es sind also die Frauen mit hoher **PQ**, welche dies auch von ihren Partnern erwarten und welche Partner mit hoher **PQ** haben, welche dies wiederum von den Frauen erwarten (**Tab.** D-33).



Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit, Kommunikations-Probleme, Unterstützung, Persönliche Belastung, Verständnis, Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*. T = Standardfehler des Mittelwertes. t-Tests bei gepaarten Stichproben mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni*. Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): *** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$ ([a] nach Adjustierung signifikant).

Abbildung 14. Items und Gesamtskala zur Partnerschaftsqualität (PQ) im Selbstbild (A) der Patientin ($n = 33$), dem durch den Partner ($n = 33$) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild des Partners (D) zu Reha-Beginn (t1).

Tabelle 17

Vergleich der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)}$-$M_{(B/C/D)}$), Standardabweichungen (SD) und Differenz der Mittelwertsdifferenzen ($Diff_{(1)}$-$Diff_{(2)}$) der Gesamtskalen der PQ sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
PQ	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(C)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-B)}$-$Diff_{(A-C)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.10	0.50	-0.03	0.39	-0.07	-0.82	.419
	$M_{(A)}$-$M_{(B)}$	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-B)}$-$Diff_{(A-D)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.10	0.50	-0.31	0.50	0.21	2.33	**.026**
	$M_{(A)}$-$M_{(B)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(C)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-B)}$-$Diff_{(B-C)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.10	0.50	0.07	0.46	-0.03	-0.38	.704
	$M_{(A)}$-$M_{(B)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-B)}$-$Diff_{(B-D)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.10	0.50	-0.21	0.41	0.11	1.07	.317
	$M_{(A)}$-$M_{(B)}$	**SD**	**$M_{(C)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-B)}$-$Diff_{(C-D)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.10	0.50	-0.28	0.41	0.18	2.14	**.044**
	$M_{(A)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-C)}$-$Diff_{(A-D)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.03	0.39	-0.31	0.50	0.28	2.87	**.008**
	$M_{(A)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(C)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-C)}$-$Diff_{(B-C)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.03	0.39	0.07	0.46	0.04	0.53	.660
	$M_{(A)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-C)}$-$Diff_{(B-D)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.03	0.39	-0.21	0.41	0.18	2.15	**.043**
	$M_{(A)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(C)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-C)}$-$Diff_{(C-D)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.03	0.39	-0.28	0.41	0.25	2.61	**.014**
	$M_{(A)}$-$M_{(D)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(C)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-D)}$-$Diff_{(B-C)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.31	0.50	0.07	0.46	-0.24	-2.43	**.019**
	$M_{(A)}$-$M_{(D)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-D)}$-$Diff_{(B-D)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.31	0.50	-0.21	0.41	-0.10	-1.04	.310
	$M_{(A)}$-$M_{(D)}$	**SD**	**$M_{(C)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-D)}$-$Diff_{(C-D)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.31	0.50	-0.28	0.41	-0.03	-0.39	.702
	$M_{(B)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(B-C)}$-$Diff_{(B-D)}$**	**t**	**p**
PQ	0.07	0.46	-0.21	0.41	0.14	1.56	.119
	$M_{(B)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(C)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(B-C)}$-$Diff_{(C-D)}$**	**t**	**p**
PQ	0.07	0.46	-0.28	0.41	0.21	2.35	**.025**
	$M_{(B)}$-$M_{(D)}$	**SD**	**$M_{(C)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(B-D)}$-$Diff_{(C-D)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.21	0.41	-0.28	0.41	0.07	0.81	.418

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*.

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: ***df*** = 32)

p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Von allen sechs Urteils-Differenzen bzgl. der *Partnerschaftsqualität* zu Beginn (**t1**) sind meist jene signifikant am größten, welche das Fremdbild (**D**) einbeziehen, v.a. zwischen Selbst- und Fremd- (**$PQ_{(A-D)}$**: $p_{(A\text{-}D>A\text{-}B/A\text{-}C/B\text{-}C)} < .01$ resp. $< .05$) bzw. antizipiertem

Fremd- und Fremdbild (**PQ$_{(C-D)}$**: $p_{(C-D>A-B/A-C/B-C)} < .05$) - am geringsten sind hingegen die Differenzen zwischen Selbst- und antizipiertem Fremdbild der Frauen (**PQ$_{(A-C)}$**: $p_{(A-C<A-D/B-D/C-D)} < .01$ resp. $< .05$). Bemerkenswert ist, dass sich auch die Differenz zwischen Selbst- und antizipiertem Selbstbild signifikant von der zwischen Fremd- und antizipiertem Fremdbild unterscheidet (**PQ$_{(A-B<C-D)}$**: $p < .05$). Demnach scheinen bei den Fehlurteilen IHRE und SEINE persönlichen Wahrnehmungen am unterschiedlichsten, IHRE Urteile untereinander am konstistentisten bzw. die gegenseitigen Annahmen am ähnlichsten. Außerdem stellt sich SEIN Einfühlungsvermögen als besser dar als IHRES (vgl. **Abb.** 17, S. 101). [**PQ$_{(A-BvsA-C/B-C/B-D)/(A-CvsB-C)/(A-DvsB-D/C-D)/(B-DvsB-C/C-D)}$** ($p > .10$).]

Je größer dabei fast alle Urteils-Differenzen zwischen (antizipiertem) Selbst- und (antizipiertem) Fremdbild bzgl. der **PQ** zu **t1** sind, desto größer sind meist auch die anderen Fehlurteile ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$), v.a. bei schlechtem Einfühlungsvermögen der Partner (**PQ$_{(A-B)}$**: $r_{(A-BxA-C)} = .503$, $r_{(A-BxA-D)} = .660$, $r_{(A-BxB-D)} = .424$) bzw. der Patientinnen (**PQ$_{(C-D)}$**: $r_{(C-DxA-B)} = .360$, $r_{(C-DxA-C)} = .420$, $r_{(C-DxA-D)} = .654$, $r_{(C-DxB-D)} = .388$) und großen persönlichen Urteils-Unterschieden (**PQ$_{(A-D)}$**: $r_{(A-DxA-B)} = .660$, $r_{(A-DxA-C)} = .595$, $r_{(A-DxB-D)} = .557$, $r_{(A-DxC-D)} = .654$). Dabei weichen diejenigen Paare bzgl. der weiblichen Sicht von einander ab, welche dies auch bzgl. der männlichen Sicht tun (**PQ$_{(A-BxC-D)}$**: $r = .360$, $p < .05$). Nur bei den gegenseitigen Annahmen (**PQ$_{(B-C)}$**) gehen selbst hohe Übereinstimmungen mit stärkeren Fehlurteilen einher, v.a. bzgl. des Einfühlungsvermögens der Partner ($r_{(B-CxA-B)} = -.680$) bzw. der Patientinnen ($r_{(B-CxC-D)} = -.549$) und der persönlichen Unterschiede ($r_{(B-CxA-D)} = -.400$) ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$). [**PQ$_{(A-CxB-C)/(A-CxB-D)/(B-CxB-D)}$** ($p > .10$) (vgl. **Tab.** D-34).]

3.1.3.2 Einfluss einer stationären Rehabilitation auf die Partnerschaftsqualität im Selbst- (A), antizipierten Selbst- (B), antizipierten Fremd- (C) und Fremdbild (D) von Patientin und Partner sowie deren Urteils-Differenzen - Veränderung von t1 zu t2 und t3 (H3^{b})

Partnerschaftsqualität. Zur Prüfung der Reha-Effekte sind zunächst in **Tabelle** 18 (vgl. **Abb.** 15) die Ergebnisse der Varianzanalysen für die Mittelwerte bzw. Streuungen der Items und Gesamtskala der *PQ* im intraindividuellen Vergleich der Patientinnen (**A**) zu Reha-Beginn (**t1**), nach drei Wochen (**t2**) und vier Wochen nach Abschluss (**t3**) veranschaulicht, in **Tabelle** 19 (vgl. **Tab.** D-35 und -36, **Abb.** 16) für den (inter-)individuellen

Vergleich der Patientinnen- (**A**, **C**) und Partner-Urteile (**B**, **D**) zu **t1** und **t3**. **Tabelle** D-37 bildet die entspr. Korrelationen der Mittelwertsveränderungen (**A**, **B**, **C**, **D**) von **t1** zu **t3** ab. In **Tabelle** 20 (vgl. **Tab.** D-38) finden sich die Vergleichsanalysen der veränderten Mittelwertsdifferenzen zwischen den Paaren (**A-B**, **A-C**, **A-D**, **B-C**, **B-D**, **C-D**) von **t1** zu **t3**, in **Tabelle** D-39 die entspr. Korrelationen der Differenzen zu **t1** mit **t3** (vgl. **Abb.** 17).

Tabelle 18

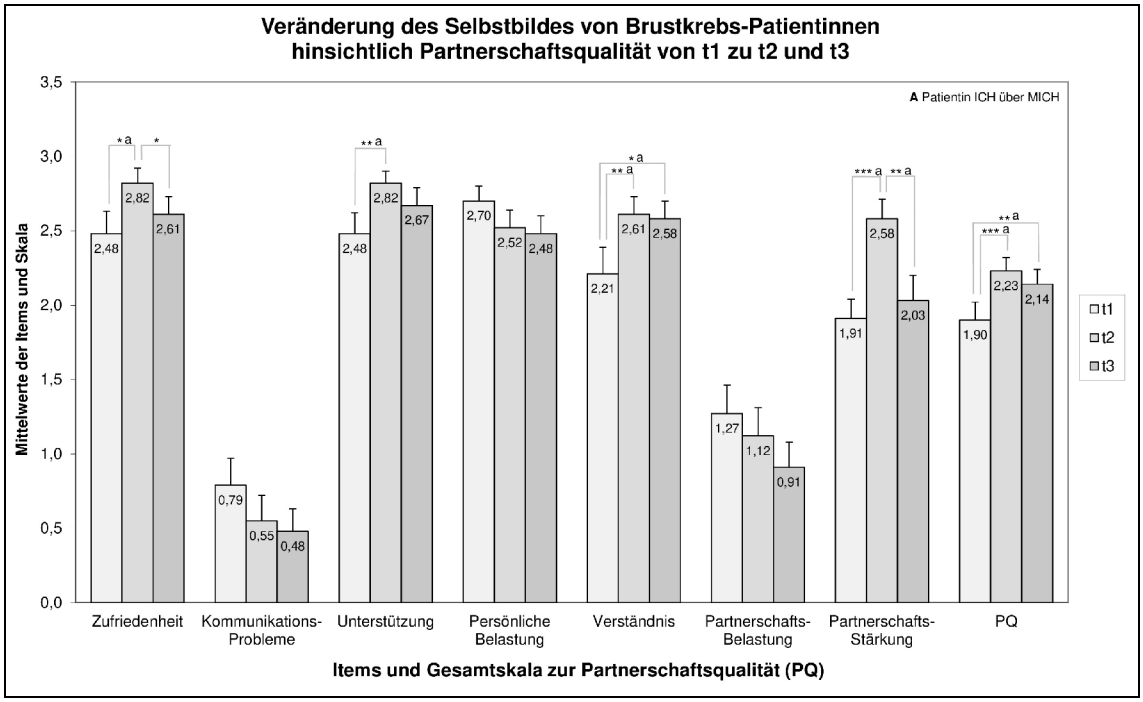
Vergleich der Partnerschaftsqualität im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(A)t1/t2/t3}$) und Standardabweichungen (SD) der Items und Gesamtskala der PQ sowie Ergebnisse der Varianzanalysen.

	Vergleichsmaße						Maße des Signifikanztests		
PQ	$M_{(t1)}$	**SD**	$M_{(t2)}$	**SD**	$M_{(t3)}$	**SD**	**F**	**p**[#]	**η²**
I1 Zufriedenheit	2.48	0.87	2.82	0.53	2.61	0.70	5.57	**.006**[a]	.148
I2 Kommunikations-Probleme	0.79	1.05	0.55	0.97	0.48	0.83	2.07	.135	.061
I3 Unterstützung	2.48	0.80	2.82	0.47	2.67	0.69	8.62	**.000**[a]	.212
I4 Persönliche Belastung	2.70	0.59	2.52	0.71	2.48	0.71	1.92	.155	.057
I5 Verständnis	2.21	1.02	2.61	0.66	2.58	0.71	6.55	**.003**[a]	.170
I6 Partnerschafts-Belastung	1.27	1.13	1.12	1.11	0.91	1.01	2.31	.107	.067
I7 Partnerschafts-Stärkung	1.91	0.77	2.58	0.75	2.03	0.95	15.66	**.000**[a]	.329
$PQ_{(A)}$	1.90	0.66	2.23	0.53	2.14	0.59	14.46	**.000**[a]	.311

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*.

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
F Test-Wert der einfaktoriellen ANOVA (Freiheitsgrade: ***df*** = 2,31)
p Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant
η² Partielles Eta² als Schätzer der Effektgröße (≥ .01 = klein, ≥ .06 = mittel, ≥ **.14** = groß)
Paarweise Vergleiche mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni* (Mittlere Differenz der geschätzten Randmittel auf dem Niveau .05 signifikant): ***I1***: t1 vs. t2/t1 und t3/t2 vs. t3 ($p <$ **.05**); ***I2***: ($p > .10$); ***I3***: t1 vs. t2 ($p <$ **.01**); ***I4***: ($p > .10$); ***I5***: t1 vs. t2 ($p <$ **.01**), t1 vs. t3 ($p <$ **.05**); ***I6***: ($p > .10$); ***I7***: t1 vs. t2 ($p <$ **.001**), t1 vs. t3 ($p > .10$), t2 vs. t3 ($p <$ **.01**); ***PQ***: t1 vs. t2 ($p <$ **.001**), t1 vs. t3 ($p <$ **.01**), t2 vs. t3 ($p > .10$)

Im Vergleich der drei Messzeitpunkte lassen sich für die *Partnerschaftsqualität* der Patientinnen (**A**) signifikante Unterschiede (vgl. **Abb.** 15), i.S. eines oft großen ($\eta^2 > .14$) ***Zeit-Effektes***, nachweisen. Paarweise Mittelwertsvergleiche decken auf, dass die **PQ** zu Reha-Beginn (**t1**) signifikant am geringsten, nach drei-wöchiger Reha (**t2**) am größten und vier Wochen nach Abschluss (**t3**) wieder etwas geringer eingeschätzt wird - bei stabilen positiven Effekten von **t2** und **t3** ggü. **t1** (**$PQ_{(A)}$**: t1<t2>t3>t1; $p < .001$ resp. $< .01$ resp. $p > .10$) (vgl. Anhang **Tab.** 18). [***Items.*** Signifikante große Effekte ($\eta^2 > .14$) gibt es für *Zufriedenheit* und *Verständnis* ($p < .01$) sowie *Unterstützung* und *Partnerschafts-Stärkung* ($p < .001$). Paarweise Mittelwertsvergleiche belegen höhere Ausprägungen bei *Zufriedenheit*, *Unterstützung*, *Verständnis* und *Partnerschafts-Stärkung* zu **t2** und **t3** ggü. **t1** (t1<t2>t3>t1; $p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$). *Kommunikations-Probleme*, *Persönliche* sowie *Partnerschafts-Belastung* ($p > .10$).]



Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*. T = Standardfehler des Mittelwertes. Einfakt. ANOVA und paarweise t-Tests mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni*. Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): *** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$ ([a] nach Adjustierung signifikant).

Abbildung 15. Veränderung der Items und Gesamtskala zur Partnerschaftsqualität (PQ) im Selbstbild (A) der Patientin ($n = 33$) vom Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) bis vier Wochen nach Abschluss (t3).

Tabelle 19

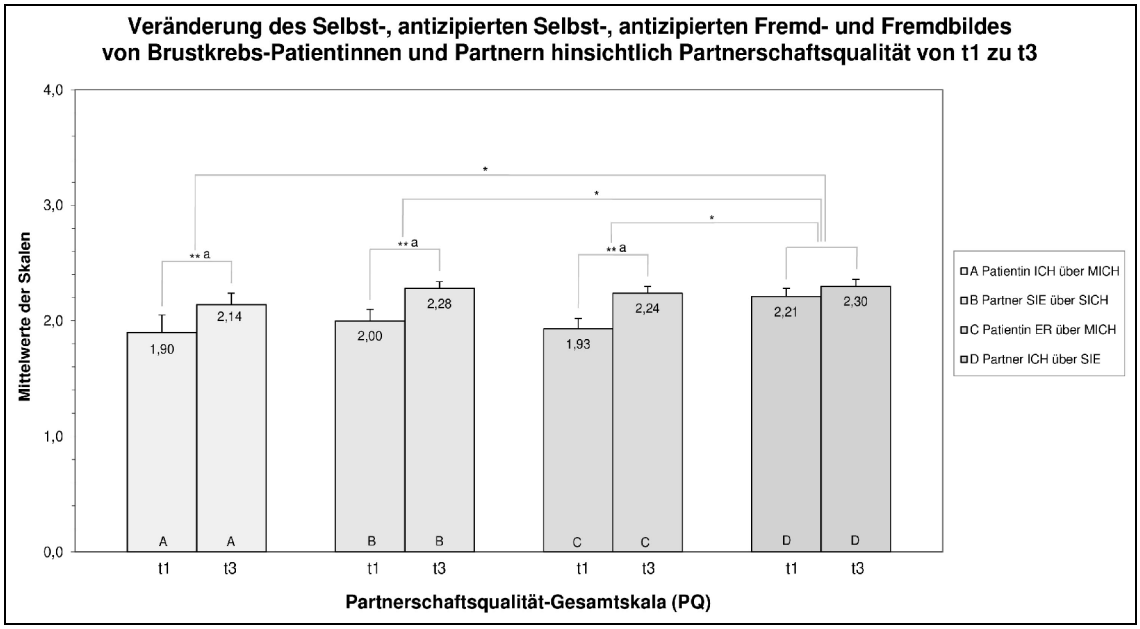
Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33) mit dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)t1/t3}$) und Standardabweichungen (SD) der Gesamtskalen der PQ sowie Ergebnisse der Varianzanalysen.

					Maße des Signifikanztests								
	Vergleichsmaße				**Haupteffekt Gruppe**			**Haupteffekt Zeitpunkt**			**Interaktions-effekt**		
PQ	**$M_{(t1)}$**	**SD**	**$M_{(t3)}$**	**SD**	**F**	**p**	**η^2**	**F**	**p**	**η^2**	**F**	**p**	**η^2**
$PQ_{(A)}$	1.90	0.66	2.14	0.59	4.01	**.049**	.106	17.50	**.000[a]**	.353	0.32	.577	.010
$PQ_{(B)}$	2.00	0.58	2.28	0.37									
$PQ_{(A)}$	1.90	0.66	2.14	0.59	0.74	.397	.023	16.57	**.000[a]**	.341	0.60	.445	.018
$PQ_{(C)}$	1.93	0.51	2.24	0.36									
$PQ_{(A)}$	1.90	0.66	2.14	0.59	10.37	**.003[a]**	.245	11.74	**.002[a]**	.268	4.20	**.049**	.108
$PQ_{(D)}$	2.21	0.39	2.30	0.34									
$PQ_{(B)}$	2.00	0.58	2.28	0.37	0.84	.365	.026	14.98	**.001[a]**	.319	0.03	.857	.001
$PQ_{(C)}$	1.93	0.51	2.24	0.36									
$PQ_{(B)}$	2.00	0.58	2.28	0.37	5.20	**.029**	.140	10.53	**.003[a]**	.248	4.22	**.048**	.116
$PQ_{(D)}$	2.21	0.39	2.30	0.34									
$PQ_{(C)}$	1.93	0.51	2.24	0.36	15.44	**.000[a]**	.325	10.11	**.003[a]**	.240	5.18	**.030**	.139
$PQ_{(D)}$	2.21	0.39	2.30	0.34									

Fortsetzung Tabelle 19
Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*.
n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
F Test-Wert der zweifaktoriellen ANOVA mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni* (Freiheitsgrade: ***df*** = 1,32)
p Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant
η² Partielles Eta² als Schätzer der Effektgröße (≥ .01 = klein, ≥ .06 = mittel, ≥ **.14** = groß)

Für die *Partnerschaftsqualität* (vgl. **Abb.** 16) zeigt sich ein signifikanter, mittlerer bis meist großer ($\eta^2 > .06$ resp. $> .14$) ***Haupteffekt*** des ***Gruppenfaktors***. Die **PQ** zu Reha-Beginn (**t1**) und vier Wochen nach Abschluss (**t3**) wird in den Urteilen der Patientinnen (**A**, **C**) grundsätzlich geringer eingeschätzt als in denen der Partner (**B**, **D**) - am geringsten bei den Patientinnen (**A**) und am höchsten bei den Partnern selbst (**D**) ($\mathbf{PQ_{(A<C<B<D)t1/t3}}$: $p_{(C<D)t1/t3} < .001$; $p_{(A<D)t1/t3} < .01$; $p_{(A<B/B<D)t1/t3} < .05$). [***Items.*** Signifikante mittlere Effekte ($\eta^2 > .06$) gibt es für *Zufriedenheit* ($_{(C<D)}$) und *Kommunikations-Probleme* ($_{(C>A/C>B/C>D)}$) ($p < .05$) sowie große Effekte ($\eta^2 > .14$) für *Partnerschafts-Stärkung* ($_{(D>A/D>B/D>C)}$) und *-Belastung-* ($p_{(D<A/D<B)} < .01$ resp. $< .05$) sowie *Persönliche Belastung* ($p_{(A>B/A>C/A>D)} < .001$). $\mathbf{PQ_{(AvsC/BvsC)t1/t3}}$ sowie *Unterstützung* und *Verständnis* ($p > .10$) (vgl. **Tab.** D-35).] Der signifikante, große ($\eta^2 > .14$) ***Haupteffekt*** des ***Zeitpunktes*** belegt, dass die **PQ** von Patientinnen (**A**, **C**) und Partnern (**B**, **D**) zu **t3** höher bewertet wird als zu **t1** ($\mathbf{PQ_{(A,B/A,C/A,D/B,C/B,D/C,D)t1<t3}}$: $p < .001$ resp. $< .01$) - wobei in paarweisen Mittelwertsvergleichen deutlich wird, dass sich nur die **PQ** von bzw. über die Patientinnen von **t1** zu **t3** verbessert ($\mathbf{PQ_{(A/B/C)}}$: $p < .001$), die der Partner nicht ($\mathbf{PQ_{(D)}}$: $p > .10$; vgl. **Tab.** D-36). [***Items.*** Signifikante mittlere bis meist große Effekte ($\eta^2 > .06$ resp. $> .14$) gibt es für *Kommunikations-Probleme* ($_{(A,B/A,C/B,C)t1>t3}$), *Unterstützung* ($_{(A,B)t1<t3}$), *Persönliche Belastung* ($_{(A,B/A,C/A,D/B,C/\ B,D/C,D)t1>t3}$), *Verständnis* ($_{(A,B/A,C/A,D/B,C)t1<t3}$) sowie *Partnerschafts-Belastung* ($_{(A,C)t1>t3}$) und *-Stärkung* ($_{(A,C/B,C/C,D)t1<t3}$) ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$). *Zufriedenheit* ($p > .10$) (vgl. **Tab.** D-35).] Darüber hinaus zeigt der selten signifikante, aber mittlere ($\eta^2 > .06$) ***Interaktionseffekt*** an, dass sich die **PQ** von bzw. über die Patientinnen (**A**, **B**, **C**) von **t1** zu **t3** auch stets stärker verändern als die der Partner (**D**) ($\mathbf{PQ_{(A>D/B>D/C>D)t3\text{-}t1}}$: $p < .05$) - am meisten die gegenseitigen Annahmen (**B**, **C**). [***Items.*** Signifikante mittlere Effekte ($\eta^2 > .06$) gibt es nur für *Partnerschafts-Stärkung* ($_{(A<C)t3\text{-}t1}$) und große Effekte ($\eta^2 > .14$) nur für *Persönliche Belastung* ($_{(A<B/A<C/B>D/C>D)t3\text{-}t1}$) ($p < .01$ resp. $< .05$). $\mathbf{PQ_{(AvsB/AvsC/BvsC)t3\text{-}t1}}$ sowie *Zufriedenheit*, *Unterstützung*, *Verständnis* und *Partnerschafts-Belastung* ($p > .10$) (vgl. **Tab.** D-35).]

Je stärker sich dabei die **PQ** der Patientinnen (**A**) bzw. die Annahme der Partner hierüber (**B**) von **t1** zu **t3** verändern, desto stärker verändert sich auch die Annahme der Frauen über die **PQ** der Männer (**C**) ($r_{(BxC)t3\text{-}t1} = .445$, $p < .01$; $r_{(AxC)t3\text{-}t1} = .406$, $p < .05$) - unabhängig von der eigenen $\mathbf{PQ_{(D)}}$ der Männer. [$\mathbf{PQ_{(AxB/AxD/BxD/CxD)t3\text{-}t1}}$ ($p > .10$) (vgl. **Tab.** D-37).]



Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*. T = Standardfehler des Mittelwertes. Zweifakt. ANOVA und paarweise t-Tests mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni*. Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): ** = $p < .01$, * = $p < .05$ ([a] nach Adjustierung signifikant).

Abbildung 16. Veränderung der Items und Gesamtskala zur Partnerschaftsqualität (PQ) im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3).

Tabelle 20

Vergleich der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst-(B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd-(C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) mit den Differenzen vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)t1/t3}$ -$M_{(B/C/D)t1/t3}$), Standardabweichungen (SD) und Differenz der Mittelwertsdifferenzen ($Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$) der Gesamtskalen der PQ sowie Ergebnisse der t-Tests.

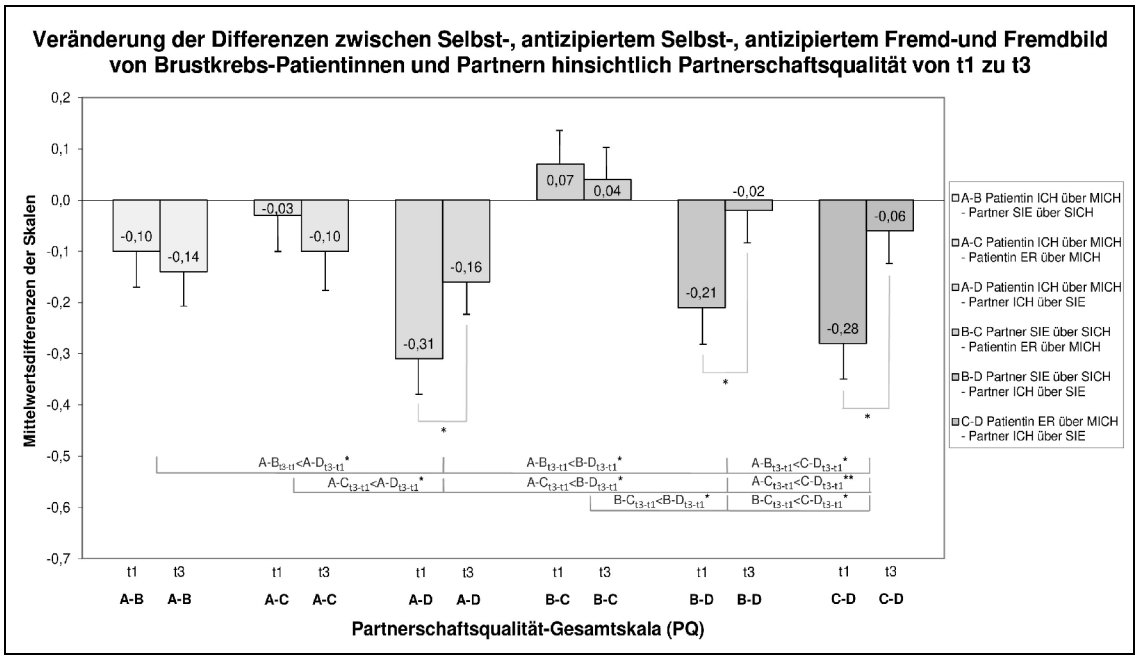
	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
	t1		t3				
PQ	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.10	0.50	-0.14	0.39	0.04	0.56	.577
	$M_{(A)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(C)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.03	0.39	-0.10	0.56	0.07	0.77	.445
	$M_{(A)}$-$M_{(D)}$	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.31	0.50	-0.16	0.46	-0.15	-2.00	**.049**
	$M_{(B)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(C)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
PQ	0.07	0.46	0.04	0.44	-0.03	-0.18	.857
	$M_{(B)}$-$M_{(D)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.21	0.41	-0.02	0.40	-0.19	-2.06	**.047**
	$M_{(C)}$-$M_{(D)}$	**SD**	**$M_{(C)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
PQ	-0.28	0.41	-0.06	0.33	-0.22	-2.28	**.030**

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung* und *-Stärkung*.

Fortsetzung Tabelle 20
n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: ***df*** = 32)
p Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$).

Bei den Urteils-Differenzen unterscheiden sich nur jene unter Einbezug der $\mathbf{PQ_{(D)}}$ der Partner zu **t1** signifikant von denen zu **t3** (vgl. **Abb.** 17) - also zwischen Selbst-, antizipiertem Selbst-/Fremd und Fremdbild ($\mathbf{PQ_{(A\text{-}D/B\text{-}D/C\text{-}D)t1>t3}}$: $p < .05$). Das spricht für geringere Fehlurteile zu **t3** ggü. **t1** durch eine Annäherung der Paar-Urteile an die (hohe) $\mathbf{PQ_{(D)}}$ der Partner. [$\mathbf{PQ_{(A\text{-}B/A\text{-}C/B\text{-}C)t1vst3}}$ ($p > .10$).] Ergänzende paarweise Vergleiche (vgl. **Tab.** D-38) belegen, dass sich o.g. Fehlurteile auch am stärksten verändern ($\mathbf{PQ_{(A\text{-}D>A\text{-}B)t3\text{-}t1}}$: $t_{(32)} = -2.15$; $\mathbf{PQ_{(A\text{-}D>A\text{-}C)t3\text{-}t1}}$: $t_{(32)} = -2.28$; $\mathbf{PQ_{(B\text{-}D>A\text{-}B)t3\text{-}t1}}$: $t_{(32)} = -2.32$; $\mathbf{PQ_{(B\text{-}D>A\text{-}C)t3\text{-}t1}}$: $t_{(32)} = -2.66$; $\mathbf{PQ_{(B\text{-}D>B\text{-}C)t3\text{-}t1}}$: $t_{(32)} = -2.09$; $\mathbf{PQ_{(C\text{-}D>A\text{-}B)t3\text{-}t1}}$: $t_{(32)} = -2.66$, $\mathbf{PQ_{(C\text{-}D>A\text{-}C)t3\text{-}t1}}$: $t_{(32)} = -2.79$; $\mathbf{PQ_{(C\text{-}D>B\text{-}C)t3\text{-}t1}}$: $t_{(32)} = -2.25$; $p < .01$ resp. $< .05$) [$\mathbf{PQ_{(A\text{-}BvsA\text{-}C/B\text{-}C)/(A\text{-}CvsB\text{-}C)/(B\text{-}DvsC\text{-}D)t3\text{-}t1}}$ ($p > .10$).].

Je größer dabei die Urteils-Differenzen jeweils zur $\mathbf{PQ_{(A)}}$ der Patientinnen zu **t1** sind, desto größer sind diese auch zu **t3** ($r_{(A\text{-}C)t1xt3} = .455$, $r_{(A\text{-}D)t1xt3} = .504$, $p < .01$; $r_{(A\text{-}B)t1xt3} = .351$, $p < .05$) - die Fehlurteile beider Zeitpunkte hängen also nur unter Berücksichtigung des Selbstbildes zusammen (vgl. **Tab.** D-39). [$\mathbf{PQ_{(B\text{-}C/B\text{-}D/C\text{-}D)}}$ ($p > .10$).]



Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*. T = Standardfehler der Mittelwertsdifferenz. t-Tests bei gepaarten Stichproben. Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): ** = $p < .01$, * = $p < .05$.

Abbildung 17. Partnerschaftsqualität-Gesamtskala (PQ) in der veränderten Differenz zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin ($n = 33$), dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners ($n = 33$) vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3).

3.1.3.3 Zusammenhang zwischen Partnerschaftsqualität und Befindlichkeit sowie Körperbild im Selbst- (A), antizipierten Selbst- (B), antizipierten Fremd- (C) und Fremdbild (D) von Patientin und Partner sowie deren Urteils-Differenzen - zu t1 und Veränderungen von t1 zu t3 ($H3^c$)

Partnerschaftsqualität und Befindlichkeit. In **Tabelle** 21 sind die signifikanten Zusammenhänge zwischen den Mittelwerten der Gesamtskalen der *PQ* (**A**, **B**, **C**, **D**) und *BSKE*/*DT* (**A**, **B**) der Patientinnen und Partner zu Beginn (**t1**) sowie zur Prüfung der Reha-Effekte zwischen den Mittelwertsveränderungen vom Reha-Beginn (**t1**) bis vier Wochen nach Abschluss (**t3**) abgebildet, in **Tab.** D-40 dazu die nicht-signifikanten Ergebnisse sowie ergänzenden Korrelationen für die Mittelwertsdifferenzen (**A-B**, **A-C**, **A-D**, **B-C**, **B-D**).

Tabelle 21

Signifikante Zusammenhänge zwischen der Partnerschaftsqualität und der Befindlichkeit im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) sowie zwischen den Veränderungen vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)}$) der Gesamtskalen von PQ mit BSKE und DT sowie für deren absolute Mittelwertsdifferenzen ($M_{(t3)}$-$M_{(t1)}$).

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests					
	Positive Affektivität		**Negative Affektivität**		**Globale Stressbelastung**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
PQ			**BSKE/DT - A_{t1}**			
$PQ_{(A)t1}$	.339	**.049**	-.349	**.043**	-.418	**.015**
$PQ_{(B)t1}$	.229	.199	-.267	.133	-.345	**.049**
			BSKE/DT - B_{t1}			
$PQ_{(A)t1}$	.351	**.045**	-.354	**.043**	-.368	**.035**
$PQ_{(B)t1}$	.270	.129	-.258	.148	-.365	**.037**
			BSKE/DT - $A_{t3\text{-}t1}$[a]			
$PQ_{(A)t3\text{-}t1}$	.262	.155	-.520	**.003**	-.424	**.017**
$PQ_{(C)t3\text{-}t1}$	.396	**.027**	-.161	.404	-.401	**.025**
$PQ_{(D)t3\text{-}t1}$	.389	**.031**	-.174	.349	-.184	.323
			BSKE/DT - $B_{t3\text{-}t1}$[a]			
$PQ_{(A)t3\text{-}t1}$	.166	.373	-.430	**.016**	-.352	**.049**
$PQ_{(C)t3\text{-}t1}$	.360	**.046**	-.135	.468	-.421	**.018**
$PQ_{(D)t3\text{-}t1}$	.534	**.002**	-.291	.129	-.155	.405

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit, Kommunikations-Probleme, Unterstützung, Persönliche Belastung, Verständnis, Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*. BSKE-Gesamtskala (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

r (Partielle) Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)

p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] auch unter Kontrolle der Ausgangswerte signifikant

Für den Zusammenhang zwischen *Partnerschaftsqualität* und *Befindlichkeit* zu Reha-Beginn (**t1**) zeigt sich, je höher die Patientinnen (**A**) und ihre Partner (**B**) die **PQ** der Frauen einschätzen, desto signifikant höher schätzen beide auch die *PA* und desto geringer die *NA* bzw. *GS* der Frauen ein (**$PQ_{(A/B)}$xBF$_{(A/B)}$**: $p_{(PA/NA/GS)} < .05$) [**$PQ_{(C/D)}$xBF$_{(A/B)}$** ($p > .10$) (vgl. **Tab.** D-40).]. Die Urteils-Differenzen bzgl. der **$PQ_{(A-B/A-C/A-D/B-C/B-D/C-D)}$** stehen hingegen nicht mit der Differenz bzgl. der **$BF_{(A-B)}$** zu **t1** in Zusammenhang ($p_{(PA/NA/GS)} > .10$) - die jeweiligen Fehlurteile sind also unabhängig (vgl. **Tab.** D-40). [Gleichsinnige Zusammenhänge müssen für die Urteile und -Differenzen vier Wochen nach Reha-Abschluss (t3) sowie zwischen t1 und t3 angenommen werden (ungeprüft).]

Je mehr sich die **PQ** aus Sicht der Patientinnen (**A**) und Partner (**D**) sowie in der Annahme der Frauen über ihre Partner (**C**) von **t1** zu **t3** verändern, desto stärker verändern sich auch die *PA* bzw. desto weniger die *NA* und *GS* im Selbst- (**A**) und antizipierten Selbstbild (**B**) (**$PQ_{(A/C/D)t3-t1}$xBF$_{(A/B)t3-t1}$**: $p_{(PA/NA/GS)} < .01$ resp. $< .05$) [**$PQ_{(B)}$xBF** ($p > .10$) (vgl. **Tab.** D-40.]

Partnerschaftsqualität und Körperbild. In **Tabelle** 22 sind die signifikanten Zusammenhänge zwischen den Mittelwerten der Gesamtskalen der *PQ* und des *BIBCQ* der Patientinnen und Partner (**A**, **B**, **C**, **D**) zu Beginn (**t1**) sowie zur Prüfung der Reha-Effekte zwischen den Mittelwertsveränderungen vom Reha-Beginn (**t1**) bis vier Wochen nach Abschluss (**t3**) abgebildet, in **Tab.** D-41 dazu die nicht-signifikanten Ergebnisse sowie ergänzenden Korrelationen für die Mittelwertsdifferenzen (**A-B**, **A-C**, **A-D**, **B-C**, **B-D**).

Tabelle 22

Signifikante Zusammenhänge zwischen der Partnerschaftsqualität und dem negativen Körperbild im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners (bzw. deren Differenzen) zu Reha-Beginn (t1) sowie zwischen den Veränderungen vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)}$) der Gesamtskalen von PQ mit BIBCQ sowie für deren absolute Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)t1}$-$M_{(B/C/D)t1}$ resp. $M_{(t3)}$-$M_{(t1)}$).

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests					
	Körperbild$_{(Ges)}$		**Körperbild$_{(Brust)}$**		**Körperbild$_{(Mast)}$**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
PQ_{t1}	**BIBCQ - A_{t1}**					
$PQ_{(A)t1}$	-.286	.105	-.026	.914	-.607	**.028**
$PQ_{(B)t1}$	-.203	.257	-.324	.164	-.718	**.006**
$PQ_{(C)t1}$	-.173	.335	-.170	.476	-.575	**.044**
$PQ_{(D)t1}$	-.002	.992	-.326	.163	-.559	**.049**

Fortsetzung Tabelle 22

	BIBCQ - B_{t1}					
$PQ_{(A)t1}$	-.590	**.000**	-.483	**.039**	-.733	**.004**
$PQ_{(B)t1}$	-.678	**.000**	-.510	**.022**	-.922	**.000**
$PQ_{(C)t1}$	-.519	**.002**	-.442	**.049**	-.651	**.016**
$PQ_{(D)t1}$	-.485	**.004**	-.451	**.045**	-.801	**.001**
	BIBCQ - C_{t1}					
$PQ_{(A)t1}$	-.246	.146	-.099	.679	-.738	**.004**
$PQ_{(B)t1}$	-.255	.153	-.153	.520	-.857	**.000**
$PQ_{(C)t1}$	-.286	.103	-.102	.670	-.695	**.008**
$PQ_{(D)t1}$	-.043	.812	-.167	.482	-.591	**.033**
	BIBCQ - D_{t1}					
$PQ_{(A)t1}$	-.369	**.034**	-.298	.203	-.562	**.046**
$PQ_{(B)t1}$	-.460	**.007**	-.339	.144	-.748	**.003**
$PQ_{(C)t1}$	-.389	**.025**	-.371	.107	-.628	**.022**
$PQ_{(D)t1}$	-.544	**.001**	-.328	.161	-.823	**.001**
	BIBCQ - B-D_{t1}					
$PQ_{(A-D)t1}$	-.446	**.009**	-.358	.122	-.387	.191
$PQ_{(B-D)t1}$	-.375	**.031**	-.342	.140	-.423	.150
PQ_{t3-t1}	**BIBCQ - A_{t3-t1}[a]**					
$PQ_{(A)t3-t1}$	-.353	**.049**	-.280	.294	-.710	**.014**
	BIBCQ - B_{t3-t1}[a]					
$PQ_{(A)t3-t1}$	-.201	.278	-.354	.179	-.882	**.000**
$PQ_{(B)t3-t1}$	-.020	.914	-.315	.233	-.610	**.049**
$PQ_{(C)t3-t1}$	-.217	.242	-.318	.229	-.661	**.033**
$PQ_{(D)t3-t1}$	-.077	.680	-.255	.340	-.681	**.021**
	BIBCQ - C_{t3-t1}[a]					
$PQ_{(A)t3-t1}$	-.391	**.030**	-.385	.141	-.621	**.042**
$PQ_{(B)t3-t1}$	-.180	.332	-.010	.969	-.614	**.044**
$PQ_{(C)t3-t1}$	-.300	.101	-.327	.216	-.706	**.015**
$PQ_{(D)t3-t1}$	-.270	.142	-.216	.421	-.818	**.002**

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität*, *Stigmatisierung*, *Einschränkungen*, *Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r (Partielle) Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] auch unter Kontrolle der Ausgangswerte signifikant

Für den Zusammenhang zwischen *Partnerschaftsqualität* und *negativem Körperbild* zu Beginn (**t1**) zeigt sich v.a. nach Mastektomie, je höher die Patientinnen (**A**, **C**) und Partner (**B**, **D**) ihre eigene **PQ** sowie die des anderen einschätzen, desto signifikant weniger *negativ* ist das **KB** im Selbstbild die Frauen (**A**) bzw. in der diesbzgl. Annahme der Partner (**B**) und desto weniger negativ erwarten die Frauen von ihren Partnern beurteilt zu werden (**C**) bzw. urteilen die Partner (**D**) über den weiblichen Körper (**$PQ_{(A/B/C/D)}$x $KB_{(A/C)}$**(Mast)/**$PQ_{(A/B/C/D)}$x$KB_{(B)}$**(Ges/Brust/Mast)/**$PQ_{(A/B/C/D)}$x$KB_{(D)}$**(Ges/Mast): $p < .001$ resp. $< .01$

resp. < .05). [**PQxKB**$_{\text{(A/C)(Ges)}}$/**PQxKB**$_{\text{(A/C/D)(Brust)}}$ (p > .10) (vgl. **Tab.** D-41).] Hingegen stehen die Urteils-Differenzen zu **t1** bzgl. der **PQ** nur dann mit denen bzgl. des **KB** in Zusammenhang, wenn mit der (höchsten) **PQ$_{\text{(D)}}$** der Partner verglichen wird - je mehr sich dabei die **PQ** der Patientinnen (**A**) sowie die diesbzgl. Annahme der Partner (**B**) von der **PQ** der Partner (**D**) unterscheiden, desto mehr unterscheiden sich auch das antizipierte Selbst- und Fremdbild der Partner bzgl. des *negativen* **KB**$_{\text{(Gesamt)}}$ der Frauen (**PQ$_{\text{(A-D/B-D)}}$ xKB$_{\text{(B-D)(Ges)}}$**: p < .01 resp. < .05) - die Fehlurteile in **PQ** und **KB** korrelieren also nur in Abhängigkeit von der **PQ$_{\text{(D)}}$** der Partner [**PQ**$_{\text{(A-B/A-C/B-C/C-D)}}$x**KB** ($p$ > .10) (vgl. **Tab.** D-41).]. [Gleichsinnige Zusammenhänge müssen für die Urteile und -Differenzen vier Wochen nach Reha-Abschluss (t3) sowie zwischen t1 und t3 angenommen werden (ungeprüft).]

Je mehr sich die **PQ** der Patientinnen (**A**, **C**) und Partner (**B**, **D**) sowie die diesbzgl. gegenseitigen Annahmen von **t1** zu **t3** verändern, desto weniger verändert sich erneut besonders nach *Mastektomie* das *negative* **KB** in dem durch die Partner antizipierten Selbst- (**B**) und dem durch die Patientinnen antizipierten Fremdbild (**C**) (**PQ$_{\text{(A/B/C/D)t3-t1}}$x KB$_{\text{(B/C)t3-t1}}$**: $p_{\text{(Mast)}}$ < .001 resp. < .01 resp. < .05). Bei stark veränderter **PQ** der Patientinnen (**A**) verändert sich zudem das *negative* **KB**$_{\text{(Gesamt/Mastektomie)}}$ im Selbst- (**A**) und antizipierten Fremdbild (**C**) der Patientinnen weniger (**PQ$_{\text{(A)t3-t1}}$xKB$_{\text{(A/C)t3-t1}}$**: p < .05) [**PQxKB**$_{\text{(A/D)t3-t1}}$ (p > .10) (vgl. **Tab.** D-41).].

3.2. Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Fragestellungen

Unter Berücksichtigung von Signifikanz und Hypothesen-Konformität werden die Ergebnisse der **Kapitel** 3.1.1 bis 3.1.3 für die Fragen zur *Befindlichkeit* (**BF**: *Positive Affektivität/PA, Negative Affektivität/NA, Globale Stressbelastung/GS*) und zum *negativen Körperbild* (**KB**; + *Bedeutsamkeit des Körperbildes/**BedKB***) sowie zur *Partnerschaftsqualität* (**PQ**) im *Selbstbild* der Brustkrebs-Patientinnen (**A** ICH über MICH), dem durch ihre Partner *antizipierten Selbst-* (**B** SIE über SICH), dem durch die Patientinnen *antizipierten Fremd-* (**C** ER über MICH) und dem *Fremdbild* der Partner (**D** ICH über SIE) zusammengefasst. Dies erfolgt intraindividuell für die Patientinnen ($n = 33$; u.a. im Vergleich zur Reha-Gesamtstichprobe, $N = 130$, Schöne, 2010) (**H1^{a}**, **H2^{a}**, **H3^{b}**), als auch interindividuell für die Patientinnen und Partner ($n = 33$) (**H1^{b}**, **H2^{b}**, **H3$^{a/b}$**) - ergänzt durch die Ergebnisse zum Einfluss einer stationären Rehabilitation der Patientinnen (**H2^{b}**, **H3^{b}**) sowie zum Zusammenhang zwischen **BF** und **KB** (**H1^{c}**, **H2^{c}**) bzw. **PQ** und **BF/KB** (**H3^{c}**). Wesentliches wird in Tabellen (vgl. **Tab.** 23 bis 25) und einem *Vier-Felder-Schema* (vgl. **Abb.** 18 bis 20) veranschaulicht.

3.2.1 Zusammenfassung für Fragestellung 1 (F1; H1^{a-c})

Es folgen die Ergebnisse des **Kapitels** 3.1.1 (vgl. **Kap.** 1.3.3.1) für die Fragen zur **BF** und zum **KB** von Brustkrebs-Patientinnen im Selbst- (**A**), antizipierten Selbst- (**B**), antizipierten Fremd- (**C**) und Fremdbild (**D**) zu Reha-Beginn (**t1**) (vgl. **Tab.** 23; **Abb.** 18).

Tabelle 23
*Zusammenfassung der Ergebnisse zu Befindlichkeit und negativem Körperbild im Selbstbild der Patientin (n = 33) und diesbzgl. Repräsentativität zur Gesamtstichprobe (N = 130; Schöne, 2010) (**H1^{a}**), zum Vergleich bzw. Zusammenhang des Selbstbildes (A) der Patientin, des durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners (**H1^{b}**) sowie zum Zusammenhang von Befindlichkeit und negativem Körperbild (A,B,C,D) (**H1^{c}**) zu Reha-Beginn (t1) für die Gesamtskalen von BSKE, DT und/mit BIBCQ.*

	Ergebnisse zu Hypothese H1^{a} - Deskriptive Statistiken					
	BSKE/DT$_{t1}$			**BIBCQ$_{t1}$**		
Stichprobe	**PA**	**NA**	**GS**	**KB$_{(Ges)}$**	**KB$_{(Brust)}$**	**KB$_{(Mast)}$**
n	↑	↓	↑ü	↑ü	↑ü	↑ü
n vs N	≈ü	≈ü	≈ü	≈ü	≈ü	≈ü

Fortsetzung Tabelle 23

	Ergebnisse zu Hypothese H1[b] - Vergleiche und Korrelationen														
$BSKE/DT_{t1}$	**AvsB**								**AxB**						
PA	<***ü								+***ü						
NA	<***								+***ü						
GS	<***								+**ü						
$BIBCQ_{t1}$	**AvsB**		**AvsC**			**AvsD**			**BvsC**	**BvsD**			**CvsD**		
$KB_{(Ges)}$	>*ü		>***ü			>***ü			>**	>***ü			>*ü		
	AxB		**AxC**			**AxD**			**BxC**	**BxD**			**CxD**		
$KB_{(Ges)}$	+**ü		+***ü			+			+**ü	+**ü			+*ü		
			A-B vs					**A-C vs**				**A-D vs**			**B-C vs**	**B-D vs**
$BIBCQ_{t1}$	**A-C**	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**B-D**	**C-D**	**C-D**
$KB_{(Ges)}$	<*	<***ü	<	<*	<	<*ü	>	<	>*	>**ü	>	>***ü	<*	>	>*
			A-B x					**A-C x**				**A-D x**			**B-C x**	**B-D x**
	A-C	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**B-D**	**C-D**	**C-D**
$KB_{(Ges)}$	+*ü	+***ü	-***	+	+***ü	+*ü	-*	+	+	-*	+**ü	+***ü	-	-***	+*ü

	Ergebnisse zu Hypothese H1[c] - Korrelationen													
	$BSKE/DT_{t1}$ - PA Ax				**$BSKE/DT_{t1}$ - PA Bx**				**$BSKE/DT_{t1}$ - PA A-Bx**					
$BIBCQ_{t1}$	**A**	**B**	**C**	**D**	**A**	**B**	**C**	**D**	**A-B**	**A-C**	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**
$KB_{(Ges)}$	-**ü	-*ü	-	-	-**ü	-*ü	-	-	-	-	-	+	-	+
	$BSKE/DT_{t1}$ - NA Ax				**$BSKE/DT_{t1}$ - NA Bx**				**$BSKE/DT_{t1}$ - NA A-Bx**					
$KB_{(Ges)}$	+***ü	+	+*ü	+	+***ü	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	$BSKE/DT_{t1}$ - GS Ax				**$BSKE/DT_{t1}$ - GS Bx**				**$BSKE/DT_{t1}$ - GS A-Bx**					
$KB_{(Ges)}$	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) sowie *Negative Affektivität* (NA). DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS). BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB). Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der (Teil-/Gesamt-)Stichprobe
H Hypothese; **ü** = Ergebnis hypothesen-konform
↑/↓/≈ Ausprägung: hoch (↑)/niedrig (↓)/entspr.(≈); im deskriptiven Vergleich
</> Richtung des Vergleiches: kleiner (<)/größer (>); vgl. t-Tests bei gepaarten Stichproben
+/- Zusammenhang: positiv (+)/negativ (-); vgl. Korrelation nach *Pearson*
* Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): *** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$

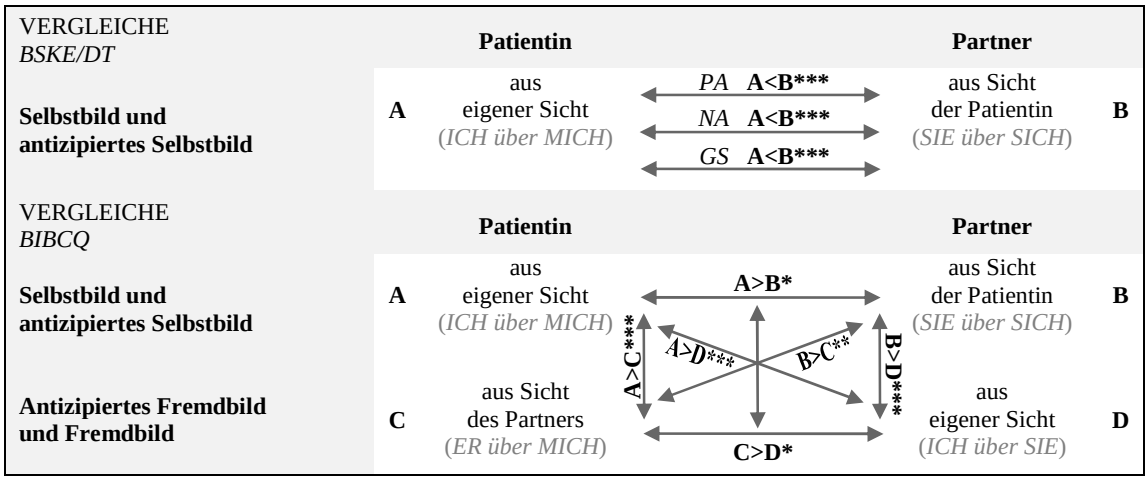
Für die Hypothese **H1[a]** (vgl. **Kap.** 3.1.1.1) zeigen die Ergebnisse zur **BF** im Selbstbild (**A**) der Patientinnen zu Reha-Beginn (**t1**) eine deutliche Behandlungsbedürftigkeit bei der *GS* auf [neg$\mathbf{BF_{(A)(GS)t1}}$↑], wenngleich die *PA* signifikant höher angegeben wird als die *NA* ($p < .05$) [pos>neg$\mathbf{BF_{(A)t1}}$]. Auch wird die ***BedKB*** allgemein hoch eingeschätzt [$\mathbf{\textit{BedKB}_{(A)t1}}$↑] und etwa die Hälfte der Patientinnen stimmen einem *negativen* $\mathbf{KB_{(Gesamt)}}$ "(eher) zu" [neg$\mathbf{KB_{(A)t1}}$↑]. [Brusterhaltende Therapie und Mastektomie äquivalent.] Diese Ergebnisse sprechen für eine gute Repräsentativität der an der Partner-Studie teilnehmenden Brustkrebs-Patientinnen im Vergleich zur Reha-Gesamtstichprobe (vgl. Schöne, 2010), welche selbige Befunde zu **t1** aufwies [neg$\mathbf{BF_{(GS)}}$/neg**KB**↑; pos>neg$\mathbf{BF_{t1}}$], auch bzgl. der *Reha-Motivation* (Gründe, Erfahrungen, Erwartungen) [$n_{(t1)}$ entspr. $N_{(t1)}$].

Für die Hypothese **H1^{b}** (vgl. **Kap.** 3.1.1.2) sind die Ergebnisse zur **BF** im Vergleich des Selbstbildes (**A**) und des durch den Partner antizipierten Selbstbildes (**B**) zu Reha-Beginn (**t1**) durchweg signifikant ($p < .001$), dabei überschätzen die Partner sowohl die *PA* als auch die *NA* und *GS* der Frauen [pos/neg**BF**$_{(A<B)t1}$]. Die korrelativen Zusammenhänge zu **t1** sind auch alle bedeutsam ($p < .001$ resp. $< .01$) - d.h. hohe **BF**-Urteile der Patientinnen gehen mit hohen diesbzgl. Annahmen der Partner einher [**BF**$_{(AxB)t1}$↑].

Für das *negative* **KB**$_{(Gesamt)}$ sind die Ergebnisse im Vergleich der Patientinnen- (**A**, **C**) und Partner-Urteile (**B**, **D**) zu **t1** alle signifikant ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$) - d.h. das **KB** im Selbstbild (**A**) ist immer am negativsten, gefolgt vom antizipierten Selbst- (**B**), antizipierten Fremd- (**C**) und Fremdbild (**D**) [**A>B>C>D**; neg**KB**$_{(A>B/A>C/A>D/B>C/B>D/C>D)t1}$] [Signifikanzen Brusterhaltende Therapie > Mastektomie.]. Dabei ist schon die ***BedKB*** der Patientinnen (♀) zu **t1** höher als die der Partner (♂) ($p < .01$) [***BedKB***$_{(♀>♂)t1}$], aber beide Urteile von einander unabhängig [***BedKB***$_{(♀x♂)t1}$: $p > .10$]. Die korrelativen Zusammenhänge im **KB** sind dafür meist bedeutsam ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$) - d.h. fast alle **KB**-Urteile/Annahmen gehen miteinander einher [neg**KB**$_{(AxBxCxD)t1}$↑], außer das Selbst- (**A**) und Fremdbild (**D**) [neg**KB**$_{(AxD)t1}$: $p > .10$] [Signifikanzen Mastektomie > Brusterhaltende Therapie.]. Im Vergleich der sechs Urteils-Differenzen zu **t1** ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$) zeigt sich, dass die Unterschiede in den persönlichen Urteilen von Patientinnen und Partnern zum weiblichen **KB** (**A-D**) ggü. allen anderen am stärksten sind [neg**KB**$_{(A-D)>(A-B/A-C/B-C/C-D)t1}$], aber das gegenseitige Einfühlungsvermögen bzgl. der Frauen- (**A-B**) vs. Männer-Sicht (**C-D**) nicht voneinander abweicht [neg**KB**$_{(A-B)≈(C-D)t1}$: $p > .10$] - nebenbefundlich ergeben sich bei letzteren sogar oftmals die geringsten Diskrepanzen [neg**KB**$_{(A-B/C-D)<(A-C/A-D/B-D)t1}$], aber ähnlich hohe Fehlurteile zwischen dem jeweils persönlichen Urteil und der Annahme über den anderen [neg**KB**$_{(A-C/B-D)>(A-B/B-C/C-D)t1}$] [Signifikanzen Brusterhaltende Therapie > Mastektomie.]. Fast alle Fehlurteile stehen in einem korrelativen Zusammenhang ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$) - je größer z.B. die Abweichungen im Einfühlungsvermögen der Partner (**A-B**) sind, desto größer sind diese auch bei den Patientinnen (**C-D**) [neg**KB**$_{(A-BxA-CxA-DxB-DxC-D)t1}$↑] [Signifikanzen Brusterhaltende Therapie ≈ Mastektomie.] - die gegenseitigen Annahmen bilden durch negative Korrelationen aber die Ausnahme [neg**KB**$_{(B-C)x(A-B/A-C/A-D/C-D)t1}$↓].

Für die Hypothese **H1^{c}** (vgl. **Kap.** 3.1.1.3) sind die Ergebnisse zu den korrelativen Zusammenhängen zwischen der **BF** und dem *negativen* **KB**$_{(Gesamt)}$ zwar selten signifikant ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$), dennoch korreliert die **BF** im Selbstbild (**A**) der Patientinnen bzw. in dem durch die Partner antizipierten Selbstbild (**B**) mit drei von vier

KB-Perspektiven (**A**, **B**, **C**), v.a. das jeweilige Selbst- (**A**), nicht aber das Fremdbild (**D**) [neg$\mathbf{KB}_{(D)t1}$: $p > .10$]. Demnach geht eine hohe *PA* mit einem weniger *negativen* **KB** [pos$\mathbf{BF}_{(A/B)t1}$xneg$\mathbf{KB}_{(A/B)t1}\downarrow$], eine hohe *NA* mit einem *negativeren* **KB** [neg$\mathbf{BF}_{(A/B)t1}$xneg$\mathbf{KB}_{(A/C)t1}\uparrow$] und die *GS* gar nicht mit dem **KB** einher [neg$\mathbf{BF}_{(GS)t1}$: $p > .10$] [Nur Signifikanzen Mastektomie.]. Die Zusammenhänge zwischen den Urteils-Differenzen von Patientinnen und Partnern bzgl. der **BF** (**A-B**) und denen bzgl. des *negativen* $\mathbf{KB}_{(Gesamt)}$ (**A-B**, **A-C**, **A-D**, **B-C**, **B-D**, **C-D**) sind nie signifikant, aber in der Tendenz gehen die Fehlurteile in der *PA* z.T., in der *NA* und *GS* immer wie erwartet mit größeren Fehlurteilen im *negativen* **KB** einher [pos/neg$\mathbf{BF}_{(A-B)t1}$xneg$\mathbf{KB}_{(A-B/A-C/A-D/B-C/B-D/C-D)t1}$: $p > .10$] [Keine Signifikanzen Brusterhaltende Therapie und Mastektomie.].



Anmerkung. ***A</>B*** = Er überschätzt ihre BF und unterschätzt ihr negatives KB. ***A>C*** = Ihr KB ist negativer als ihre Annahme über das Fremdurteil. ***A>D*** = Ihr KB ist negativer als sein Fremdurteil. ***B>C*** = Seine Annahme über ihr KB ist negativer als ihre Annahme über sein Fremdurteil. ***B>D*** = Seine Annahme über ihr KB ist negativer als sein Fremdurteil. ***C>D*** = Sie überschätzt sein negatives Fremdurteil. [***A-B≈C-D***: Die Paare können sich etwa gleich gut in das Selbst- bzw. Fremdurteil des jeweils anderen einfühlen.] (Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): *** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$)

Abbildung 18. Ergebnisse für die der Fragestellung F1 und den Hypothesen H1^{a-c} zugrunde liegenden vier Partner-Urteile und resultierenden sechs analytischen Vergleiche für die Befindlichkeits- (BSKE, DT) sowie negativen Körperbild$_{(Gesamt)}$-Gesamtskalen (BIBCQ) der Patientinnen (n = 33) und ihrer Partner (n = 33) zu Reha-Beginn (t1).

3.2.2 Zusammenfassung für Fragestellung 2 (F2, H2^{a-c})

Es folgen die Ergebnisse des **Kapitels** 3.1.2 (vgl. **Kap.** 1.3.3.2) zum Einfluss einer stationären Reha auf **BF** und **KB** von Brustkrebs-Patientinnen im Selbst- (**A**), antizipierten Selbst- (**B**), antizipierten Fremd- (**C**) und Fremdbild (**D**) vom Reha-Beginn (**t1**), resp. nach drei-wöchiger Reha (**t2**) bis vier Wochen nach Abschluss (**t3**) (vgl. **Tab.** 24; **Abb.** 19).

Tabelle 24

*Zusammenfassung der Ergebnisse zur Veränderung von Befindlichkeit und negativem Körperbild im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) und diesbzgl. Repräsentativität zur Gesamtstichprobe (N = 130; Schöne, 2010) (**H2^{a}**), zur Veränderung im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners (und deren Differenzen) (**H2^{b}**) sowie zum Zusammenhang der Veränderung von Befindlichkeit und negativem Körperbild (A,B,C,D) (**H2^{c}**) zu Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) für die Gesamtskalen von BSKE, DT und/mit BIBCQ.*

	Ergebnisse zu Hypothese H2^{a} - Vergleiche					
	BSKE/DT$_{t1/t2/t3}$			**BIBCQ$_{t1/t2/t3}$**		
Stichprobe	**PA**	**NA**	**GS**	**KB$_{(Ges)}$**	**KB$_{(Brust)}$**	**KB$_{(Mast)}$**
n	t1<t2>t3*** ü	t1>t2<t3*** ü	t1>t2<t3*** ü	t1>t2<t3*** ü	t1>t2<t3*** ü	t1>t2<t3*** ü
N	t1<t2>t3*** ü	t1>t2<t3*** ü	t1>t2<t3*** ü	t1>t2<t3*** ü	t1>t2<t3*** ü	t1>t2<t3*** ü

	Ergebnisse zu Hypothese H2^{b} - Vergleiche und Korrelationen					
	A$_{t1/t3}$vsB$_{t1/t3}$					
BSKE/DT$_{t1/t3}$	**G**	**Z**	**I**	**A$_{t3-t1}$xB$_{t3-t1}$**	**A-B$_{t1vst3}$**	**A-B$_{t1xt3}$**
PA	<*** ü	<*** ü	>** ü	+*** ü	>** ü	+** ü
NA	<*** ü	>*** ü	<**	+*** ü	>** ü	+* ü
GS	<*** ü	>*** ü	<*	+*** ü	>* ü	+** ü

	A$_{t1/t3}$vsB$_{t1/t3}$			**A$_{t1/t3}$vsC$_{t1/t3}$**			**A$_{t1/t3}$vsD$_{t1/t3}$**			**B$_{t1/t3}$vsC$_{t1/t3}$**			**B$_{t1/t3}$vsD$_{t1/t3}$**			**C$_{t1/t3}$vsD$_{t1/t3}$**		
BIBCQ$_{t1/t3}$	**G**	**Z**	**I**	**G**	**Z**	**I**	**G**	**Z**	**I**	**G**	**Z**	**I**	**G**	**Z**	**I**	**G**	**Z**	**I**
KB$_{(Ges)}$	> *** ü	> *** ü	> *** ü	> *** ü	> *** ü	> ** ü	> *** ü	> *** ü	> ** ü	> ** ü	> *** ü	<	> *** ü	> ** ü	<	> * ü	> *** ü	>

	A$_{t3-t1}$xB$_{t3-t1}$	**A$_{t3-t1}$xC$_{t3-t1}$**	**A$_{t3-t1}$xD$_{t3-t1}$**	**B$_{t3-t1}$xC$_{t3-t1}$**	**B$_{t3-t1}$xD$_{t3-t1}$**	**C$_{t3-t1}$xD$_{t3-t1}$**
KB$_{(Ges)}$	+	+** ü	+	+	+	+

	A-B$_{t1vst3}$	**A-C$_{t1vst3}$**	**A-D$_{t1vst3}$**	**B-C$_{t1vst3}$**	**B-D$_{t1vst3}$**	**C-D$_{t1vst3}$**
KB$_{(Ges)}$	>*** ü	>** ü	>** ü	<	<	>

	A-B$_{t1xt3}$	**A-C$_{t1xt3}$**	**A-D$_{t1xt3}$**	**B-C$_{t1xt3}$**	**B-D$_{t1xt3}$**	**C-D$_{t1xt3}$**
KB$_{(Ges)}$	+*** ü	+*** ü	+*** ü	+*** ü	+*** ü	+*** ü

	A-B$_{t3-t1}$ vs					**A-C$_{t3-t1}$ vs**				**A-D$_{t3-t1}$ vs**			**B-C$_{t3-t1}$ vs**		**B-D$_{t3-t1}$ vs**
	A-C	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**B-D**	**C-D**	**C-D**
BIBCQ$_{t3-t1}$	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1
KB$_{(Ges)}$	>	>	> *** ü	> ** ü	> * ü	<	> ** ü	> * ü	>	> ** ü	> ** ü	> * ü	>	<	<

Fortsetzung Tabelle 24

	Ergebnisse zu Hypothese H2[c] - Korrelationen													
	BSKE/DT$_{t3-t1}$ - PA Ax				**BSKE/DT$_{t3-t1}$ - PA Bx**				**BSKE/DT$_{t3-t1}$ - PA A-Bx**					
BIBCQ$_{t3-t1}$	**A**	**B**	**C**	**D**	**A**	**B**	**C**	**D**	**A-B**	**A-C**	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**
KB$_{(Ges)}$	-	-	+	+	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-
	BSKE/DT$_{t3-t1}$ - NA Ax				**BSKE/DT$_{t3-t1}$ - NA Bx**				**BSKE/DT$_{t3-t1}$ - NA A-Bx**					
KB$_{(Ges)}$	+* ü	+	-	-	+* ü	+	-	-	+** ü	+* ü	+** ü	+	+	+
	BSKE/DT$_{t3-t1}$ - GS Ax				**BSKE/DT$_{t3-t1}$ - GS Bx**				**BSKE/DT$_{t3-t1}$ - GS A-Bx**					
KB$_{(Ges)}$	+** ü	+	-	-	+* ü	+	-	-	+* ü	+* ü	+** ü	+	+	+

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) sowie *Negative Affektivität* (NA). DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS). BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB). Behandlungsspezifische **S**kalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n/N Anzahl der Personen in der (Teil-/Gesamt-)Stichprobe
H Hypothese; **ü** = Ergebnis hypothesen-konform
</> Richtung des Vergleiches: kleiner (<)/größer (>); vgl. ein- resp. zweifakt. ANOVA`s und t-Tests bei gepaarten Stichproben
+/- Zusammenhang: positiv (+)/negativ (-); vgl. Korrelation nach *Pearson*
G/Z/I Haupteffekte **G**ruppe, **Z**eit und **I**nteraktion; vgl. zweifakt. ANOVA`s
* Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): *** = $p < .001$; ** = $p < .01$; * = $p < .05$

Für die Hypothese **H2[a]** (vgl. **Kap.** 3.1.2.1) belegen die Ergebnisse zur **BF** im Selbstbild (**A**) der Patientinnen einen großen ***Zeit-Effekt*** ($\eta^2 > .14$, $p < .001$) mit einer signifikanten Steigerung der *PA* [pos**BF**$_{(A)t1<t2>t3>t1}$] sowie Verringerung der *NA* und *GS* [neg**BF**$_{(A)t1>t2<t3<t1}$] nach drei-wöchiger Reha (**t2**) und einem leichten Rückgang der Verbesserungen vier Wochen nach Abschluss (**t3**), aber stabilen Effekten ggü. dem Reha-Beginn (**t1**) ($p < .001$ resp. $< .01$). Dabei zeigt sich die *GS* zu **t2** und **t3** nicht mehr behandlungsbedürftig. Ebenfalls i.S. eines großen ***Zeit-Effektes*** verringern sich sowohl die ***BedKB*** sowie das *negative* **KB**$_{(Gesamt)}$ ($\eta^2 > .14$, $p < .001$) bedeutsam zu **t2** [***BedKB***$_{(♀)}$/neg**KB**$_{(A)t1>t2<t3<t1}$], mit leichtem Rückgang der Verbesserungen zu **t3**, aber stabilen Effekten ggü. **t1** ($p < .001$ resp. $< .01$) [Brusterhaltende Therapie und Mastektomie äquivalent.]. Diese Ergebnisse sprechen erneut für eine gute Repräsentativität der Patientinnen im Vergleich zur Reha-Gesamtstichprobe, welche selbige Befunde von **t1** zu **t2** und **t3** aufwies [neg**BF**/neg**KB**$_{t1>t2<t3<t1}$] (vgl. Schöne, 2010), auch bzgl. der ursprünglichen *Reha-Motivation* (Gründe, Erfahrungen, Erwartungen) [$n_{(t1vst2vst3)}$ entspr. $N_{(t1vst2vst3)}$].

Für die Hypothese **H2[b]** (vgl. **Kap.** 3.1.2.2) decken die Ergebnisse zur Veränderung der **BF** vom Reha-Beginn (**t1**) bis vier Wochen nach Abschluss (**t3**) signifikante, große ***Gruppen-*** und ***Zeit-Effekte*** ($\eta^2 > .14$) sowie mittlere bis große ***Interaktions-Effekte*** ($\eta^2 > .06$ resp. $> .14$) für das Selbstbild (**A**) der Patientinnen und das durch den Partner antizipierte Selbstbild (**B**) auf ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$). Demnach überschätzen die Männer

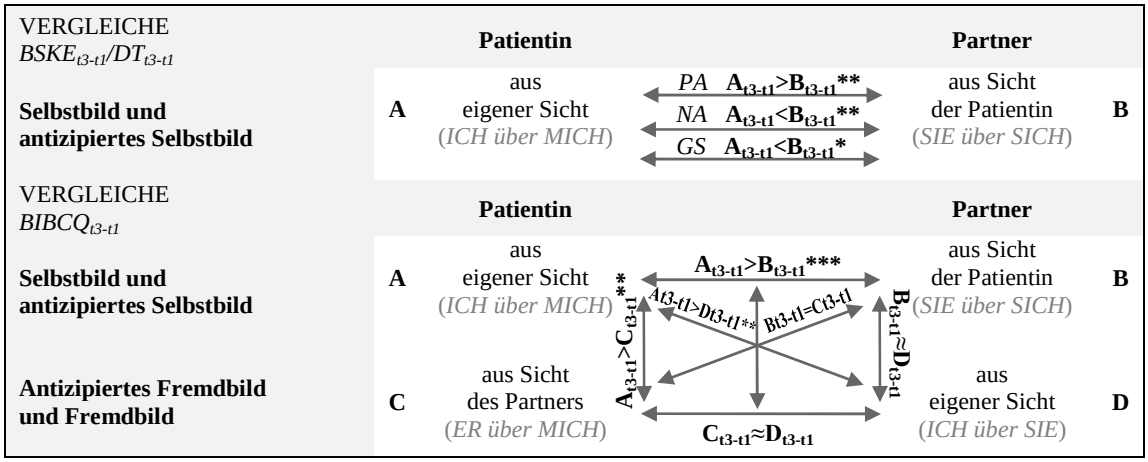
(**B**) zu **t1** und **t3** die *PA* sowie *NA* und *GS* der Frauen (**A**) [pos/neg$\mathbf{BF}_{(A<B)t1/t3}$], zudem sind alle Einschätzungen der **BF** (**A**, **B**) zu **t3** positiver als zu **t1** [pos$\mathbf{BF}_{(A/B)t1<t3}$/neg$\mathbf{BF}_{(A/B)t1>t3}$], wobei die Patientinnen (**A**) immer stärkere Verbesserungen von **t1** zu **t3** in der *PA* aufweisen [pos$\mathbf{BF}_{(A>B)t3\text{-}t1}$] und die Partner aus Frauen-Perspektive (**B**) in der *NA* bzw. *GS* [neg$\mathbf{BF}_{(A<B)t3\text{-}t1}$]. Die Veränderung im Selbstbild (**A**) hängt positiv ($p < .001$) mit der im antizipierten Selbstbild (**B**) zusammen [pos/neg$\mathbf{BF}_{(AxB)t3\text{-}t1}$]. Im Vergleich der Urteils-Differenzen (**A**-**B**) zeigt sich, dass diese zu **t3** kleiner sind als zu **t1** ($p < .01$ resp. $< .05$) - d.h. die Paar-Urteile nähern sich über die Zeit an [pos/neg$\mathbf{BF}_{(A\text{-}B)t1>t3}$], wobei diese Fehlurteile zu **t1** mit denen zu **t3** auch positiv korrelieren ($p < .01$ resp. $< .05$) [pos/neg$\mathbf{BF}_{(A\text{-}B)t1xt3}$].

Die Ergebnisse für die Veränderung des *negativen* $\mathbf{KB}_{(Gesamt)}$ von **t1** zu **t3** belegen signifikante, große (häufige) ***Gruppen-*** und ***Zeit-*** sowie (seltenere) ***Interaktions-Effekte*** ($\eta^2 > .14$) für die Patientinnen- (**A**, **C**) und Partner-Urteile (**B**, **D**) ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$). Demnach ist das **KB** im Selbstbild (**A**) der Patientinnen immer am negativsten, meist gefolgt von dem durch die Partner antizipierten Selbst- (**B**), dem durch die Patientinnen antizipierten Fremd- (**C**) und dem Fremdbild der Partner (**D**) [**A>B>C>D**; neg$\mathbf{KB}_{(A>B/A>C/A>D/B>C/B>D/C>D)t1/t3}$; neg$\mathbf{KB}_{(AvsB)t3}$: $p > .10$]. Zudem lässt sich eine Verbesserung des *negativen* **KB** von **t1** zu **t3** in allen Urteilen nachweisen [neg$\mathbf{KB}_{(A/B/C/D)t1>t3}$], wobei sich die Frauen-Urteile (**A**, **C**), v.a. das Selbstbild (**A**), von **t1** zu **t3** immer am stärksten verändern (**A>C>B>D**; neg$\mathbf{KB}_{(A>B/A>C/A>D)t3\text{-}t1}$; $p_{(Sonstige)} > .10$] [Signifikanzen Brusterhaltende Therapie > Mastektomie.]. Somit hängen auch nur die Veränderungen im Selbst- (**A**) und antizipierten Fremdbild (**C**) bedeutsam positiv zusammen ($p < .001$ resp. $< .05$) [neg$\mathbf{KB}_{(AxC)t3\text{-}t1}$↑; $p_{(Sonstige)} > .10$] [Signifikanzen Brusterhaltende Therapie ≈ Mastektomie.]. Im Vergleich der Urteils-Differenzen zeigt sich, dass diese nur für das Selbst- mit dem antizipierten Selbst- (**A**-**B**), antizipierten Fremd- (**A**-**C**) sowie Fremdbild (**A**-**D**) zu **t3** kleiner sind als zu **t1** ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$) - d.h. die Fehlurteile unter Einbezug des (stark veränderten) Selbsturteils der Frauen (**A**) nähern sich über die Zeit an [neg$\mathbf{KB}_{(A\text{-}B/A\text{-}C/A\text{-}D)t1>t3}$; $p_{(Sonstige)} > .10$] [Signifikanzen Brusterhaltende Therapie ≈ Mastektomie.] und verändern sich von allen Fehlurteilen auch am stärksten ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$) [neg$\mathbf{KB}_{(A\text{-}B/A\text{-}C/A\text{-}D)>(B\text{-}C/B\text{-}D/C\text{-}D)t3\text{-}t1}$; $p_{(Sonstige)} > .10$] [Keine Signifikanzen Brusterhaltende Therapie und Mastektomie.]. Alle **KB**-Fehlurteile zu **t1** korrelieren bedeutsam positiv mit denen zu **t3** ($p < .001$) [neg$\mathbf{KB}_{(A\text{-}B/A\text{-}C/A\text{-}D/B\text{-}C/B\text{-}D/C\text{-}D)t1xt3}$] [Brusterhaltende Therapie und Mastektomie äquivalent.] [Gleichsinnige Zusammenhänge werden für die veränderten Fehlurteile untereinander angenommen (ungeprüft).].

Mit dem **KB** gleichsinnige signifikante ($p < .001$ resp. $< .05$), große ***Gruppen-***, ***Zeit-*** und ***Interaktionseffekte*** ($\eta^2 > .14$) lassen sich auch für die ***BedKB*** der Patientinnen (♀)

und Partner (♂) aufzeigen [$BedKB_{(♀>♂)t1/t3}$; $BedKB_{(♀/♂)t1>t3}$; $BedKB_{(♀>♂)t3-t1}$], wobei hier die Veränderungen der Patientinnen von **t1** zu **t3** nicht mit denen der Partner korrelieren [$BedKB_{(♀x♂)t3-t1}$: $p > .10$].

Für die Hypothese **H2^{c}** (vgl. **Kap.** 3.1.2.3) sind die Ergebnisse der korrelativen Zusammenhänge zwischen der Veränderung der **BF** (**A**, **B**) und der des *negativen* **KB** (**A**, **B**, **C**, **D**) in den Patientinnen- und Partner-Urteilen vom Reha-Beginn (**t1**) bis vier Wochen nach Abschluss (**t3**) selten signifikant ($p < .01$ resp. $< .05$) - d.h. nur bei der *NA* und *GS* im Selbstbild (**A**) der Patientin gehen große Veränderungen mit großen in deren *negativem* **KB**$_{(Gesamt)}$ einher [neg**BF**$_{(A/B)t3-t1}$xneg**KB**$_{(A)t3-t1}$↑; $p_{(Sonstige)} > .10$], nicht aber bei der *PA* [$p > .10$] [Nur Signifikanzen Mastektomie.]. Demnach sind auch die Zusammenhänge zwischen den Veränderungen der Urteils-Differenzen von **t1** zu **t3** bzgl. **BF** und *negativen* **KB**$_{(Gesamt)}$ nicht für die *PA* [$p > .10$], sondern nur für die *NA* und *GS* z.T. bedeutsam ($p < .01$ resp. $< .05$), sodass nur dort die veränderten Fehlurteile der Paare (**BF$_{(A-B)}$**) mit mehr Veränderungen in den Fehlurteilen zum **KB$_{(A-B/A-C/A-D)}$** einhergehen, aber nur unter Einbezug des (stark veränderten) Selbstbildes der Frauen (**A-B**, **A-C**, **A-D**) [neg**BF**$_{(A-B)t3-t1}$xneg**KB**$_{(A-B/A-C/A-D)t3-t1}$↑; $p_{(Sonstige)} > .10$] [Nur Signifikanzen Brusterhaltende Therapie.].



Anmerkung. $A_{t3-t1}>B_{t3-t1}$ = Ihre positive BF (umgekehrt negative BF) und ihr negatives KB verbessern sich stärker als seine Annahme über ihr Selbsturteil. $A_{t3-t1}>C_{t3-t1}$ = Ihr negatives KB verbessert sich stärker als ihre Annahme über sein Fremdurteil. $A_{t3-t1}>D_{t3-t1}$ = Ihr negatives KB verbessert sich stärker als sein Fremdurteil. $B_{t3-t1}\approx C_{t3-t1}$ = Seine Annahme über ihr negatives KB und ihre Annahme über sein Fremdurteil verbessern sich nicht differenziell. $B_{t3-t1}\approx D_{t3-t1}$ = Seine Annahme über ihr negatives KB und sein Fremdurteil verbessern sich nicht differenziell. $C_{t3-t1}\approx D_{t3-t1}$ = Ihre Annahme über sein Fremdurteil und sein Fremdurteil verbessern sich nicht differenziell. [$A\text{-}B_{t3-t1}>C\text{-}D_{t3-t1}$ = Die Paar-Differenzen in beider Urteil über die Patientin verändern sich stärker als in beider Urteil über den Partner.] (Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): *** = $p < .001$, ** = $p < .01$, * = $p < .05$)

Abbildung 19. Ergebnisse für die der Fragestellung F2 und Hypothesen H2^{a-c} zugrunde liegenden vier Partner-Urteile und resultierenden sechs analytischen Vergleiche für die Befindlichkeits- (BSKE, DT) und negativen Körperbild$_{(Gesamt)}$-Gesamtskalen (BIBCQ) der Patientinnen (n = 33) und ihrer Partner (n = 33) als Veränderung vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3).

3.2.3 Zusammenfassung für Fragestellung 3 (F3; H3^{a-c})

Es folgen die Ergebnisse des **Kapitels** 3.1.3 (vgl. **Kap.** 1.3.3.3) zur **PQ** von Brustkrebs-Patientinnen und Partnern im Selbst- (**A**), antizipierten Selbst- (**B**), antizipierten Fremd- (**C**) und Fremdbild (**D**) zu Reha-Beginn (**t1**) resp. nach drei-wöchiger Reha (**t2**) bis vier Wochen nach Abschluss (**t3**) sowie zum Zusammenhang mit **BF** und **KB** (vgl. **Tab.** 25; **Abb.** 20).

Tabelle 25
*Zusammenfassung der Ergebnisse zur Partnerschaftsqualität im Vergleich bzw. Zusammenhang des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33), des durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) (**H3^{a}**), zur Veränderung der PQ (A,B,C,D) (und deren Differenzen) vom Reha-Beginn (t1), resp. nach drei-wöchiger Reha (t2) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) (**H3^{b}**) sowie zum Zusammenhang der PQ mit Befindlichkeit und negativem Körperbild (A,B,C,D) zu Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) (**H3^{c}**) für die Gesamtskalen von PQ mit BSKE/DT und BIBCQ.*

	Ergebnisse zu Hypothese H3^{a} - Vergleiche und Korrelationen														
PQ$_{t1}$	**AvsB**		**AvsC**			**AvsD**			**BvsC**			**BvsD**		**CvsD**	
PQ	<		<			<*ü			>			<*ü		<*ü	
	AxB		**AxC**			**AxD**			**BxC**			**BxD**		**CxD**	
PQ	+***ü		+***ü			+***ü			+***ü			+***ü		+***ü	
			A-B vs					**A-C** vs				**A-D** vs		**B-C** vs	**B-D** vs
	A-C	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**B-D**	**C-D**	**C-D**
PQ	>	<*ü	>	<	<*	<**ü	<	<*	<*	>*ü	>	>	<	<*	<
			A-B x					**A-C** x				**A-D** x		**B-C** x	**B-D** x
	A-C	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**B-D**	**C-D**	**C-D**
PQ	+** ü	+*** ü	-***	+* ü	+* ü	+*** ü	-	+	+* ü	-*	+** ü	+*** ü	-	-**	+* ü

	Ergebnisse zu Hypothese H3^{b} - Vergleiche und Korrelationen																	
PQ$_{t1/t2/t3}$	**t1vst2**			**t2vst3**			**t1vst3**				**t1vst2vst3**							
PQ$_{(A)}$	<***ü			>			<**ü				t1<t2>t3***ü							
	A$_{t1/t3}$vsB$_{t1/t3}$			**A$_{t1/t3}$vsC$_{t1/t3}$**			**A$_{t1/t3}$vsD$_{t1/t3}$**			**B$_{t1/t3}$vsC$_{t1/t3}$**			**B$_{t1/t3}$vsD$_{t1/t3}$**			**C$_{t1/t3}$vsD$_{t1/t3}$**		
PQ$_{t1/t3}$	**G**	**Z**	**I**	**G**	**Z**	**I**	**G**	**Z**	**I**	**G**	**Z**	**I**	**G**	**Z**	**I**	**G**	**Z**	**I**
PQ	< * ü	< *** ü	<	<	< *** ü	>	< ** ü	< ** ü	> * ü	>	< ** ü	>	< * ü	< ** ü	> * ü	< *** ü	< ** ü	> * ü
	A$_{t3-t1}$xB$_{t3-t1}$			**A$_{t3-t1}$xC$_{t3-t1}$**			**A$_{t3-t1}$xD$_{t3-t1}$**			**B$_{t3-t1}$xC$_{t3-t1}$**			**B$_{t3-t1}$xD$_{t3-t1}$**			**C$_{t3-t1}$xD$_{t3-t1}$**		
PQ	+			+*ü			+			+**ü			+			+		
	A-B$_{t1vst3}$			**A-C$_{t1vst3}$**			**A-D$_{t1vst3}$**			**B-C$_{t1vst3}$**			**B-D$_{t1vst3}$**			**C-D$_{t1vst3}$**		
PQ	<			<			>*ü			>			>*ü			>*ü		
	A-B$_{t1xt3}$			**A-C$_{t1xt3}$**			**A-D$_{t1xt3}$**			**B-C$_{t1xt3}$**			**B-D$_{t1xt3}$**			**CD$_{t1xt3}$**		
PQ	+*ü			+**ü			+**ü			+			+			+		

Fortsetzung Tabelle 25

	A-B$_{t3-t1}$ vs					A-C$_{t3-t1}$ vs					A-D$_{t3-t1}$ vs			B-C$_{t3-t1}$ vs		B-D$_{t3-t1}$ vs
	A-C	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**	**B-D**	**C-D**	**C-D**
BIBCQ $_{t3-t1}$	**t3-t1**	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1	t3-t1
KB$_{(Ges)}$	<	<*ü	>	<*	<*	<*ü	>	<*	<**	>	<	<	<*	<*	>

	Ergebnisse zu Hypothese H3^{c} - Korrelationen														
PQ$_{t1}$	**A**	**B**	**C**	**D**	**A**	**B**	**C**	**D**	**A-B**	**A-C**	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**
BSKE/DT$_{t1}$	**Ax**				**Bx**				**A-Bx**					
PA	+*ü	+	+	+	+*ü	+	+	+	+	+	+	+	+	+
NA	-*ü	-	-	-	-*ü	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GS	-*ü	-*ü	-	-	-*ü	-*ü	-	-	-	-	-	-	-	-

PQ$_{t3-t1}$	**A**	**B**	**C**	**D**	**A**	**B**	**C**	**D**
BSKE/DT$_{t3-t1}$	**Ax**				**Bx**			
PA	+	+	+*ü	+*ü	+	+	+*ü	+**ü
NA	-**	-	-	-	-*	-	-	-
GS	-*	-	-*	-	-*	-	-*	-

PQ$_{t1}$	**A**	**B**	**C**	**D**	**A**	**B**	**C**	**D**	**A**	**B**	**C**	**D**	**A**	**B**	**C**	**D**
BIBCQ$_{t1}$	**Ax**				**Bx**				**Cx**				**Dx**			
KB$_{(Ges)}$	-	-	-	-	-** ü	-** ü	-** ü	-** ü	-	-	-	-	-* ü	-** ü	-* ü	-** ü

PQ$_{t1}$	**AB**	**AC**	**AD**	**BC**	**BD**	**CD**	**AB**	**AC**	**AD**	**BC**	**BD**	**CD**	**AB**	**AC**	**AD**	**BC**	**BD**	**CD**
BIBCQ$_{t1}$	**A-Bx**						**A-Cx**						**A-Dx**					
KB$_{(Ges)}$	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PQ$_{t1}$	**AB**	**AC**	**AD**	**BC**	**BD**	**CD**	**AB**	**AC**	**AD**	**BC**	**BD**	**CD**	**AB**	**AC**	**AD**	**BC**	**BD**	**CD**
BIBCQ$_{t1}$	**B-Cx**						**B-Dx**						**C-Dx**					
KB$_{(Ges)}$	-	-	-	-	-	-	-	-	-**	-	-*	-	-	-	-	-	-	-

PQ$_{t3-t1}$	**A**	**B**	**C**	**D**	**A**	**B**	**C**	**D**	**A**	**B**	**C**	**D**	**A**	**B**	**C**	**D**
BIBCQ$_{t3-t1}$	**Ax**				**Bx**				**Cx**				**Dx**			
KB$_{(Ges)}$	-*	-	-	-	-	-	-	-	-*	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ). BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) sowie *Negative Affektivität* (NA). DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS). BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB).

n	Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
H	Hypothese; **ü** = Ergebnis hypothesen-konform
</>	Richtung des Vergleiches: kleiner (<)/größer (>); vgl. ein- resp. zweifakt. ANOVA`s und t-Test bei gepaarten Stichproben
+/-	Zusammenhang: positiv (+)/negativ (-); vgl. Korrelation nach *Pearson*
G/Z/I	Haupteffekte **G**ruppe, **Z**eit und **I**nteraktion; vgl. zweifakt. ANOVA`s
*	Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): *** = $p < .001$; ** = $p < .01$; * = $p < .05$

Für die Hypothese **H3^{a}** (vgl. **Kap.** 3.1.3.1) zur **PQ** im Vergleich des Selbst- (**A**), antizipierten Selbst- (**B**), antizipierten Fremd- (**C**) und Fremdbildes (**D**) zu Reha-Beginn (**t1**) wird die **PQ** der Patientinnen (**A**) nur tendenziell am geringsten, die der Partner (**D**) hingegen signifikant am höchsten eingeschätzt ($p < .05$) [**A<C<B<D**; **PQ$_{(A<D/B<D/C<D)t1}$**; $p_{(Sonstige)} > .10$]. Die korrelativen Zusammenhänge sind immer bedeutsam ($p < .001$) - d.h. die hohen **PQ**-Urteile/-Annahmen der Paare gehen miteinander einher [**PQ$_{(AxBxCxD)t1}$↑**]. Im Vergleich unterscheiden sich die sechs Urteils-Differenzen zu **t1** meist signifikant ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$), die persönlichen Patientinnen- und Partner-Urteile zur **PQ$_{(A-D)}$** dabei von allen am stärksten [**PQ$_{(A-D)>(A-B/A-C/B-C)t1}$**], ebenso die Urteils-Differenzen

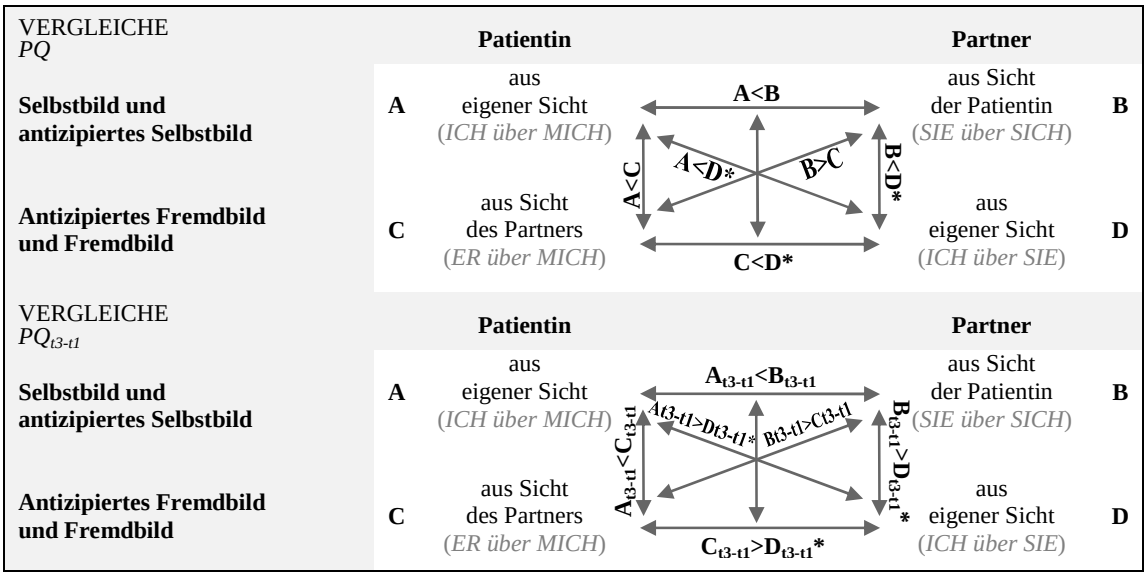
über die Patientin (**A-B**) von denen über den Partner (**C-D**) (bei scheinbar besserem Einfühlungsvermögen der Männer ggü. den Frauen) [$\mathbf{PQ}_{(A-B)<(C-D)t1}$] - nebenbefundlich erweisen sich die Differenzen in den Frauen-Urteilen (**A-C**) sowie den gegenseitigen Annahmen (**B-C**) als am geringsten und somit als zueinander am ähnlichsten [$\mathbf{PQ}_{(A-C)<(A-D/B-D/C-D)t1}$; $\mathbf{PQ}_{(B-C)<(A-D/C-D)t1}$; $p_{(Sonstige)} > .10$]. Fast alle Fehlurteile korrelieren auch bedeutsam positiv miteinander ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$), z.B. die Abweichungen im jeweiligen Einfühlungsvermögen der Patientinnen und Partner (**A-B**x**C-D**) [$\mathbf{PQ}_{(A-BxA-CxA-DxB-CxB-DxC-D)t1}\uparrow$; $\mathbf{PQ}_{(A-CxB-C/B-D)/(B-CxB-D)t1}$: $p > .10$] - die gegenseitigen Annahmen bilden durch negative Korrelationen aber erneut die Ausnahme [$\mathbf{PQ}_{(B-C)x(A-B/A-D/C-D)t1}\downarrow$].

Für die Hypothese $\mathbf{H3^b}$ (vgl. **Kap.** 3.1.3.2) belegen die Ergebnisse zur **PQ** im Selbstbild (**A**) der Patientinnen einen großen ***Zeit-Effekt*** ($\eta^2 > .14$; $p < .001$ resp. $< .01$) mit einer Steigerung der **PQ** nach drei-wöchiger Reha (**t2**) ggü. dem Reha-Beginn (**t1**) ($p < .001$) und einem tendenziellen Rückgang der Verbesserungen vier Wochen nach Abschluss (**t3**) ($p > .10$), aber stabilen Effekten ggü. **t1** ($p < .01$) [$\mathbf{PQ}_{(A)t1<t2>t3>t1}$].

Für die Veränderung der **PQ** von **t1** zu **t3** zeigen sich bedeutsame, große (häufige) ***Gruppen-*** und ***Zeit-*** ($\eta^2 > .14$) sowie mittlere (seltene) ***Interaktions-Effekte*** ($\eta^2 > .06$) ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$). Danach ist die **PQ** im Selbstbild (**A**) der Patientinnen zu **t1** und **t3** am geringsten, meist gefolgt vom antizipierten Fremd- (**C**), antizipierten Selbst- (**B**) und Fremdbild (**D**) der Partner [**A<C<B<D**; $\mathbf{PQ}_{(A<D/B<D/C<D)t1/t3}$; $p_{(Sonstige)} > .10$]. Zudem gibt es eine Verbesserung der **PQ** von **t1** zu **t3** in allen Urteilen [$\mathbf{PQ}_{(A/B/C/D)t1<t3}$], wobei sich die Urteile der bzw. über die Frauen (**A**, **B**, **C**) eher selten stärker verändern als die der Männer (**D**) [$\mathbf{PQ}_{(A>D/B>D/C>D)t3-t1}$; $p_{(Sonstige)} > .10$] und auch nur deren Veränderungen (**A**, **B**, **C**) positiv zusammenhängen ($p < .01$ resp. $< .05$) [$\mathbf{PQ}_{(AxC/BxC)t3-t1}\uparrow$; $p_{(Sonstige)} > .10$]. Für die Urteils-Differenzen zeigt sich, dass diese nur unter Einbezug der (hohen) Partner-$\mathbf{PQ}_{(D)}$ zu **t3** signifikant kleiner sind als zu **t1** ($p < .05$), sich also diese Fehlurteile über die Zeit annähern [$\mathbf{PQ}_{(A-D/B-D/C-D)t1>t3}$; $p_{(Sonstige)} > .10$] und auch von allen am stärksten verändern ($p < .01$ resp. $< .05$) [$\mathbf{PQ}_{(A-D/B-D/C-D)>(A-B/A-C/B-C)t3-t1}$; $p_{(Sonstige)} > .10$] - aber nur unter Einbezug des (sich stark verändernden) Selbstbildes (**A**) korrelieren die **PQ**-Fehlurteile der Paare zu **t1** bedeutsam positiv mit denen zu **t3** ($p < .01$ resp. $< .05$) [$\mathbf{PQ}_{(A-B/A-C/A-D)t1xt3}\uparrow$; $p_{(Sonstige)} > .10$] [Gleichsinnige Zusammenhänge werden für die veränderten Fehlurteile untereinander angenommen (ungeprüft).].

Für die Hypothese **H3^{c}** (vgl. **Kap.** 3.1.3.3) sind die korrelativen Zusammenhänge zwischen der **PQ** (**A**, **B**, **C**, **D**) und der **BF** (**A**, **B**) in den Patientinnen- und Partner-Urteilen zu Reha-Beginn (**t1**) teilweise ($p < .05$), jene zwischen den Urteils-Differenzen nie signifikant [$\mathbf{PQ}_{(A\text{-}B/A\text{-}C/A\text{-}D/B\text{-}D/B\text{-}C/C\text{-}D)t1}x\mathbf{BF}_{(A\text{-}B)t1}$: $p > .10$]. Danach geht nur im Selbst- (**A**) und antizipierten Selbstbild (**B**) eine hohe **PQ** mit einer hohen *PA* [$\mathbf{PQ}_{(A)t1}$x pos$\mathbf{BF}_{(A/B)t1}\uparrow$] und geringen *NA* bzw. *GS* einher [$\mathbf{PQ}_{(A/B)t1}$x neg$\mathbf{BF}_{(A/B)t1}\downarrow$; $\mathbf{PQ}_{(C/D)t1}$x$\mathbf{BF}_{t1}$: $p > .10$]. [Gleichsinnige Zusammenhänge müssen für die Urteile und Differenzen vier Wochen nach Reha-Abschluss (t3) sowie zwischen t1 und t3 angenommen werden (ungeprüft).] Die Zusammenhänge zwischen den Veränderungen vom Reha-Beginn (**t1**) bis vier Wochen nach Abschluss (**t3**) sind auch selten bedeutsam ($p < .01$ resp. $< .05$), aber große Änderungen der **PQ** im Selbst- (**A**), antizipierten Fremd- (**C**) und Fremdbild (**D**) korrelieren mit großen in der *PA* [$\mathbf{PQ}_{(C/D)t1}$x pos$\mathbf{BF}_{(A/B)t3\text{-}t1}\uparrow$], aber geringen in der *NA* und *GS* [$\mathbf{PQ}_{(A/C)t3\text{-}t1}$x neg$\mathbf{BF}_{(A/B)t3\text{-}t1}\downarrow$; $\mathbf{PQ}_{(B)t3\text{-}t1}x\mathbf{BF}_{t3\text{-}t1}$: $p > .10$] [Gleichsinnige Zusammenhänge müssen für die veränderten Fehlurteile untereinander angenommen werden (ungeprüft).].

Die korrelativen Zusammenhänge zwischen der **PQ** und dem *negativen* $\mathbf{KB}_{(Gesamt)}$ in den Patientinnen- und Partner-Urteilen (**A**, **B**, **C**, **D**) sind oft ($p < .001$ resp. $< .01$ resp. $< .05$), jene zwischen den Urteils-Differenzen selten signifikant ($p < .01$ resp. $< .05$). Danach geht eine hohe **PQ** in allen Urteilen (**A**, **B**, **C**, **D**) mit einem weniger negativ eingeschätzten weiblichen **KB** ausschließlich in den beiden Urteilen der Partner (**B**, **D**) einher [$\mathbf{PQ}_{(A/B/C/D)t1}$x neg$\mathbf{KB}_{(B/D)t1}\downarrow$; $\mathbf{PQ}_{t1}$x neg$\mathbf{KB}_{(A/C)t1}$: $p > .10$] [Signifikanzen Mastektomie > Brusterhaltende Therapie.], ebenso größere Fehlurteile in der **PQ** mit geringeren im *negativen* **KB**, jeweils nur unter Einbezug der Partner-$\mathbf{PQ}_{(D)}$ [$\mathbf{PQ}_{(A\text{-}D/B\text{-}D)t1}$x neg$\mathbf{KB}_{(B\text{-}D)t1}\downarrow$; $p_{(Sonstige)} > .10$] [Keine Signifikanzen Brusterhaltende Therapie und Mastektomie.]. [Gleichsinnige Zusammenhänge müssen für die Urteile und Differenzen vier Wochen nach Reha-Abschluss (t3) sowie zwischen t1 und t3 angenommen werden (ungeprüft).] Auch die Korrelationen zwischen der Veränderung von **t1** zu **t3** sind selten bedeutsam ($p < .05$), wobei aber auch hier größere Änderungen in der **PQ** mit geringeren im *negativen* **KB** einhergehen, jedoch nur in den (stark veränderten) Urteilen der Frauen (**A**, **C**) [$\mathbf{PQ}_{(A)t3\text{-}t1}$x neg$\mathbf{KB}_{(A/C)t3\text{-}t1}\downarrow$; $p_{(Sonstige)} > .10$] [Signifikanzen nur bei Mastektomie.] [Gleichsinnige Zusammenhänge müssen für die veränderten Fehlurteile untereinander angenommen werden (ungeprüft).].



Anmerkung. ***A≈B*** = Er schätzt ihre PQ gut ein. ***A≈C*** = Ihre PQ und ihre Annahme über seine PQ sind vergleichbar. ***A<D*** = Ihre PQ ist geringer als seine PQ. ***B≈C*** = Seine Annahme über ihre PQ ähnelt ihrer Annahme über seine PQ. ***B<D*** = Seine Annahme über ihre PQ ist geringer als seine PQ. ***C<D*** = Sie unterschätzt seine PQ. **[*A-B<C-D*:** $p < .05$ = Der Partner kann sich besser in ihre PQ einfühlen als sie in seine.]. $\boldsymbol{A_{t3\text{-}t1} \approx B_{t3\text{-}t1}}$ = Ihre PQ und seine Annahme über ihre PQ verbessern sich nicht differenziell. $\boldsymbol{A_{t3\text{-}t1} \approx C_{t3\text{-}t1}}$ = Ihre PQ und ihre Annahme über seine PQ verbessern sich nicht differenziell. $\boldsymbol{A_{t3\text{-}t1} > D_{t3\text{-}t1}}$ = Ihre PQ verbessert sich stärker als seine PQ. $\boldsymbol{B_{t3\text{-}t1} \approx C_{t3\text{-}t1}}$ = Seine Annahme über ihre PQ und ihre Annahme über seine PQ verbessern sich nicht differenziell. $\boldsymbol{B_{t3\text{-}t1} > D_{t3\text{-}t1}}$ = Seine Annahme über ihre PQ verbessert sich stärker als seine PQ. $\boldsymbol{C_{t3\text{-}t1} > D_{t3\text{-}t1}}$ = Ihre Annahme über seine PQ verbessert sich stärker als seine PQ. (Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig): * = $p < .05$)

Abbildung 20. Ergebnisse für die der Fragestellung F3 und Hypothesen $H3^{a\text{-}c}$ zugrunde liegenden vier Partner-Urteile und resultierenden sechs analytischen Vergleiche für die Partnerschaftsqualität-Gesamtskalen (PQ) der Patientinnen (n = 33) und ihrer Partner (n = 33) zu Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3).

4 Diskussion

Es war Ziel der vorliegenden Arbeit, (**F1**) die Auswirkungen einer Brustkrebsbehandlung und (**F2**) den Einfluss einer stationären, interdisziplinären Rehabilitation der Betroffenen auf die Einschätzung der *Befindlichkeit* (**BF:** *Positive Affektivität/PA, Negative Affektivität/ NA, Globale Stressbelastung/GS*) und des *Körperbildes* (**KB**$_{(\text{Gesamt/Brusterhaltende Therapie/ Mastektomie})}$) der Frauen aus Sicht der Patientinnen und ihrer Partner sowie die partnerschaftliche Übereinstimmung zu untersuchen, zugleich (**F3**) den Zusammenhang zur *Partnerschaftsqualität* (**PQ**) aus beider Perspektive zu prüfen.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der drei Hauptfragestellungen (**F1**, **F2**, **F3**) für die Wahrnehmungen von Patientinnen und Partnern bei Brustkrebs zu Reha-Beginn (**t1**) resp. nach drei-wöchiger Reha (**t2**) und vier Wochen nach Abschluss (**t3**) unter Berücksichtigung möglicher Einflussfaktoren sowie im literarischen Kontext diskutiert. Die Aufklärung bisheriger Forschungs-Widersprüche durch eine differenziertere Erfassung partnerschaftlicher Komponenten (v.a. wechselseitiger, antizipativer Sichtweisen und der *Partnerschaftsqualität*) war Aufgabe dieser Paarstudie. Dabei erklärt sich der Gesamtumfang dieser Arbeit durch die ausführlichen Querverweise zur Vorläuferstudie (Schöne, 2010) sowie die dem Theorie- und Ergebnisteil zugrunde gelegte Systematik, welche auch zu einer ausführlicheren Diskussion eben dieser führt, einschließlich zusammenfassender Methodenkritik sowie abgeleiteter Implikationen für die Praxis und künftige Forschung.

4.1 Diskussion der Stichprobe und Kovariaten

Gute Repräsentativität der Stichprobe. Grundsätzlich wurde für eine höhere Aussagekraft sowie Generalisierbarkeit der Hypothesen und Daten der vorliegenden Partner-Studie sicher gestellt, dass die hierzu selektierten Brustkrebs-Patientinnen (n = 33) hinsichtlich motivationaler sowie (1.) ausgewählter *soziodemografischer, medizinischer, behandlungs-* und *rehabilitationsbezogener* Personen-Merkmale, (2.) der *Bedeutsamkeit des KB* sowie (3.) der Einschätzung von **BF** und **KB** zu Reha-Beginn (t1) mit der Reha-Gesamt-Stichprobe (N = 130; Schöne, 2010) vergleichbar sind (vgl. **Kap.** 2.2.2). Resultierend aus dem Selektionsfaktor "Partnerschaft" unterschied sich die Teil- nur in dem Familienstand und der Wohnsituation von der Gesamt-Stichprobe, welche aber nicht

regulär bzgl. der aktuell interessierenden **PQ** befragt wurde. Für den *Apriori*-Vergleich wurden die z.T. unterschiedlichen Skalenqualitäten beider Studien (z.B. Itemanzahl/ Summenwerte) weitgehend angepasst. Neben den vorwiegend deskriptiven Vergleichen wurde auf die Darstellung von Testanalysen der auseinander hervorgehenden Patientinnen-Gruppen (z.B. t-/Chi²-Tests, $p > .10$) aus Priorisierung der Partner-Analysen verzichtet. Eine *Power*-Berechnung der Fallzahlen wurde nicht vorangestellt, da sich schon die Rekrutierung der Gesamt-Stichprobe nach klinischen Gegebenheiten richten musste.

Die hohe und konstante Beteiligung der befragten 33 Reha-Patientinnen bzw. 33 zugehörigen Partner (≈ 32% von $N = 102$ Frauen in Partnerschaft) sowie der 100%-ige Rücklauf der parallelisierten Paar-Fragebögen zu **t1** und **t3** (unter Einhaltung der vorgegebenen Rücksendefristen) lässt auf ein großes Interesse an bzw. Relevanz der Untersuchung und Akzeptanz der Messinstrumente oder auf ein hohes Bedürfnis nach Selbstauskunft und Entlastung bzgl. der auch metaanalytisch bestätigten Beschwerden schließen (u.a. Van'T Spijker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997; Singer, Das-Munshi & Brähler, 2010; Mitchell et al., 2011; Krebber et al., 2014). Obwohl nicht zu garantieren ist, dass die Paar-Bögen wirklich unabhängig voneinander ausgefüllt wurden (v.a. zu **t3**), stützt die verbindliche Teilnahme der Partner die in Studien, Überblicken und Metaanalysen belegte Vermutung, dass Patienten wie Partner als „System“ eine hohe psychische Vulnerabilität und Unterstützungs-Bedarf haben (u.a. Blanchard, 1997; Kayser, Watson & Andrade, 2007; Hagedoorn et al., 2008; McClure et al., 2012). Da dies Übersichten nach aber erst in jüngster Zeit Beachtung findet und sich gerade die Partner aus Rücksicht auf die Patientin zurückhalten oder aus Scham seltener Hilfe in Anspruch nehmen (u.a. Northouse & Perters-Golden, 1993; Carlson et al., $2000_{a,b}$; Foy & Rose, 2001; Pitceathly & Maguire, 2003; Neutze & Beier, 2005; Schmid-Büchi et al., 2008; Naaman, Radwan & Johnson, 2009; Götze & Brähler, 2012), liegt es nahe, dass diese ihr Erleben in einer anonymen Befragung leichter darstellen können. Die gemeinsame Beteiligung lässt zugleich auf gefestigte, vermutlich wenig krisenhafte Partnerschaften mit hoher Kooperationsbereitschaft schließen, was hier durch die Länge der Partnerschaft (79% >10 Jahre) und stets gemeinsame Wohnsituation gestützt wird. Von einem möglichen Krankheitsgewinn beider abgesehen (u.a. Kier et al., 2011), kann durch die dyadische Krankheitsbewältigung auch die Partnerschaft laut Übersichten erprobt und positiv entwickelt werden (u.a. Kornblith, 1998; Manne, 1998; Cordova & Andrykowski, 2003). Die jetzigen Paare waren überwiegend im Alter von 31-59 Jahren (oft berufstätige Frauen mit Kindern im Haushalt), was nicht nur die steigenden Krebszahlen in jüngerem Lebensalter (vgl. *RKI,* 2019),

sondern auch eine hohe Belastung und Mitteilungsbereitschaft dieser Altersgruppe spiegelt - Überblicken nach z.B. wegen alltäglichen (individuellen, beruflichen, partnerschaftlichen, elterlichen) Mehrfachanforderungen und Rollenveränderungen (u.a. Aschenbrenner et al., 2003; Rauch & Muriel, 2004; Mehnert, 2005; Mols et al., 2005; Montazeri, 2008; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008; Möller, Krattenmacher & Romer, 2011). Der Patientinnen-Anteil mit Haupt-/Realschulabschluss bildet die Bevölkerung gut ab (vgl. *bpb*, 2018). Bzgl. der Operations-Methode (Brusterhaltende Therapie > Mastektomie), sich anschließenden (v.a. Radio-/Chemo-)Therapien sowie der Lymphknoten-Entfernung und Vielzahl an Nebenwirkungen scheint die Stichprobe ebenso repräsentativ wie hinsichtlich des in Übersichten und Metaanalysen gesicherten psychophysischen Leidensdruckes (u.a. Moyer, 1997; Kornblith & Ligibel, 2003; Wilmoth et al., 2004; Alfano & Rowland, 2006; Ganz, 2008; Helms, O`Hea & Corso, 2008; Winters, Benson & Pusic, 2010; Mitchell et al. 2011). Bei den hier mehrheitlich Ersterkrankten (88%) und einer gewissen Zeit nach Op (ca. zwei Jahre) ist evtl. nicht von einer besonders großen Beschwerdelast auszugehen (s.u.; vgl. Schöne, 2010), jedoch auch nicht von einer auf Vorerfahrungen beruhenden oder gar abgeschlossenen Krankheitsanpassung bzw. -bewältigung der Paare, z.B. bzgl. der in Übersichten oft benannten *Progredienz-/Rezidivangst* (u.a. Lee-Jones et al., 2004; Alfano & Rowland, 2006; vgl. Waadt et al., 2011).

Wenig Bedeutung der Personen-Merkmale als Kovariaten (vgl. **Kap.** 2.4.2). Mit diesem Kapitel sollte und konnte die Repräsentativität der vorliegenden Arbeit ggü. Schöne (2010) weiter gestützt werden. So ließen sich erneut überwiegend keine bedeutsamen Zusammenhänge der *soziodemografischen* Variablen, *sozialen Unterstützung* und *Bedeutsamkeit des KB* mit den Gesamtskalen von **BF** sowie **KB** in den Urteilen der Patientinnen (**A**, **C**) und Partner (**B**, **D**) zu **t1** und **t3** aufzeigen. Ein höheres Patientinnen-Alter hing mit weniger *Stigmatisierungs*-Erleben ($\mathbf{KB_{(A)t1/t3}}$) zusammen, was an einer allgemein reduzierten Bedeutung bzw. Abhängigkeit des **KB** von (äußeren) Bewertungen sowie guten sozialen/partnerschaftlichen oder medizinischen Funktionen liegen könnte (wie Körpererleben, Op-Zufriedenheit/kosmetisches Ergebnis, geringere *Rezidivangst*; u.a. Härtl et al., $2003_{a,b}$; Avis, Crawford & Manuel, 2005; Krüger et al., 2009). Obwohl in manchen Studien ein jüngeres Alter auch psychiatrische Störungen infolge Krebs vorhersagt (u.a. Härter et al., 2001; Herschbach et al., 2004; Krauß et al., 2007), variieren die Alterseffekte sonst meist stark oder fehlen (z.B. als Folge diskrepanter *Cut-off*-Werte). Bei einem höherem Bildungsstand der Frauen ergab sich hier eine geringere *Hostilität*

(**$BF_{(A/B)t1/t3}$**), bei Schöne (2010) sogar eine allgemein bessere **BF**. Dass Bildungsstand, Einkommen oder sozioökonomischer Status in Studien und Übersichten förderlich sind (u.a. Whisman, 2001; Kornblith & Ligibel, 2003; Kornblith et al, 2003; Ell et al., 2005; Mols et al., 2005), ist u.a. auch auf den Zugang zu Gesundheits-Maßnahmen, intellektuelle/ soziale Fähigkeiten und dadurch adäquatere Krankheitsbewältigung zurückzuführen. Die Partnerschafts-Dauer ging mit weniger *Introvertiertheit*, *Angst* und *Desaktiviertheit* (**$BF_{(A/B)t1/t3}$**) sowie einem weniger *negativen* **$KB_{(Gesamt)}$** (**$KB_{(A)t1/t3}$**: v.a. *Transparenz, Körper-Unzufriedenheit*) einher, was nicht nur mit dem Alter korreliert, sondern auch auf die nützliche Wirkung gereifter Partnerschaften hindeutet (z.B. Vertrauen/Verständnis/ Akzeptanz, Ermutigung/Aktivierung, Geringgewichtung von Äußerlichkeiten; u.a. Abend & Williamson, 2002; Kayser & Sormanti, 2002; Manne et al., 2004_b; Wimberly et al., 2005; Fobair et al., 2006; Talley et al., 2010). Die *soziale Unterstützung* durch Partner und Kinder führte zu weniger *Introvertiert-* und *Desaktiviertheit* (**$BF_{(A/B)t1/t3}$**) und jegliche Unterstützung (auch Kollegen/Personal) zu weniger *Stigmatisierung* nach *Mastektomie* (**$KB_{(A/C)t1/t3}$**) - bei Schöne (2010) sogar zu einer allgemein besseren **BF** bzw. einem weniger *negativen* **KB**. Das spricht für den in Überblicken und Metaanalysen positiven, aber differenziellen sozialen Einfluss, v.a. die Bedeutung engster Bezugspersonen (z.B. Kommunikation, Entlastung, Motivation, Struktur; u.a. Jensen, 1991; Helgeson & Cohen, 1996; Spiegel, 1997/& Kato, 2000; Kornblith, 1998; De Boer et al., 1999; Mols et al., 2005; Park & Gaffey, 2007; Naaman, Radwan & Johnson, 2009; Pinquart & Duberstein, 2010). Zugleich wird die „*Social buffer*-Theorie" bei Krebs als „*Life-Stress*" unterstützt (Koopman et al., 1998; vgl. Cohen, 1988/et al., 2000), in Übersichten v.a. für dortige *Risikogruppen* (wie Mastektomie; vgl. Pinto & Maruyama, 1999; Helms, O`Hea & Corso, 2008; Winters, Benson & Pusic, 2010). Dass die *Bedeutsamkeit des KB* nur bei den Frauen zu **t1** mit geringerer *Hostilität* (**$BF_{(A/B)t1}$**) korrelierte, lässt vermuten, dass diese zumindest körperbezogene Gefühle weniger offensiv ausdrücken - der aufgehobene Effekt zu **t3** könnte an den deutlichen Reha-Verbesserungen in beiden Maßen liegen (wobei die Männer ohnehin eine geringere ***BedKB*** zu **t1** zeigten; vgl. **Kap.** 3.1.2.). Die schon bei Schöne (2010) hier fehlenden Zusammenhänge mit den Gesamtskalen widersprechen zwar einer Abhängigkeit des **KB** von dessen *Bedeutsamkeit* bzw. dem Einfluss auf *Identität* und *Selbstwert* (u.a. Wilmoth & Ross, 1997; Cohen, Kahn & Steeves, 1998; Langellier & Sullivan, 1998; Petronis et al., 2003; Moreira, Silva & Canavarro, 2010), lassen aber auf eine emotionsregulierende *Kognitive Dissonanzreduktion* (nach Festinger, 1957) oder eine Prioritätenverschiebung der hier Befragten zugunsten des Genesungswunsches schließen.

Hinsichtlich der *medizinischen* und *behandlungsbezogenen Faktoren* fanden sich ebenso kaum bedeutsame Zusammenhänge und wenn, dann eher mit dem **KB** als der **BF**, was die Befunde bei Schöne (2010) gut repliziert. Nur Metastasierung hing mit einer geringeren $\mathbf{BF_{(A/B)t1/t3}}$, d.h. geringen *PA* (v.a. *Vigilanz*, *Gehobene Stimmung*) und hohen *NA* (v.a. *Introvertiertheit*, *Hostilität*, *Angst*, *Desaktiviertheit*) bzw. *GS*, sowie einem *negativeren* $\mathbf{KB_{(Gesamt/Mastektomie)}}$ ($\mathbf{KB_{(A/B/C/D)t1/t3}}$: v.a. *Körper-/Arm-Unzufriedenheit*) zusammen. Die Einigkeit der Paare hierüber könnte in der Erwartung einer stärkeren Belastung (z.B. *Distress*, *Progredienz-/Rezidivangst*), längerer Behandlungsdauer/-bedarf, geringerem Kontrollerleben oder schlechterer Heilungs-/Überlebens-Prognose begründet liegen, wie auch Studien, Überblicke und Metaanalysen belegen (u.a. Cunningham et al., 1998; Manne, 1998; Morse & Fife, 1998; Aziz & Rowland, 2002; Härtl et al., 2003_a; Herschbach et al., 2003/2004; Kissane et al., 2007; Siedentopf et al., 2008; Kissane, 2009; Pinquart & Duberstein, 2010; Zimmermann et al., 2011). In Anlehnung daran, korrelierte Chemotherapie auch mit einem *negativeren* $\mathbf{KB_{(Gesamt/Brusterhaltende\ Therapie)}}$ ($\mathbf{KB_{(A/B/C/D)t1/t3}}$: v.a. *Körper-Unzufriedenheit*) und behandlungsbedingte Nebenwirkungen mit *Introvertiertheit* bzw. *Desaktiviertheit* ($\mathbf{BF_{(A/B)t1/t3}}$) sowie einem *negativeren* $\mathbf{KB_{(Gesamt)}}$ ($\mathbf{KB_{(A/B)t1/t3}}$: v.a. *Körper-/Arm-Unzufriedenheit*) - ähnlich Schöne (2010). Obwohl bei Schöne (2010) zudem Mastektomie und Tumorstadium mit einer schlechteren **BF** und *negativerem* **KB** einhergingen (während die eigene Entscheidung für die Op-Methode und eine Pro-/Epithese förderlich waren), zeigten sich in der jetzigen Arbeit für die Op-Methode wenig und für Pro-/Epithese keinerlei Effekte, weshalb letzteres in der weiteren Auswertung nicht erscheint. Dass sich der medizinische (Behandlungs-)Status und die oft beständigen physischen Begleiterscheinungen (v.a. infolge Mastektomie, Lymphonodektomie, Chemotherapie) negativ auf das funktionale Leistungsniveau, die psychosoziale Anpassung und *Lebensqualität*, v.a. aber das körperbezogene Erleben auswirken, belegen Überblicke und Metaanalysen (u.a. Irwig & Bennetts, 1997; Moyer, 1997; Kornblith, 1998; Harcourt & Rumsey, 2001; Mols et al., 2005; Alfano & Rowland, 2006; Ganz, 2008; Helms, O`Hea & Corso, 2008; Winters, Benson & Pusic, 2010; Mitchell et al., 2011). Die aber selbst in diesen Überblicken variierenden Effekte könnten auch an der Auseinandersetzung mit und Akzeptanz der Behandlungen (z.B. Brustrekonstruktion) bzw. Begleiterscheinungen liegen, was wiederum von individuellen, z.T. prämorbiden Faktoren abhängt (wie Alter, Persönlichkeit, *Resilienz*, *Traits*, *Coping*, Ressourcen; u.a. Kornblith & Ligibel, 2003; Montazeri, 2008; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008). Die wie schon bei Schöne (2010) fehlenden Effekte der Radiotherapie könnten durch heute gezieltere, schonender

dosierte Strahlungen oder andere Korrelate erklärt werden (z.B. Radiatio bei prognostisch günstiger Brusterhaltender Therapie). Weitere Erkrankungen gingen mit weniger *Angst* und *Hostilität* (**BF$_{(A/B)t1/t3}$**) einher, was an früheren Interventionen, dem Erlernen von Bewältigungsstrategien, dem Aufbau von Ressourcen oder der Ablenkung von einem dysfunktionalen Fokus auf den Krebs liegen könnte. Aktuell fehlende, zu Schöne (2010) diskrepante Effekte für die Frauen in psychologischer/-therapeutischer Behandlung mögen an dem protektiven sozialen Einfluss der teilnehmenden Partner auf diese *Risikogruppe* liegen (vgl. Cohen, 1988/et al., 2000; u.a. Pinto & Maruyama, 1999; Helms, O`Hea & Corso, 2008; Winters, Benson & Pusic, 2010). Ansonsten gelten Lebensereignisse/Traumata, ein geringes Funktionsniveau und psychiatrische Symptome/Diagnosen vor dem Krebs sowie Persönlichkeits- und *Coping*-Faktoren als Prädiktoren der psychischen und -sozialen Anpassung bzw. (Ko-)Morbidität (u.a. Helgeson & Cohen, 1996; Greer, 2002; Aschenbrenner et al., 2003; Kornblith & Ligibel, 2003; Mehnert, 2005; Montazeri, 2008; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008). Zudem ging ein hoher BMI mit einem *negativeren* **KB**$_{(Gesamt)}$ bei den Frauen einher (**KB$_{(A/C)t1/t3}$**: v.a. *Stigmatisierung*, *Körper-Unzufriedenheit*), was für diese objektive **KB**-Komponente zu erwarten war (vgl. Cash & Pruzinsky, 2002). Schöne (2010) stützte dies erstmals durch die Verknüpfung mit körperbezogenen perzeptiven *Wahrnehmungsstörungen* (i.S. Überschätzung eigener Maße) und *Unzufriedenheiten* (i.S. Schlankheits-Wunsch) im Computer-*Morphing*-Test (*BIAS:* Letosa-Porta et al., 2005).

Die wie bei Schöne (2010) meist unbedeutsamen Ergebnisse für die *rehabilitationsbezogenen Variablen* können kaum auf Basis der noch rudimentären Forschung diskutiert werden. Die Zahl bisheriger Reha-Aufenthalte korrelierte mit einem *negativeren* **KB**$_{(Gesamt)}$ (**KB$_{(A/B/C/D)t1/t3}$**: v.a. *Körper-Unzufriedenheit*), was für ein größeres, langfristigeres oder offener geäußertes Behandlungs-Bedürfnis bei Körper-Problemen spricht, wohingegen nur wenige psychiatrisch auffällige Patientinnen Unterstützung finden bzw. fordern (u.a. Brusis, Voigt & Mai, 1993; Ell et al., 2005; Mehnert & Koch, 2008; vgl. Greer, 2002; Newell, Sanson-Fisher & Savolainen, 2002; Mehnert, 2014). Dass die Zahl der aktuellen Reha-Wochen keine Rolle spielte, lässt auf eine beschwerdegerechte Abstimmung der Reha-Länge oder eine in ihrer Frühzeitigkeit förderliche Intervention schließen (u.a. Vos et al., 2006). Dafür gingen positive Reha-Erwartungen mit einer höheren *PA* (v.a. *Vigilanz, Gehobene Stimmung*) und geringeren *NA* (v.a. *Introvertiertheit, Angst*) (**BF$_{(A/B)t1/t3}$**) einher. Zumal bei den hier freiwillig teilnehmenden Patientinnen in anscheinend stabiler Partnerschaft von einer positiv eingestellten, complianten Stichprobe auszugehen ist, bestätigt das die bei Schöne (2010) sowie in Studien und Übersichten hohen

Reha-Erwartungen/-Ziele von Krebs-Patienten, welche in Abhängigkeit individueller (z.B. soziodemografischer, diagnostischer, funktioneller, affektiver/kognitiver) Faktoren den Rehaprozess/-erfolg beeinflussen können (u.a. Bergelt, Welk & Koch, 2000; Faller, Vogel & Bosch, 2000; Domann & Weis, 2007; vgl. Bengel & Koch, 2000; Buchholz & Kohlmann, 2013). Die positive Wirkung alleine der Reha-Teilnahme zeigte sich schon bei Schöne (2010) darin, dass sich die meisten kritischen Zusammenhänge zwischen Personen-Merkmalen und **BF** resp. **KB** in der *Kontrollgruppe* fanden, bei welcher z.B. aufgrund der Wartezeit auf die Reha von einem höheren Leidensdruck auszugehen war.

Die o.g. Zusammenhänge müssen zur nachfolgenden Diskussion der Haupt-Ergebnisse (**F1**-**F3**) differenziert betrachtet werden, denn ähnlich der Vorläuferstudie (Schöne, 2010) wurden v.a. die inkohärenten Forschungen zu den Einfluss- und Kontext-Faktoren bei Brustkrebs bestätigt. Da die dennoch seltenen Korrelate zugleich für alle (Paar-)Urteile bzw. Zeitpunkte und oft nur für Subskalen galten, war zwar eine statistische, aber keine inhaltliche (*konfundierende*) Bedeutung für **BF** und **KB** anzunehmen und mussten diese folglich nicht systematisch kontrolliert werden (Verweis auf prüfende Zusatzanalysen).

4.2 Bewertung der Ergebnisse zu den Auswirkungen einer Brustkrebsbehandlung auf Befindlichkeit und Körperbild von Brustkrebs-Patientinnen aus Sicht der Patientinnen und ihrer Partner

Allen Auswertungen kann vorangestellt werden, dass o.g. Personen-Merkmale, welche sich (u.a. begründbar durch dieselbe Datenquelle bzw. Bezugspunkt Patientin) in Korrelationsanalysen für die Einschätzung von **BF** und **KB** aus Sicht der Patientinnen- (**A**, **C**) und Partner (**B**, **D**) zu **t1** bzw. **t3** als bedeutsam herausstellten, auch nach Partial- bzw. Kovarianzanalysen evtl. Unterschiede zwischen den Gruppen oder Zeitpunkten nicht aufklären konnten (z.B. Partnerschaftsdauer und BMI bei den Frauen; vgl. **Kap.** 2.4.2). Wegen der kumulierten (Alpha-)Fehlerwahrscheinlichkeit bei parallelen Vergleichen erfolgten Ausgangswertkorrekturen und Adjustierungen. Auch die *Baseline*-Werte (**t1**) von **BF** und **KB** gingen in die veränderten Maße zu **t3** ein, lieferten erwartungsgemäß aber bei Kontrolle eine geringere Varianzaufklärung als der *Gruppen*- oder *Messwiederholungs*-Faktor. Zudem hielten die paarweisen Mittelwertsvergleiche der *abhängigen Maße* über die zwei resp. drei Zeitpunkte einer Anpassung (z.B. *Bonferroni*) meist gut stand. Nachfolgend darf auf Basis der im Ergebnisteil dargestellten Zusammenhänge argumentiert werden.

4.2.1 Wahrnehmungen von Brustkrebs-Patientinnen und Partnern hinsichtlich Befindlichkeit und Körperbild der Patientin (F1, H1^{a-c})

Vorrangig zu bearbeitenden Fragen waren (vgl. **Kap.** 1.3.3.1 und 3.1.1, Anhang **Tab.** D-1 bis -13): Wie schätzen Brustkrebs-Patientinnen und ihre Partner die *Befindlichkeit* (**BF**: *Positive Affektivität/PA, Negative Affektivität/NA, Globalen Stressbelastung/GS*) und das *Körperbild* (**KB**) der Frauen im *Selbstbild* der Patientinnen (**A** ICH über MICH), dem durch ihre Partner *antizipierten Selbst-* (**B** SIE über SICH), dem durch die Patientinnen *antizipierten Fremd-* (**C** ER über MICH) und dem *Fremdbild* der Partner (**D** ICH über SIE) ein? Welche Unterschiede, Übereinstimmungen und Zusammenhänge gibt es zwischen den vier Perspektiven? Wie hängen **BF** und **KB** (ggf. geschlechtsdifferenziell) zusammen?

Überwiegend bestätigte Beschwerden in BF und KB der Patientin zu Reha-Beginn (t1) (***H1^{a}***; vgl. **Kap.** 3.1.1.1). Die Ergebnisse sprechen erwartungsgemäß für eine gute Repräsentativität der an der Partner-Studie teilnehmenden Brustkrebs-Patientinnen im Vergleich zur Reha-Gesamtstichprobe der Vorläuferstudie (*N* = 130; Schöne, 2010), i.S. der replizierbaren subjektiven *Reha-Motivation* (-Gründe, -Erfahrungen, -Erwartungen) sowie der **BF$_{(A)}$** und des **KB$_{(A)}$** zu Reha-Beginn (**t1**) [neg**BF$_{(A)}$**/neg**KB$_{(A)}$**↑; $n_{(t1)}$ entspr. $N_{(t1)}$ = H1^{a}-konform]. Der große Anteil vorausgehender Reha-Empfehlungen, -Wünsche und -Maßnahmen schürt sicher die überwiegend positiven -Erwartungen, welche sich auf den Reha-Prozess förderlich auswirken können (vgl. Bengel & Koch, 2000; Buchholz & Kohlmann, 2013). Das Ungleichgewicht der Reha-Gründe (körperliche > emotionale > soziale; einschließlich Alltagsbewältigung) spricht weniger für eine geringe Offenheit bzgl. sozialer Probleme als viel mehr für eine selektierte Stichprobe mit geringen familiären (bzw. Partnerschafts-)Problemen. Die Motive spiegeln sich auch in einem *negativen* **KB$_{(A)}$** und einer behandlungsbedürftigen *GS* [neg**BF$_{(A)(GS)t1}$**↑ = H1^{a}-konform] bei trotzdem eher *positiver* **BF$_{(A)}$** [**BF$_{(A)(PA>NA)t1}$** = nicht H1^{a}-konform] zu **t1** wider, was sich im detaillierten Antwortverhalten zeigte [*Vigilanz/Gehobene Stimmung > Angst/Desaktiviertheit > Introvertiertheit/Hostilität*]. Dies rechtfertigt zugleich die Nutzung dieser offensichtlich weder redundanten noch komplementären Maße (*PA* vs. *NA* vs. *GS*; **BF** vs. **KB**), auch wenn sie bei unterschiedlicher Skalenqualitäten nicht ganz vergleichbar sind. Obwohl Patientinnen mit schwereren (psychischen) Störungen wegen oft eingeschränkter „Reha-Fähigkeit“ ohnehin kaum zu erwarten waren, kann alleine die Aufnahme in die Reha-Klinik (u.a. durch Distanz zum gewohnten Umfeld und entfallende Alltagslasten) schon zu Besserungen beitragen.

So zeigte sich auch bei Schöne (2010), dass die noch sehr durch Krankheit/Behandlung (z.B. Chemo/Radiatio), den häuslichen Kontext und weniger Bedürfnisorientierung geprägte Wartelisten-*Kontrollgruppe* mehr Belastungen beschrieb (z.B. höhere *NA*, Begleiterscheinungen). In Abhängigkeit von persönlichen und kontextuellen Determinanten, *Stereotypen* und *Attribuierungen* sowie der Bedeutung für *Selbstbild* und -*wertgefühl* werden v.a. die körper- und attraktivitätsbezogenen Sorgen von Frauen als Risikofaktor für bzw. den Anstieg von *Distress* und **KB**-Störungen bei Brustkrebs herangezogen (u.a. Van Leeuwen & Macrae, 2004; Olsen & Marshuetz, 2005; vgl. Mathes & Kahn, 1975; Feingold & Mazzella, 1998; Ogle & Ullstrup, 2006; Helms, O`Hea & Corso, 2008) - so stimmten aktuell alle Patientinnen einer hohen v.a. gesellschaftlichen und persönlichen *Bedeutsamkeit des KB* "(eher) zu" [$\boldsymbol{BedKB_{(A)t1}}\uparrow$ = H1[a]-konform; *Aussehen > Brust; gesellschaftlich > persönlich*]. Dass dabei die Brust etwas weniger wichtig erscheint, spricht nicht unbedingt gegen deren (emotionale/funktionale) Bedeutung/Ablehnung (u.a. Wilmoth & Ross, 1997; Langellier & Sullivan, 1998; Grimm et al., 2009), sondern für differentielle Körper-Aspekte, ein akzeptables kosmetisches/funktionelles Ergebnis oder hohes Kontroll-Erleben (u.a. Cohen, Kahn & Steeves, 1998; Härtl et al., 2003_a; Siedentopf et al., 2008; Falk-Dahl et al., 2010). Zudem kann dies auf die Unabhängigkeit *affektiver* und *perzeptueller* **KB**-Komponenten hindeuten, denn bei Schöne (2010) wurde erstmals computergestützt belegt, dass die Frauen nicht nur eine körper- und brustbezogene *affektive Unzufriedenheit*, sondern auch *perzeptive Wahrnehmungsstörungen* (d.h. Fehleinschätzung der Biometrie) aufwiesen, die emotionale Verarbeitung aber bedeutsamer für das **KB** war. Das könnte auch begründen, warum aktuell die Hälfte der Frauen einem *negativen* $\mathbf{KB_{(A)(Gesamt)}}$ "(eher) zu" resp. "(eher) nicht zu" stimmte [neg$\mathbf{KB_{(A)t1}}\uparrow$ = eher H1[a]-konform] [Äquivalente Ergebnisse bei Brusterhaltender Therapie und Mastektomie.]. Den geringen Einfluss der Op-Methode (sowie Zeit seit Diagnose) bestätigen Arbeiten zu körperlichen Krankheits- und Behandlungsfaktoren, wobei die oft nebenwirkungskorrelierten Unterschiede mit der Zeit eh weniger würden (u.a. Schover et al., 1995; Härtl et al., $2003_{a,b}$; Ganz et al., 2004; Herschbach et al., 2003; Burwell et al. 2006; Fobair et al., 2006; Siedentopf et al., 2008; Falk-Dahl et al., 2010; Collins et al., 2011; Rosenberg et al., 2013). Zudem bildet dies die unterschiedliche Anpassung an die psychophysischen und -sozialen Bedürfnisse sowie die reduzierte *Lebensqualität* der Patientinnen in vielen Übersichten und Metaanalysen ab (u.a. Moyer, 1997; Spiegel, 1997; Van'T Spijker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997; Kornblith, 1998; De Boer et al., 1999; Kornblith & Ligibel, 2003; Wilmoth et al., 2004; Alfano & Rowland, 2006; Ganz, 2008; Helms, O`Hea & Corso, 2008; Montazeri, 2008; Reich et al., 2008; Mitchell et al. 2011).

Überwiegend bestätigte Unterschiede in den BF- und KB-Urteilen von Patientin und Partner zu Reha-Beginn (t1) (***H1^{b}***; vgl. **Kap.** 3.1.1.2). Obwohl viele Befunde belegen, dass nicht nur *Selbst-*, sondern auch *Fremdeinschätzungen* (z.B. Partner, Ärzte) als sehr valide gelten (vgl. u.a. Langer & Schulz von Thun, 1974; Spinath, 2000; McCrae et al., 2004), konnten sich in dieser Arbeit erwartungsgemäß die Partner zu **t1** nur schwer in das Selbstbild der Brustkrebs-Patientinnen einfühlen, überschätzten entgegen der Annahme dabei die *positiven* wie *negativen* **BF**-Maße (*PA*/*NA*/*GS*) der Frauen [pos**BF**$_{(A<B)t1}$ = H1^{b}-konform; neg**BF**$_{(A<B)t1}$ = nicht H1^{b}-konform]. Am ehesten untermauert dies die Annahme, dass hier Frauen mit einer guten Krankheitsanpassung bzw. hohem Funktionsniveau selektiert wurden, deren Partner die Belastung ggf. überbewerten, Signale missinterpretieren oder sich durch eine evtl. suggestive Anfrage zur Studien-Teilnahme beeinflusst sahen (i.S. Implikation bedeutsamer Beschwerden bei Brustkrebs). Weniger ist davon auszugehen, dass das Antwortverhalten der Frauen auf einer geringen *Introspektionsfähigkeit*, wenig *Offenheit* oder *sozialer Erwünschtheit* beruht (u.a. Colvin, 1993; John & Robins, 1993; Ready et al., 2000; vgl. Amelang et al., 2006), eher davon, dass die Partner die Emotionalität der Frauen Zuhause ungefilterter mit- bzw. anvertraut bekommen oder dieses an ihrem eigenen Erleben validieren. Hingegen war, wie für das *negative* **KB**$_{(Gesamt)}$ zu **t1** erwartet, das Selbstbild der Patientinnen stets kritischer als das antizipierte Selbst- und antizipierte Fremd- sowie Fremdbild der Partner [**A>B>C>D**; neg**KB**$_{(A>B/A>C/A>D/B>D/C>D)t1}$ = H1^{b}-konform] [Signifikanzen Brusterhaltende Therapie > Mastektomie.]. Hier wirkt sich sicher auch die bereits diskutierte (geschlechtsspezifisch) hohe Anfälligkeit der Frauen für **KB**-Störungen (vgl. **H1^{a}**) und vielleicht auch eine gewisse Bewertungsangst durch die Partner aus (vgl. Vagt, 2000), was sich u.a. darin bestätigt, dass die Frauen (OP-Methoden unabhängig) schon zu **t1** dem weiblichen **KB** eine größere *Bedeutsamkeit* beimaßen als ihre Partner [***BedKB***$_{(♀>♂)t1}$ = H1^{b}-konform; *Aussehen > Brust; gesellschaftlich > persönlich*] [Signifikanzen Brusterhaltende Therapie ≈ Mastektomie.] und beide sogar unabhängig urteilten [***BedKB***$_{(♀x♂)t1}$: $p > .10$ = nicht H1^{b}-konform]. Mitunter kommt es in der Krankheit auch zu einer Fokussierung auf das eigene Erleben (i.S. „Egozentrismus"), weshalb z.B. die Annahme der Frauen über das Partner-Urteil nicht so negativ ausfiel wie ihr Selbst-Urteil und sie (richtig) vermuteten, die Partner könnten ihre Körperkritik nicht nachvollziehen. Dies spiegelt sich auch darin, dass die Partner zwar die **BF**$_{(A<B)}$ der Frauen über- [= z.T. H1^{b}-konform], hingegen das *negative* **KB**$_{(A>B)}$ unterschätzten [= H1^{b}-konform]. Hierzu trägt sicher bei, dass die Frauen bevorzugt ihre positiven Gefühle äußern oder (indirekt) im Verhalten verdeutlichen als über (negative) selbstwertrelevante, meist körperbezogene Themen zu sprechen. Darauf

weisen z.B. auch die vom Paar höher eingeschätzte *PA* als *NA* der Frauen zu **t1** [pos>neg$\mathbf{BF_{(A/B)t1}}$ = nicht $H1^b$-konform] und geringe Ausprägungen/Effekte v.a. bzgl. deren *Hostilität* (**F1-3**) hin. Der bereits zur Stichproben-Diskussion (vgl. **Kap.** 4.1.) herangezogenen Theorie des „emotionalen Systems" aus Patient und Partner folgend, könnten sich beide in ihrem affektiven Erleben zudem mehr ähneln als in ihrer Haltung zum (veränderten) weiblichen Körper. Die resultierende Annahme einer besseren Beobacht-, Überprüf- oder Nachvollziehbarkeit der **BF**- ggü. den (multifaktoriellen) **KB**-Aspekten wird dadurch gestützt, dass die Paar-Urteile bzgl. der $\mathbf{BF_{(AxB)}}$ [= $H1^b$-konform] hier stärker korrelierten als bzgl. des $\mathbf{KB_{(AxB/AxC/BxC/BxD/CxD)}}$ [= $H1^b$-konform] [Signifikanzen Mastektomie > Brusterhaltende Therapie.]. Zugleich ist von einer leichteren Beurteilbarkeit der Frauen (**A**, **B**) vs. Männer (**C**, **D**) auszugehen, da die Frauen ihre Selbstkritik eher äußern oder auf subjektive (Körper-)Makel hinweisen (dies ggf. auch den Partnern unterstellen), während die Partner ihre Themen und Sorgen z.B. aus Scham oder Schutz der Patientin evtl. verbergen (i.S. „*protective buffering*"; u.a. Kuijer et al., 2000; Manne et al., 2005_a/ $2006/2007_b$; Hinnen et al., 2009; vgl. Jungbauer, Bischkopf & Angermeyer, 2001). Somit war wie erwartet das weibliche Selbst- kritischer als das männliche Fremdbild ($\mathbf{KB_{(A>D)}}$ = $H1^b$-konform), aber beide unabhängig [neg$\mathbf{KB_{(AxD)t1}}$: $p > .10$ = nicht $H1^b$-konform], was neben einer unveränderten Sicht der Partner auf die Frauen nach deren Krankheit auch o.g. Protektionismus abbilden kann. Doch eben diese Zurückhaltung lässt auch Interpretationsspielraum, weshalb die Frauen bei den Männern ein kritischeres Fremdurteil vermuteten als zutrifft ($\mathbf{KB_{(C>D)}}$ = $H1^b$-konform), weil sie sich evtl. an der eigenen Sichtweise orientieren. Insgesamt konnten sich beide zwar schwer in den jeweils anderen einfühlen ($\mathbf{KB_{(A>B/C>D)}}$ = $H1^b$-konform), aber (über korrigierende Selbstreflektion) noch gut zwischen dem eigenen Urteil und der Annahme über den anderen unterscheiden ($\mathbf{KB_{(A>C/B>D)}}$ = $H1^b$-konform). Da unerwartet auch das antizipierte Selbst- kritischer ausfiel als das antizipierte Fremdbild ($\mathbf{KB_{(B>C)}}$ = nicht $H1^b$-konform), stellen beide wohl eine gute Annäherung an die sehr diskrepanten, unabhängigen Selbst- (**A**) und Fremd-Urteile (**D**) dar. Berücksichtigt man auch die Abhängigkeit der Urteiler-Übereinstimmungen von Datenmenge, Beobachtbarkeit sowie Grad/Dauer der Bekanntschaft und die erschwerte Beurteilbarkeit affektiver Merkmale (u.a. Borkenau & Liebler, 1993; Watson, Hubbard & Wiese, 2000; vgl. Amelang et al., 2006), könnte man aus allen Fehleinschätzungen der Paare indirekt auf deren eigenes Erleben schließen. Denn bei schwer zu beurteilenden Merkmalen dienen oft *Heuristiken*, *Biases* oder der Urteiler selbst als (hypothesenbildender) Maßstab (u.a. Snyder, 1974/& Swann, 1978; Ready et al., 2000; Watson, Hubbard & Wiese, 2000; vgl. Schwarz, 1994;

Gilovich, Griffin & Kahneman, 2002; Baron, 2007). Dafür scheinen die partnerschaftlichen Urteils-Diskrepanzen bzgl. **BF-** und **KB** unabhängig von der Beziehungsqualität (vgl. Kurtz & Sherker, 2003) und erklären sich aktuell auch nicht durch geschlechtsbezogene Extremantworten, denn Frauen wie Männer zeigten meist ähnlich ausgewogene Antwortmuster - obwohl die männliche Einschätzung bzgl. Brusterhaltender Therapie vs. Mastektomie bei nahezu identischen Skalenwerten wenig differenziert erschien. Auf **Kapitel** 4.1 verweisend, erwies sich die Op-Methode aber eh nicht als diskriminativer Faktor, u.a. wegen der vermuteten protektiven *sozialen Unterstützung* hier v.a. der Partner (z.B. weniger *Stigmatisierung* bei Mastektomie). So sprechen, trotz der vorhergesagten Paar-Abweichungen, die o.g. Übereinstimmungen z.B. zur hohen *PA* der Frauen [= nicht $H1^b$-konform] und die positiven Korrelationen in den Urteilen zu **BF** bzw. **KB** [pos/neg$\mathbf{BF}_{(AxB)t1}\uparrow$ und neg$\mathbf{KB}_{(AxB/AxC/BxC/BxD/CxD)t1}\uparrow$ = $H1^b$-konform] für eine vertrauensvolle, supportive Gesamtinteraktion. Danach erwarteten die Partner der emotionaleren und körperkritischeren Frauen genau diese Selbstkritik und urteilten dann selbst kritischer über den weiblichen Körper, was die Partnerinnen wiederum erwarteten - auch die gegenseitigen Annahmen waren gleichgerichtet. Die Kausalitäts-Frage aussparend (z.B. *Ist IHR Körpererleben negativ, weil SIE glaubt, dass er sie kritisch beurteilt oder umgekehrt?*), ist statistisch schlüssig, dass Maße der gleichen Datenquelle (Patientin: **A**, **C**; Partner: **B**, **D**) korrelieren. Doch lassen gerade diese gemeinsamen Tendenzen auch auf eine auf *Offenheit* und *Einigkeit* beruhende Paar-Zufriedenheit (u.a. Hilton & Koop, 1994; Robbins et al., 2013/2014) sowie die eng zusammenhängende individuelle und dyadische Krankheitsbewältigung der Paare bei Krebs schließen (u.a. Ben-Zur, 2001/et al., 2001; Segrin et al., 2005; Wimberly et al., 2005; Brusilovskiy, Mitstifer & Salzer, 2009; Hinnen et al., 2009; McClure et al., 2012; vgl. Blanchard, 1997) - bei ebenfalls in Überblicken und Metaanalysen oft bestätigter, hoher Belastung der Partner (u.a. Blanchard, 1997; Foy & Rose, 2001; Jungbauer, Bischkopf & Angermeyer, 2001; Pitceathly & Maguire, 2003; Pinquart & Sörensen, 2003; Hagedoorn et al., 2008; Schmid-Büchi et al., 2008; Wiese, Lexow & Hahlweg, 2008; Naaman, Radwan & Johnson, 2009; Götze & Brähler, 2012; Wilz & Meichsner, 2015).

Bei den partnerschaftlichen Fehlurteilen bzgl. des *negativen* $\mathbf{KB}_{(Gesamt)}$ zu **t1** lagen erwartungsgemäß das Selbst- und Fremdbild (**A-D**) bei allen Vergleichen am stärksten auseinander [neg$\mathbf{KB}_{(A-D)>(A-C/B-D)>(A-B)t1}$ = $H1^b$-konform] [Signifikanzen Brusterhaltende Therapie > Mastektomie.], da sich entsprechend der interindividuellen Anpassungsprozesse bei Krebs v.a. oder ausschließlich die Selbstwahrnehmung der direkt betroffenen Frauen (bei ohnehin größerer *Bedeutsamkeit des KB* = $H1^b$-konform) verändert haben sollte, nicht aber die

der Partner über ihre Frauen. Wie angenommen, war auch das gegenseitige Einfühlungsvermögen vergleichbar gut/schlecht (**$KB_{(A-B)\approx(C-D)}$** = $H1^b$-konform), wonach es also keinen Unterschied macht, ob beide aus der Perspektive der Frauen oder der Männer über den weiblichen Körper urteilen. Nebenbefundlich [keine gerichteten Hypothesen] ergaben sich bei letzteren sogar oftmals die geringsten Diskrepanzen [neg$KB_{(A-B/C-D)<(A-C/A-D/B-D)t1}$], was doch für ein vergleichbar gutes Einfühlungsvermögen der Frauen und Männer oder abermals für Paare mit konstruktivem Kommunikations- und Problemlöseverhalten sowie guter Beziehungsqualität spricht (u.a. Bodenmann, 1997; Hagedoorn et al., 2008; Zimmermann, 2014/2015). Dies aufgreifend und dabei der Idee einer Urteils-Übertragung auf das Gegenüber eher widersprechend (z.B. i.S. "*Sich-selbst-erfüllender Prophezeiung*"; nach Merton, 1948), erwiesen sich die Fehlurteile zwischen der jeweils persönlichen Wahrnehmung und der Annahmen über den anderen als ähnlich bzw. ggü. den sonstigen Fehlurteilen als größer [neg$KB_{(A-C/B-D)>(A-B/B-C/C-D)t1}$]. Zugleich zeugt dies erneut von einem guten Differenzierungsvermögen der Befragten zwischen ihrer persönlichen und auf andere bezogenen Meinung. Erwartungsgemäß waren zudem fast alle Fehlurteile positiv korreliert [neg$KB_{(A-BxA-CxA-DxB-DxC-D)t1}\uparrow$ = $H1^b$-konform]. So wurde u.a. bestätigt, dass diejenigen Paare bzgl. der weiblichen Sicht auf den Körper abwichen (**A**-**B**), welche dies auch bzgl. der männlichen Sicht taten (**C**-**D**) [neg$KB_{(A-BxC-D)t1}\uparrow$ = $H1^b$-konform]. Auch erscheint intuitiv, dass größere persönliche Wahrnehmungsunterschiede der Paare ihrer Fähigkeit Grenzen setzen, sich einzufühlen [$KB_{(A-D)x(A-B/C-D)t1}\uparrow$ = $H1^b$-konform]. Erstaunlich waren nur die Beziehungen zwischen übereinstimmenden gegenseitigen Annahmen (**$KB_{(B-C)}$**) und sonstigen Fehlurteilen [neg$KB_{(B-C)x(A-B/A-C/A-D)t1}\downarrow$ = nicht $H1^b$-konform], was vermuten lässt, dass sich die kommunikativen und selbstreflektierten Paare in dem Wissen über ihre unterschiedlichen Ansichten evtl. in ihren (schwer vorhersagbaren) Annahmen korrigieren und sich so annähern. Dass sich o.g. Befunde seltener bei Mastektomie-Patientinnen fanden, mag statistisch durch die schon als fehlend diskutierten Signifikanzen bei den Einzelurteilen (**A**, **B**, **C**, **D**) erklärt werden. Wegen des Zusammenhanges zwischen **BF** und **KB** (vgl. **Kap.** 3.1.1.3) wäre zudem interessant, in welchem der beiden Maße die Paare stärker abweichen. Da hierzu die Skalenqualitäten (*BSKE* vs. *BIBCQ*) vergleichbar gemacht werden müssten (z.B. *z*-Transformation), kann nur indirekt argumentiert werden, dass die **BF**-Urteile stärker korrelierten als im **KB**, was oben diskutierte Annahme einer besseren Einschätzbarkeit der **BF** unterstützt oder auf tatsächlich andere Qualitäten der um die Partner-Sicht (**C**, **D**) erweiterten **KB**-Urteile hindeutet.

Teilweise bestätigter Zusammenhang zwischen BF und KB in den Urteilen von Patientin und Partner zu Reha-Beginn (t1) (***H1***^{c}; vgl. **Kap.** 3.1.1.3). Da wie erwähnt ein Vergleich beider Maße aufgrund heterogener Skalenqualitäten *apriori* nicht zielführend wäre, diente diese Frage v.a. der methodischen Plausibilitätsprüfung (z.B. Konsistenz mit Vorbefunden, Ausschluss von Redundanzen). Die positiven korrelativen Zusammenhänge zwischen **BF** und **KB** bei Gallhofer et al. (2008) sowie Schöne (2010) konnten erneut für das Selbstbild (**A**) der Patientinnen und zugleich für drei der paarbezogenen **BF**- und **KB**-Urteile (**A**, **B**, **C**) zu **t1** bestätigt werden. Je geringer die *PA* [pos$\mathbf{BF}_{(A/B)t1}$x neg$\mathbf{KB}_{(A/B)t1}\downarrow$ = H1^{c}-konform] und je höher die *NA* [neg$\mathbf{BF}_{(A/B)t1}$x neg$\mathbf{KB}_{(A/C/)t1}\uparrow$ = H1^{c}-konform; neg$\mathbf{BF}_{(GS)t1}$: $p > .10$ = nicht H1^{c}-konform] der Patientinnen ($\mathbf{BF}_{(A)}$) waren bzw. durch die Partner ($\mathbf{BF}_{(B)}$) eingeschätzt wurden, desto negativer war auch das $\mathbf{KB}_{(Gesamt/Mastektomie)}$ der Frauen (**A**), das durch die Partner antizipierte **KB** (**B**) sowie die Annahme der Patientinnen über das Partner-Urteil (**C**) [Nur Signifikanzen bei Mastektomie.]. Wie in beiden vorherigen Kapiteln schon diskutiert, ist dies einsichtig, da Urteilsbildungen durch subjektive innere Prozesse (z.B. *Biases*) sowie physische bzw. kognitive Besonderheiten (z.B. Informationsgewinnung) beeinflusst werden und zu einer emotionalen Einfärbung der Selbst-/Fremdbeschreibungen bzw. der (gegenseitigen) Annahmen sowie zu reziproken Verhaltensweisen beider Partner führen können (u.a. Merton, 1948; Snyder, 1974/& Swann, 1978; Vagt, 1979/& Majert, 1977; Ready et al., 2000; Watson, Hubbard & Wiese, 2000; vgl. Schwarz, 1994; Gilovich, Griffin & Kahneman, 2002; Baron, 2007). In Anlehnung an Befunde zur Validität von *Fremdeinschätzungen* (vgl. u.a. Langer & Schulz von Thun, 1974; Spinath, 2000; McCrae et al., 2004) deutet der aktuelle Nachweis der Parallelität bzw. Kompatibilität von $\mathbf{BF}_{(A/B)}$ mit $\mathbf{KB}_{(A/B)}$ darauf hin, dass sich v.a. Selbst- und antizipiertes Selbstbild gleichermaßen zur beschwerdeübergreifenden Beurteilung eignen. Zugleich rechtfertigen o.g. Ergebnisse die separate Auswertung von **BF** und **KB**, da Zusammenhänge zwar nachweisbar sind, aber für einzelne Paar-Urteile ungleich ausfallen - z.B. erwartungsgemäß am stärksten im Selbst- ($\mathbf{BF}_{(A)}\mathbf{xKB}_{(A)}$), hingegen fehlend im Fremdbild ($\mathbf{KB}_{(D)}$: $p > .10$ = nicht H1^{c}-konform). Auch hier muss auf statistisch wahrscheinlichere Beziehungen bei gleichen Datenquellen und Bezugspunkten hingewiesen werden. Interessant ist, dass bei Mastektomie die Sichtweisen zum **KB** stärker mit denen zum **BF** zusammenhingen als bei Brusterhaltender Therapie und sich hierin evtl. das bei Schöne (2010) sowie in Überblicken und Metaanalysen identifizierte Risikoprofil für (psychische, soziale, sexuelle) Anpassungs- und v.a. **KB**-Störungen bestätigt (u.a. Irwig & Bennetts, 1997; Moyer, 1997; Kornblith, 1998; Harcourt & Rumsey, 2001; Mols et al., 2005; Alfano & Rowland, 2006; Ganz, 2008; Helms,

O`Hea & Corso, 2008; Winters, Benson & Pusic, 2010; Mitchell et al., 2011). Dies könnte auch darauf beruhen, dass mastektomierte Frauen aufgrund offensichtlicher (körperlicher) Veränderungen ihr (emotionales) Erleben mehr zum Ausdruck bringen oder könnte indirekt durch das Vorurteil vermittelt sein, dass deren **BF** besonders beeinträchtigt sei (daher auch häufigere Nachfragen durch Ärzte/Partner). Zudem waren die Fehlurteile der Paare bzgl. der **BF** der Frauen entgegen der Erwartung unabhängig von denen des *negativen* **KB**, aber die Tendenzen ähnlich [$\mathbf{BF_{(A\text{-}B)}t1}$xneg$\mathbf{KB_{(A\text{-}B/A\text{-}C/B\text{-}C/B\text{-}D/C\text{-}D)}t1}$: $p > .10$ = nicht $H1^c$-konform] [Keine Signifikanzen bei Brusterhaltender Therapie und Mastektomie.]. Hierin spiegelt sich zum einen das für **BF** und **KB** unterschiedliche Einfühlungsvermögen (Über- vs. Unterschätzung durch Partner; vgl. **Kap.** 3.1.1.2), zum anderen der Nachteil in der Arbeit mit (auf heterogenen Skalen beruhenden) fehleranfälligen Differenzwerten. Die grundlegende Kausalitäts-Frage wurde bei Schöne (2010) derart beantwortet, dass insgesamt die **BF** (v.a. *NA, GS*) sowie deren Veränderung durch eine Reha eher von der Beurteilung des *negativen* **KB** beeinflusst schienen. Nicht zuletzt ist laut Übersichten das Verhältnis zwischen psychischen und körperlichen Faktoren (wie bei Brustkrebs) durch *psychoneuro-immuno-* und *-endokrinologische* Ansätze begründbar (u.a. Jensen, 1991; Antoni, 2003/ et al., 2006; Schulz & Gold, 2006; Irwin, 2008; Slavich, 2016), wobei partnerschaftlicher *Distress* einen besonders großen Einfluss ausüben solle (u.a. Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001/et al., 2002; Uchino, 2006/2009).

4.2.2 Einfluss einer stationären Rehabilitation von Brustkrebs-Patientinnen auf die Wahrnehmungen von Patientinnen und Partnern hinsichtlich Befindlichkeit und Körperbild der Patientin (F2; $H2^{a\text{-}c}$)

Ein weiterer Fragenkomplex lautete (vgl. **Kap.** 1.3.3.2 und 3.1.2, Anhang **Tab.** D-14 bis -31): Welchen unmittelbaren/kurzfristigen Einfluss hat eine stationäre, interdisziplinäre Rehabilitation von Brustkrebs-Patientinnen auf die Einschätzung der *Befindlichkeit* (**BF**: *Positive Affektivität/PA, Negative Affektivität/NA, Globalen Stressbelastung/GS*) und des *Körperbildes* (**KB**) der Patientinnen im *Selbstbild* der Patientinnen (**A** ICH über MICH), dem durch ihre Partner *antizipierten Selbst-* (**B** SIE über SICH), dem durch die Patientinnen *antizipierten Fremd-* (**C** ER über MICH) und dem *Fremdbild* der Partner (**D** ICH über SIE)? Wie verändern sich die Unterschiede, Übereinstimmungen und Zusammenhänge zwischen den vier Perspektiven? Wie hängen die Veränderungen von **BF** und **KB** zusammen?

Überwiegend bestätigte positive Veränderungen in BF und KB der Patientin durch eine stationäre Reha (t1 zu t2 und t3) (***H2^{a}***; vgl. **Kap.** 3.1.2.1). Die gute Repräsentativität der Teil- (*n* = 33) zur Gesamtstichprobe (*N* = 130; Schöne, 2010) der Patientinnen zu Reha-Beginn (**t1**) bestätigt sich auch in den replizierten Ergebnissen zur Vorläuferstudie bzgl. der positiven Reha-Effekte auf **BF** und **KB** nach drei-wöchiger Reha (**t2**) sowie vier Wochen nach Abschluss (**t3**) [$n_{(t1vst2vst3)}$ entspr. $N_{(t1vst2vst3)}$ = H2^{a}-konform]. Die zu **t2** und **t3** deutlichen subjektiven Verbesserungen bilden die zu **t1** als *Reha-Gründe* angegebenen (körperlichen > emotionalen > sozialen) Problembereiche gut ab (vgl. Diskussion zu **Kap.** 4.1). Selbst die Verbesserung (≈70%) der zu **t1** seltenen sozialen Anliegen spricht weniger für eine geringe *Offenheit* der Frauen, als vielmehr für eine zu **t1** geringe Problemwahrnehmung oder weitere Optimierbarkeit auch als positiv erlebter sozialer Beziehungen. Die zu **t2** von fast allen geäußerte Zuversicht bzgl. der bevorstehenden Alltagsbewältigung bestätigte sich zu **t3**. Obwohl zu Recht die Betrachtung nur unmittelbarer Reha-Effekte kritisiert wird (vgl. Schröck, Schwiersch & Stepien, 1994; Muthny, Bullinger & Kohlmann, 1999; *VDR*, 1999), scheint hier zumindest der zweite Erhebungszeitpunkt (**t2**) gut gewählt, da die meisten nur drei bis vier Wochen in der Reha verbrachten (wie bei Schöne, 2010). Angesichts der Therapie-Erfolge ist nachvollziehbar, dass fast alle diese Maßnahme wiederholen bzw. empfehlen würden. Nur 3% gaben auch kritische Anmerkungen, welche u.a. den Wunsch nach mehr psychologischen Gesprächen und dem Einbezug von Angehörigen in die Reha verdeutlichten. Die Vermutung einer besonders differenzierten und partnerschaftszufriedenen Stichprobe stützend, hatten somit etwas weniger Frauen als bei Schöne (2010) einen "uneingeschränkt" positiven Reha-Eindruck, dafür wurde diesmal v.a. der Kontakt zu den Partnern zu **t3** als positiv und bestärkend bewertet.

Für die **BF** (*PA/NA/GS*) [pos$\mathbf{BF}_{(A)t1<t2>t3>t1}$ und neg$\mathbf{BF}_{(A)t1>t2<t3<t1}$ = H2^{a}-konform] und *Bedeutsamkeit des KB* [$\mathbf{\mathit{BedKB}}_{(A)t1>t2<t3<t1}$ = H2^{a}-konform; *persönlich > gesellschaftlich*] sowie das *negative* **KB** [neg$\mathbf{KB}_{(A)t1>t2<t3<t1}$ = H2^{a}-konform] ließen sich meist große *Zeit-Effekte* nachweisen [Brusterhaltende Therapie und Mastektomie äquivalent.]. Wie bei Schöne (2010) ergaben sich so zu **t2** deutliche, sicher auf die Intervention zurückzuführende, Verbesserungen und zu **t3** leichte, vermutlich dem Alltag geschuldete, Verschlechterungen aller Maße, jedoch bei stabilen Erfolgen ggü. **t1**. Die *GS* war zu **t2** als auch zu **t3** (ggü. **t1**) nicht mehr behandlungsbedürftig hoch ausgeprägt, wobei die *Sensitivitäts-Spezifitäts*-Diskrepanz sowie der *Cut-Off*-Wert des *Distress-Thermometers* (nach Mehnert et al., 2006) in **Kap.** 4.2 diskutiert werden. Zugleich erwies sich der Reha-Einfluss auf das **KB** tendenziell als etwas deutlicher als auf die **BF**, welche vermutlich als stärker ausgedrücktes und durch

häusliche Umgebungsfaktoren evtl. bereits positiv beeinflusstes Merkmal schon zu **t1** besser ausfiel (i.S. „*Deckeneffekt*“). Auf eine ohnehin gute Krankheitsanpassung bzw. förderliche Effekte des Krebs weisen auch Überblicke hin (u.a. Kornblith, 1998; Cordova & Andrykowski, 2003; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008; Pascoe & Edvardsson, 2013). Zudem zeigten sich auf Itemebene größere Veränderungen der *persönlichen* ggü. der *gesellschaftlichen* ***BedKB***, was in Anbetracht individueller, selbstwertrelevanter Reha-Erfahrungen nachvollziehbar scheint. Bei Schöne (2010) wurde der Nutzen gerade für das **KB** auch durch ein biometrisch unterstütztes Testverfahren (*BIAS*) in einer Verringerung der körper-/brustbezogenen *Wahrnehmungsstörungen* und *Unzufriedenheiten* deutlich. Wie schon Gallhofer (et al., 2008) und Schöne (2010) bestätigen zahlreiche deutsche Wirksamkeitsstudien, Übersichten und Metaanalysen positive Effekte (ambulanter oder stationärer) Maßnahmen bei (Brust-)Krebs hinsichtlich allgemeiner und gesundheitsspezifischer Reha-Bedürfnisse (wie *Lebensqualität*, physische/emotionale/soziale Funktionen, **KB**; u.a. Schwibbe, 1991; Biskup, Uhlemann & Gärtner, 1994; Schwiersch, Stepien & Schröck, 1994; Gärtner et al., 1996; Krischke et al., $1996_{a,b}$; Herdt et al., 1996/1998; Bergelt et al., 2000/2009/2010; Faller, Vogel & Bosch, 2000; Heim, 2001/et al., 2001; Schäfer et al., 2001; Weis, Moser & Bartsch, 2002; Kramer et al., 2003; Hartmann et al., 2004/2006/2007; Haaf, 2005; Strauss-Blasche et al., 2005; Welk et al., 2005; Domann & Weis, 2007; Krüger et al., 2009; Faller et al., 2013; Bartsch & Zeiss, 2014), wobei es, wie auch jetzt, meist nicht um die Effekte der Einzel-Maßnahmen ging. Trotz der beeindruckenden Reha-Effekte (**t2**/**t3** ggü. **t1**) lassen die aktuellen Ergebnisse aber auch ahnen, dass individuelle (persönliche, soziale, situative) Faktoren offensichtlich zu Verschlechterungen von **BF** und **KB** zu **t3** beitragen (wie bei Schöne, 2010). Wie schon erläutert (vgl. Diskussion **Kap.** 4.1), mag dies z.B. an den laut Übersichten oft schwierigen häuslichen (ggf. beruflichen) Mehrfachanforderungen, weniger Rücksichtnahme bzw. Hilfeleistung (als durch Betroffene/Reha-Personal) oder einer inadäquaten Nachbetreuung liegen (u.a. Aschenbrenner et al., 2003; Kornblith & Ligibel, 2003; Rauch & Muriel, 2004; Mehnert, 2005; Mols et al., 2005; Alfano & Rowland, 2006; Ganz, 2008; Montazeri, 2008; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008; Möller, Krattenmacher & Romer, 2011). Als erwiesen gilt, dass die stationären Reha-Effekte (auch Angehöriger) durch Kontakte, Geselligkeit und hilfreiche „*Abwärts-Vergleiche*“ mitmoduliert werden (u.a. Schönberger & v. Kardorff, 2002). Schon der Eindruck veränderten oder verringerten Verständnisses/*sozialer Unterstützung* könnte den Leidensdruck Zuhause steigern (u.a. Polinsky, 1994; Badger et al., 1999; Bloom et al., 2004; Danhauer et al., 2009; Talley et al., 2010; Cardoso et al, 2016). Auch das (erlebte)

Stagnieren, die Normalisierung oder der Rückgang erzielter Fortschritte könnten Frustration und Selbstzweifel schüren. Zu hinterfragen ist, ob es sich bei o.g. Verbesserungen (**t2**, **t3**) bzw. Verschlechterungen (**t3**) um vorübergehende oder progrediente Veränderungen handelt und ob diese Folge eines (multifaktoriellen) Interventions- oder reinen Zeiteffektes sind. Hier sind die in Studien, Überblicken und Metaanalysen oft schwankenden Zeitverläufe v.a. psychischer Faktoren, psychiatrischer Inzidenzen und des sog. *„Posttraumatischen Wachstums“* anzuführen (u.a. Van'T Spijker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997; Andrykowski & Cordova et al., 1998; Green et al., 1998/2000; Kornblith, 1998; Morasso et al., 2001; Cordova & Andrykowski, 2003; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008; Pascoe & Edvardsson, 2013). Für einen Interventions-Effekt spricht, dass bei Schöne (2010) o.g. Veränderungen im Vergleich zur Wartelisten-*Kontrollgruppe* (mit kaum Verbesserungen bzw. Verschlechterungen) bedeutsam waren und auch in anderen Studien Rehabilitandinnen größere/langfristigere psychosoziale Veränderungen erreichten als Nicht-Teilnehmer (bei ggf. unterschiedlicher Behandlungsbedürftigkeit; u.a. Schönberger & v. Kardorff, 2002; Weis, Moser & Bartsch, 2002; Welk & Koch, 2005). Doch die Langfristigkeit, Stabilität oder Nachhaltigkeit der Effekte lässt sich an dem ggw. eher kurzen Untersuchungsintervall nicht ablesen. Dies spiegelt die metaanalytisch variierenden Evidenzen der onkologischen Forschung (z.B. abhängig von Symptomatik, Methodik, Behandlungs-Länge, Katamnese-Zeitraum; u.a. Meyer & Mark, 1995; Sheard & Maguire, 1999; Rehse & Pukrop, 2003; Söllner & Keller, 2007; Faller et al., 2013), v.a. aber o.g. deutsche Therapie-Studien wieder (vgl. S. 134), welche Erfolge von unterschiedlicher Dauer (mehrmonatig, aber meist rückläufig), Spezifität (z.B. kurzfristig auf emotionale vs. langfristig auf physische Funktionen) und Stabilität nachwiesen. Bei Schöne (2010) wurde zudem der Zusammenhang zwischen der Patientinnen-Charakteristik und dem Reha-Therapieverlauf (d.h. Änderung von **BF**/**KB**) beleuchtet, doch wie in Übersichten kaum gefunden (u.a. Courneya, 2003; Rehse & Pukrop, 2003; vgl. Diskussion **Kap.** 4.1). Nur *Reha-Faktoren* hatten bei Schöne (2010) Einfluss auf die Effekte zu **t2**, z.B. stärkere Verbesserungen der **BF** durch positive Erwartungen bzw. den Kontakt zu Betroffenen, aber weniger Reduktion der **BF**- oder **KB**-Störungen bei größerer Anzahl bisheriger Reha-Aufenthalte. Dies wird wohl (ebenso wie die stärkeren **BF**- und **KB**-Verschlechterungen zu **t3** bei psychologischen/-therapeutischen Behandlungen vor Studien-Beginn und krebsbedingten Nebenwirkungen) mit prädiktiven psychosozialen und psychiatrischen (Ko-)Morbiditäten einhergehen (u.a. Helgeson & Cohen, 1996; Greer, 2002; Aschenbrenner et al., 2003; Kornblith & Ligibel, 2003; Mehnert, 2005; Montazeri, 2008; Reich, Lesur & Perdrizet-Chevallier, 2008).

Überwiegend bestätigte positive Veränderungen in den BF- und KB-Urteilen von Patientin und Partner durch eine stationäre Reha der Patientinnen (t1 zu t3) (***H2^{b}***; vgl. **Kap.** 3.1.2.2). Bei der Überprüfung der Interventions-Effekte zeigte sich zunächst, dass die Partner zu Reha-Beginn (**t1**) als auch vier Wochen nach Abschluss (**t3**) die Patientinnen in ihrer **BF** (*PA/NA/GS*) emotionaler einschätzen als diese sich selbst [pos**BF**$_{(A<B)t1/t3}$ = H2^{b}-konform; neg**BF**$_{(A<B)t1/t3}$ = nicht H2^{b}-konform], was wie schon zu **t1** u.a. an den selektierten Frauen (z.B. mit guter Krankheitsanpassung und *sozialer Unterstützung*), einer Fehleinschätzung der Partner oder deren Beeinflussung durch die (suggestive) Studien-Thematik liegen mag (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.1.2). Dieser (meist große) *Gruppen*- wie auch der *Zeit-Effekt* erwiesen sich als stärker als der (meist mittlere) *Interaktions-Effekt*, was evtl. anders ausfiele, würde man wie beim **KB** auch die **BF**-Maße des Partners betrachten. Die klareren Resultate bei den Subskalen *Gehobene Stimmung* und *Angst* sprechen eher für gute oder leichter verifizierbare Indikatoren in der Patienten-Beurteilung. Erwartungsgemäß schätzten Patientinnen wie Partner zu **t3** die **BF** der Frauen besser ein als zu **t1** (*PA* höher, *NA*/*GS* geringer) [pos**BF**$_{(A/B)t1<t3}$/neg**BF**$_{(A/B)t1>t3}$ = H2^{b}-konform]. Dies bildet zwar primär die positiven Veränderungen der Patientinnen durch die Reha ab (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.2.1), spricht aber auch für die Veränderungssensitivität der Partner, was sich wohl mit deren (nicht erhobenen) Reha-Erwartungen und -Einschätzungen decken würde. Zugleich fände sich hier die Theorie der „*Sich-selbst-erfüllenden-Prophezeiung*" (nach Merton, 1948), i.S. einer therapeutisch erwünschten positiven *Reziprozität* bestätigt (u.a. Pistrang & Barker, 1995; Kayser et al., 1999/2002/2007; Sormanti & Kayser, 2000; vgl. Bodenmann, 2004; Hahlweg, 2003/2014/& Baucom, 2008; Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 2006), insofern sich die positiven Veränderungen der Frauen auch in deren Verhalten ggü. den Partnern zeigen und diese es erwidern sollten oder selbst in der Zeit förderliche Entwicklungen durchlaufen haben könnten (z.B. Entlastung, Hoffnung, Verantwortungsabgabe) - v.a. bei Beteiligung der Partner an der Therapie (u.a. Schönberger & v. Kardorff, 2000/ 2001/2002/2003; Welk et al., 2005; Bergelt et al., 2009). Wenn auch nur mit z.T. mittlerem Effekt, wiesen die Patientinnen stärkere **BF**-Veränderungen von **t1** zu **t3** in der *PA*, die Partner aus Perspektive der Frauen hingegen in der *NA* und *GS* auf [pos**BF**$_{(A>B)t3\text{-}t1}$ = H2^{b}-konform; neg**BF**$_{(A<B)t3\text{-}t1}$ = nicht H2^{b}-konform]. Diese Verläufe lassen auf unterschiedliche Veränderungswahrnehmungen schließen oder sind statistisch den Ausgangswerten geschuldet, weil sich bei den Frauen die zu **t1** schon geringere *NA* nicht so stark verbessern konnte (i.S. „*Deckeneffekt*") wie die von den Partnern überschätzte *NA* (anders *PA*). Trotzdem hingen die Veränderungen der **BF**-Maße der Patientinnen mit denen der Partner über

die Frauen zusammen [$\mathbf{BF_{(AxB)t3\text{-}t1}}$ = H2^b-konform], was die zu **t1** schon hohen Korrelationen einschließt, zugleich erneut die gemeinsame Urteilstendenz und gute Paar-Interaktion betont (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.1.2). Wie bei der **BF** waren für das **KB** die (großen) *Gruppen-* und *Zeit-Effekte* meist stärker und häufiger als die *Interaktions-Effekte* [Signifikanzen Brusterhaltende Therapie > Mastektomie.]. Dabei blieben die ungleichen Einstellungen zur *Bedeutsamkeit des KB*, welche bei den Frauen zu **t1** und **t3** stärker war als bei den Männern, mit großem *Gruppen-Effekt* nachweisbar [$\mathbf{\textit{BedKB}_{(♀>♂)t1/t3}}$ = H2^b-konform]. Insofern zeigte sich gleichsinnig für das *negative* **KB** zu **t1** wie **t3**, dass das Selbstbild der Patientinnen immer am negativsten war, gefolgt vom antizipierten Selbst-, antizipierten Fremd- und Fremdbild der Partner [**A>B>C>D**; neg$\mathbf{KB_{(A>B)t1/(A>C/A>D/B>D/C>D)t1/t3}}$ = H2^b-konform]. Es scheinen sich auch hier die positiven Reha-Ergebnisse der Frauen auf die Partner zu übertragen oder zumindest zu einer intensiveren Kommunikation beizutragen (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.2.1), da beide die ***BedKB*** [$\mathbf{\textit{BedKB}_{(♀/♂)t1>t3}}$ = H2^b-konform; großer Effekt] und **KB**-Störungen in allen Urteilen zu **t3** weniger hoch einschätzten [neg$\mathbf{KB_{(A/B/C/D)t1>t3}}$ = H2^b-konform]. Zur Erklärung trägt sicher auch bei, dass sich die Paare zu **t1** mit den (z.T. noch akuten) körperlichen Beschwerden der Frauen und daher mit dem weiblichen **KB** stärker auseinanderzusetzen hatten. Daher erwies sich evtl. der Einfluss der Reha resp. Zeit auf das $\mathbf{KB_{(A)}}$ der Frauen als größer als auf deren schon zu **t1** positivere und damit weniger änderungssensitive $\mathbf{BF_{(A)}}$ (vgl. **Kap.** 3.1.2.1). Doch wie bei der **BF**, waren die Veränderungen von **t1** zu **t3** bzgl. der ***BedKB*** bei den Frauen größer als bei den Partnern [$\mathbf{\textit{BedKB}_{(♀>♂)t3\text{-}t1}}$ = H2^b-konform; großer Effekt] und (ggf. moderiert durch ***BedKB***) auch bzgl. des *negativen* **KB** im Selbstbild am größten (**A>C>B>D**; neg$\mathbf{KB_{(A>B/A>C/A>D)t3\text{-}t1}}$ = H2^b-konform; neg$\mathbf{KB_{(BvsC/BvsD/CvsD)t3\text{-}t1}}$: $p > .10$]. Dabei konnten sogar die Unterschiede im Selbst- und antizipierten Selbstbild durch eine Urteilsannäherung zu **t3** aufgehoben werden [neg$\mathbf{KB_{(AvsB)t3}}$: $p > .10$ = nicht H2^b-konform]. Es ist davon auszugehen, dass die Frauen direkt von der Intervention profitieren und ihre spürbaren Veränderungen gut benennen können, während dies indirekt auf die Partner und die weiter abweichenden (nur gemeinsam verifizierbaren), sich aber ähnlich verändernden gegenseitigen Annahmen ausstrahlt [neg$\mathbf{KB_{(B>C)t1/t3}}$ = nicht H2^b-konform; neg$\mathbf{KB_{(BvsC)t3\text{-}t1}}$: $p > .10$ = nicht H2^b-konform]. Den o.g. geschlechtsbezogenen Urteilsentwicklungen über die Zeit scheint geschuldet, dass die Veränderungen in ***BedKB*** und **KB** von **t1** zu **t3** seltener korrelierten als die Einzel-Urteile zu **t1** [$\mathbf{\textit{BedKB}_{(♀x♂)t3\text{-}t1}}$ und neg$\mathbf{KB_{(AxB/AxD/BxC/BxD/CxD)t3\text{-}t1}}$: $p > .10$ = nicht H2^b-konform] [Signifikanzen Brusterhaltende Therapie ≈ Mastektomie.]. Während statistisch trivial ist, dass Zeitpunkte zusammenhängen, muss hier wieder die weniger reliable Arbeit mit Differenzen bedacht werden. Je stärker sich jedoch das *negative* **KB** der Frauen von **t1** zu **t3**

veränderte, desto stärker veränderte sich ebenso ihre Annahme vom Partner kritisch beurteilt zu werden [neg**KB**$_{(AxC)t3\text{-}t1}$↑ = H2^{b}-konform], was nicht nur in der gleichen Datenquelle, sondern auch in der vermuteten Generalisierung des Reha-Effektes der Frauen auf deren sonstige Einstellungen begründet liegen kann. Dass aber die Paar-Urteile kausal Einfluss auf die Veränderung des jeweils anderen hätten, konnte in zusätzlichen (nicht abgebildeten) Kovarianz-Analysen (der Werte des Einen auf Ausgangswert korrigierte Änderungswerte des Anderen) nicht bestätigt werden. Äquivalent zu den bereits bei Gallhofer et al. (2008) im Fragebogen und bei Schöne (2010) im Computer-Test (*BIAS*) durch die Reha verringerten körper-/brustbezogenen *Unzufriedenheiten* (**t2**), fanden sich ggw. viele Signifikanzen für die Subskala *Körper-Unzufriedenheit*. Zudem zeigten sich, wie schon zu **t1**, nur geringfügig mehr Effekte bei Brusterhaltender Therapie (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.1.2).

Bzgl. der Beurteilung der **BF** der Frauen wiesen die Paare zu **t3** deutlich weniger Unterschiede auf als zu **t1** [pos/neg**BF**$_{(A\text{-}B)t1>t3}$ = H2^{b}-konform], was für die erwartete Annäherung über die Zeit spricht. Zwar überschätzten die Partner die Emotionalität der Frauen zu **t3** weiterhin, aber weniger als zu **t1**. Dies kann auf einen durch die Paar-Studie selbst motivierten oder die Reha-Effekte intensivierten Austausch der offenbar bereits zugewandten Paare hindeuten, was durch die positiven Ergebnisse zur veränderten *Partnerschaftsqualität* (**PQ**; vgl. **Kap.** 4.2.3) gestärkt wird. Den o.g. *Interaktions*-Effekt für das *negative* **KB** untermauernd, wiesen die Paare nur im Vergleich zum Selbstbild geringere Unterschiede zu **t3** ggü. **t1** auf [neg**KB**$_{(A\text{-}B/A\text{-}C/A\text{-}D)t1>t3}$ = H2^{b}-konform; neg**KB**$_{(B\text{-}C/B\text{-}D/C\text{-}D)t1vst3}$: $p > .10$] [Signifikanzen Brusterhaltende Therapie ≈ Mastektomie.] - entsprechend veränderten sich von allen Urteils-Differenzen jene zum Selbstbild der Frauen auch am stärksten von **t1** zu **t3** [neg**KB**$_{(A\text{-}B/A\text{-}C/A\text{-}D)>(B\text{-}C/B\text{-}D/C\text{-}D)t3\text{-}t1}$ = H2^{b}-konform; $p_{(Sonstige)t3\text{-}t1} > .10$] [Keine Signifikanzen bei Brusterhaltender Therapie und Mastektomie.]. So bestätigt sich, dass die Urteils-Annäherungen der starken Reha-Veränderung der Patientinnen (und so deren Angleichung an die anfängliche Überschätzung der Partner) geschuldet sind und weniger einem gebesserten Einfühlungsvermögen der Partner - wobei sich manche Diskrepanz zum antizipierten Selbstbild zu **t3** leicht vergrößerte (**B-C**, **B-D**). Es ist intuitiv, dass sich durch die (gemeinsam) erhofften und erfüllten Reha-Effekte der Frauen nicht nur deren Urteile (bzw. über diese; **A**, **B**, **C**), sondern auch die Fehlurteile zu ihrem Selbstbild stärker veränderten als zu seinem (nicht beeinflussten, schlechter beobachtbaren) Fremdbild (**D**). Die erwartungsgemäß korrelierenden Fehlurteile beider Zeitpunkte (**t1**, **t3**) waren für das **KB** sogar deutlicher [neg**KB**$_{(A\text{-}B/A\text{-}C/A\text{-}D/B\text{-}C/B\text{-}D/C\text{-}D)t1xt3}$↑ = H2^{b}-konform] [Signifikanzen Brusterhaltende Therapie ≈ Mastektomie.] als für die **BF** [pos/neg**BF**$_{(A\text{-}B)t1xt3}$↑ = H2^{b}-konform], wobei die höheren **BF**-*Baseline*-Werte (und potentieller „*Deckeneffekt*“) zu beachten sind.

Insgesamt sprechen o.g. Befunde für die Effizienz der Reha der Frauen i.S. erwünschter Nebeneffekte, z.B. auf wechselseitige Partner-Urteile sowie die **PQ** (vgl. **Kap.** 4.2.3). Jene Mitbeeinflussung ließ sich umgekehrt für (Brust-)Krebs-Patienten nachweisen, die nicht an den *edukativen* Partner-Gruppen teilnahmen (u.a. Toseland, Blanchard & McCallion, 1995; Blanchard, McCallion & Toseland, 1996; Bultz et al., 2000). Dennoch belegen Studien die Überlegenheit von paar- ggü. rein patientenorientierten Interventionen für Patienten, Partner und Partnerschaft bei (Brust-)Krebs (u.a. Schönberger & v. Kardorff, 2002; Scott, Halford & Ward, 2004; Zimmermann & Heinrichs et al., 2006/2008/2011; Baucom et al., 2009), wobei in Überblicken und Metaanalysen für beide Partner gleichartig positive, stabile Effekte oft fehlen und die Betroffenen (analog der aktuellen Arbeit) meist stärkere Effekte erleben (u.a. Martire et al., 2010; Baik & Adams, 2011; Regan et al., 2012; Badr & Krebs, 2013; Faller et al., 2013). Jedoch können sich depressive Symptome schon alleine durch den Fokus auf die Beziehung (ohne Partnerbeteiligung) verbessern, v.a. bei zuvor geringer partnerschaftlicher Unterstützung (u.a. Manne et al., 2005_b). Ergänzend trugen bei Schöne (2010) die erlebte *Unterstützung* durch den Partner sowie die Partnerschafts-Dauer zu einem geringeren Anstieg des *negativen* **KB**, aber auch zu einer stärkeren Reduktion der **BF** der Frauen von **t2** zu **t3** bei, was nochmals auf die Individualität beider Maße sowie den differenziellen Einfluss der Personen-Merkmale (vgl. Diskussion **Kap.** 4.1) und der vorliegend erst konkretisierten paarbezogenen Faktoren (**PQ**; vgl. **Kap.** 4.2.3) schließen lässt. Dass die Partnerschafts-Dauer aktuell mit weniger negativen Symptombereichen der Frauen (**BF**: *Introvertiertheit*, *Angst*, *Desaktiviertheit*; **KB:** *Körper-Unzufriedenheit*, *Transparenz*) nicht nur zu **t1**, sondern auch **t3** einherging, bekräftigt die bereits beleuchtete, förderliche Wirkung der (in der ggw. selektierten Stichprobe erkennbaren) stabilen Paarbeziehung, welche auch Ausdruck in der verlässlichen Studien-Teilnahme der Partner findet.

Wenig bestätigte Zusammenhänge zwischen der Veränderung von BF und KB in den Urteilen von Patientin und Partner durch eine stationäre Reha der Patientinnen (t1 zu t3) (***H2^c***; vgl. **Kap.** 3.1.2.3). Es ergaben sich zwar kaum Beziehungen zwischen der Veränderung der **BF** und der des **KB** vom Reha-Beginn (**t1**) bis vier Wochen nach Abschluss (**t3**), doch korrelierten v.a. die veränderte negative **BF** und das *negative* **KB** erwartungsgemäß und lieferten gegenseitig (bedingt) Vorhersage, gerade im Selbst- (**A**) und z.T. antizipierten Selbstbild (**B**) der Patientin und Partner [neg$\mathbf{BF}_{(A/B)t3\text{-}t1}$x neg$\mathbf{KB}_{(A)t3\text{-}t1}$↑ = $H2^c$-konform]. Je mehr sich dabei die Einschätzungen der *NA* bzw. *GS* von **t1** zu **t3** veränderten, desto mehr veränderte sich das *negative* **KB**, nicht aber bei der *PA* [pos$\mathbf{BF}_{(A/B)t3\text{-}t1}$: $p > .10$ = nicht

$H2^c$-konform] [Signifikanzen nur bei Mastektomie.], was die schon zu **t1** fehlenden Korrelationen einschließt (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.1.3). Wenngleich beide Maße (wie schon für die *Baseline*-Werte zu **t1** diskutiert) ihrer Skalenqualitäten wegen *apriori* nicht vergleichbar sind, lassen auch die parallelen Veränderungen von $\mathbf{BF_{(A/B)}}$ und $\mathbf{KB_{(A)}}$ vermuten, dass sich Selbst- und antizipiertes Selbstbild nicht nur gut zur Beschwerde-, sondern auch zur Therapie-Evaluation eignen - das Selbsturteil dabei am besten (v.a. für das **KB**). Da aber selbst ähnliche Veränderungswerte und Korrelationen unterschiedlich zustande kommen können, hilft die Betrachtung der Einzel-Urteile (**A**, **B**, **C**, **D**; vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.2.2) als auch deren Zusammenhänge bzgl. **BF** und **KB**, welche sich nun mal nicht gleichsinnig über die Zeit resp. durch die Reha veränderten, was aus methodischer Sicht nochmals die separate Erhebung beider (erkennbar nicht redundanter) Maße legitimiert und plausibilisiert. Allerdings ließen sich fehlende Korrelationen zwischen den Veränderungen [neg$\mathbf{KB_{(B/C/D)t3\text{-}t1}}$: $p > .10$ = nicht $H2^c$-konform], v.a. bei Brusterhaltender Therapie, mit bereits fehlenden zu **t1** erklären, während der erneute Einfluss der Mastektomie an den vielleicht deutlicheren oder offensichtlicheren körperlichen Beschwerden sowie einem stärkeren Ausdruck von bzw. engmaschigeren Austausch über diese (gebesserten) psychosomatischen Beschwerden liegen mag (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.1.3). Während die Fehlurteile zwischen Patientinnen und Partnern zu **t1** gar nicht korrelierten (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.1.3), hingen die veränderten Fehlurteile von **t1** zu **t3** für die *NA* und das *negative* **KB** positiv zusammen, aber nur verglichen mit dem Selbstbild der Frauen (**A**) [neg$\mathbf{BF_{(A\text{-}B)t3\text{-}t1}}$xneg$\mathbf{KB_{(A\text{-}B/A\text{-}C/A\text{-}D)t3\text{-}t1}}$↑ = $H2^c$-konform] [Signifikanzen nur bei Brusterhaltender Therapie.], welches sich ja nachweislich durch den direkten Reha-Input am meisten über die Zeit verändert bzw. verbessert (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.2.2). Daher mögen sich hier fehlende Signifikanzen [neg$\mathbf{KB_{(B\text{-}C/B\text{-}D/C\text{-}D)t3\text{-}t1}}$: $p > .10$ = nicht $H2^c$-konform] u.a. durch die o.g. geringeren Veränderungen in diesen Urteils-Differenzen von **t1** zu **t3** erklären. Wie schon für die Zusammenhänge zu **t1** bleibt anzumerken, dass die *PA* [pos$\mathbf{BF_{(A\text{-}B)t3\text{-}t1}}$: $p > .10$ = nicht $H2^c$-konform] auch für die veränderten Fehlurteile von **t1** zu **t3** seltener von Bedeutung erschien als die *NA* oder *GS*, was letztere als zuverlässigere Indikatoren für oder Begleiterscheinungen des *negativen* **KB** erneut bestätigt (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.1.3). Obwohl sich bei beiden Op-Methoden die Fehlurteile der Paare bzgl. **BF** und **KB** ähnlich veränderten (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.2.2), waren diesbzgl. Zusammenhänge für die Brusterhaltende Therapie etwas deutlicher, wobei diese schon zu **t1** z.T. größere Gruppenunterschiede und Korrelationen hervorbrachte (vs. Mastektomie bei z.B. protektiver *soziale Unterstützung* oder oft eigener Op-Entscheidung; vgl. Diskussion **Kap.** 4.1. und zu 3.1.1.2).

Insgesamt ähneln die beschriebenen Korrelationsmuster denen der Vorläuferstudie (Schöne, 2010), wo die Verbesserungen in **BF** und **KB** der Patientinnen (von **t1** zu **t2** und **t3**) miteinander einhergingen, aber kausal betrachtet die (Ausgangswert kontrollierte) Veränderung der **BF** vom erlebten **KB** zu **t1** und **t3** abhing, welches somit für die positiven Reha-Effekte und deren Nachhaltigkeit von größerer Bedeutung zu sein scheint.

4.2.3 Rolle der Partnerschaftsqualität: Wahrnehmungen von Brustkrebs-Patientinnen und Partnern, Einfluss einer stationären Rehabilitation der Patientinnen sowie Zusammenhang mit Befindlichkeit und Körperbild (F3, H3^{a-c})

Ferner sollte untersucht werden (vgl. **Kap.** 1.3.3.3 und 3.1.3; **Anhang** D-32 bis -41): Wie schätzen Brustkrebs-Patientinnen und ihre Partner die *Partnerschaftsqualität* (**PQ**) im *Selbstbild* der Patientinnen (**A** ICH über MICH), dem durch ihre Partner *antizipierten Selbst-* (**B** SIE über SICH), dem durch die Patientinnen *antizipierten Fremd-* (**C** ER über MICH) und dem *Fremdbild* der Partner (**D** ICH über SIE) ein? Welche Unterschiede, Übereinstimmungen und Zusammenhänge gibt es zwischen den vier Perspektiven? Welchen Einfluss hat eine stationäre, interdisziplinäre Rehabilitation der Patientinnen auf die Paar-Urteile zur **PQ**? Welcher Zusammenhang besteht zwischen der **PQ** und den Urteilen hinsichtlich *Befindlichkeit* (**BF**) sowie *Körperbild* (**KB**) der Patientinnen und wie hängen die Veränderungen von **PQ**, **BF** und **KB** im Rahmen einer stationären Reha zusammen?

Teilweise bestätigte Unterschiede in der PQ in den Urteilen von Patientin und Partner zu Reha-Beginn (t1) (H3^{a}; vgl. **Ka**p. 3.1.3.1). Wenngleich Überblicke zum Brustkrebs eindeutige psychosoziale Einflüsse als auch Auswirkungen belegen (u.a. Northouse & Perters-Golden, 1993; Turner, Wooding & Neil, 1998; Moyer, 1997; De Boer et al., 1999; Kornblith & Ligibel, 2003; Mols et al., 2005; Neutze & Beier, 2005; Baucom et al., 2006; Ganz, 2008; Montazeri, 2008; Schmid-Büchi et al., 2008; Neises & Holthausen-Markou, 2010) und v.a. partnerschaftlicher *Distress* negative gesundheitliche Effekte hat (u.a. Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001/et al., 2002; Uchino, 2006/2009), darf der folgenden Diskussion vorangestellt werden, dass Kenntnisse über die prämorbide Ausprägung gerade der **PQ** zur Aufklärung jener Zusammenhänge

interessant und hilfreich wären. Denn einerseits könnten vorbestehende Partnerschaftsprobleme durch die Herausforderungen der Krebs-Erkrankung offengelegt oder verstärkt werden, sich andererseits konflikterprobte Paare mit der Stress-Bewältigung gar leichter tun oder stabile Partnerschaften gefestigt und intensiviert werden (z.B. i.S. „*Posttraumatischen Wachstums*"; u.a. Park, Cohen & Murch, 1996; Tedeschi & Calhoun, 1996). Denn das dyadische *Coping* trägt beiderseits zu Anpassung und Wohlsein bei (u.a. Pistrang & Barker, 1995; Kayser et al., 1999/2002/2007; Sormanti & Kayser, 2000), wie für die **BF** und das **KB** bereits beleuchtet (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.2.2). In diesem Kontext ist begründbar, warum sich vorliegend die $\mathbf{PQ_{(A)}}$ der Patientinnen, die durch die Partner antizipierte $\mathbf{PQ_{(B)}}$ der Frauen und die durch die Frauen antizipierte $\mathbf{PQ_{(C)}}$ der Männer zu Reha-Beginn (**t1**) nicht bedeutsam unterschieden [$\mathbf{PQ_{(AvsB/AvsC/BvsC)t1}}$: $p > .10$ = nicht H3[a]-konform], wodurch sich hier insgesamt höhere Paar-Übereinstimmungen als bzgl. der **BF** und des **KB** ergaben (**PQ>BF>KB**). Dies untermauert einerseits die oft diskutierte Annahme hier befragter Paare mit guter Beziehungsbasis, *Resilienz* oder Ressourcen (vgl. Diskussion **Kap.** 4.2), könnte zum anderen aber an der durch diese Arbeit gelenkten Fokussierung des Paares auf die Partnerschaftsfaktoren liegen, welche wohl häufiger, offener, direkter oder vielfältiger in Kommunikation und Verhalten Ausdruck finden als die (affektiven, kognitiven) Aspekte von **BF** oder **KB**. Das diesbzgl. Einfühlungsvermögen könnte auch durch die Beobacht-/Beurteilbarkeit verbessert werden, welche neben der Datenmenge sowie Grad/Dauer der Bekanntschaft zu höheren Urteiler-Zusammenhängen beiträgt (u.a. Watson, Hubbard & Wiese, 2000). Ferner ähneln sich die Paar-Aussagen und -Annahmen vielleicht, weil jeder sein eigenes (hier vermutlich positives) Erleben zu Grunde legt und/oder i.S. einer „*Sich-selbst-erfüllenden-Prophezeiung*" (nach Merton, 1948) auf den anderen überträgt, was durch *Reziprozität* eine gute Beziehung fördert (vgl. u.a. Baucom, Epstein & Gordon, 2000; Bodenmann, 2004/2007; Hahlweg, 2003/2014; Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 2006/2016). Hierfür sprächen die oft förderlichen sozialen Konsequenzen (z.B. Kommunikation, Zufriedenheit, Nähe, Bindung, Aufgabenübernahme) für die Brustkrebs-Paare in Studien und Übersichten (u.a. Kornblith, 1998; Manne, 1998; Cordova et al., 2001/& Andrykowski, 2003; Manne et al., 2004_a; Dorval et al., 2005; Bellizzi & Blank, 2006; Mols et al., 2009; Drabe et al., 2013). Zugleich könnten die gegenseitigen Erwartungen selbstwertdienlich angepasst sein, weil eine vom Partner als schlecht erlebte **PQ** negativ bzw. destabilisierend rückwirken würde. Dass die Frauen aus Partner-Sicht aktuell nur das Item *Unterstützung* höher einschätzten als umgekehrt, mag darauf beruhen, dass sie von einem geringeren oder befriedigten Bedürfnis der Partner nach Zuwendung ausgehen, während die Männer

hierin evtl. ihre Selbstzweifel und Unsicherheit über ihre (subjektiv ungenügende) Hilfeleistung für die Frauen ausdrücken. Erwartungsgemäß erwies sich die **PQ** der Partner (**D**) von allen Urteilen als am höchsten bzw. positivsten [**A<C<B<D**; $\mathbf{PQ}_{(A<D/B<D/C<D)t1}$ = $H3^a$-konform], was weniger eine Fehleinschätzung der Paar-Situation, als vielmehr Ausdruck der geringeren oder gar positiven Beeinflussung der Partner durch die Krankheit der Frauen ist, obwohl letztere stärker profitieren würden (*sekundärer > tertiärer Krankheitsgewinn*; u.a. Kier et al., 2011). Auf Itemebene wurde deutlich, dass v.a. die persönlichen Meinungs-Unterschiede (**A**vs**D**) u.a. mit der individuellen (für die Partner hier nicht erhobenen) **BF** einherzugehen scheinen, denn die Frauen gaben eine größere *Persönliche Belastung* an als die Männer, zugleich eine höhere *Partnerschafts-Belastung* und geringere *Partnerschafts-Stärkung*, welche sich wohl wechselseitig bedingen. Bekannt ist, dass die erlebte Übereinstimmung bzw. *Einigkeit* über den Umgang mit krebsrelevanten Themen sowie der Einsatz von Gefühls- bzw. „Wir"-Formulierungen wiederum das Empfinden von Partnerschaft, *sozialer Unterstützung* sowie u.a. *Attraktivität* der Frauen und somit indirekt **BF** bzw. **KB** beeinflussen (u.a. Hilton & Koop, 1994; Abend & Williamson, 2002; Robbins et al., 2013/ 2014; vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.1.2). Das o.g. gute Einfühlungsvermögen der Partner zeigt sich auch in deren (durch die Frauen bestätigten) Vermutung, dass die Frauen eine geringere **PQ** (v.a. geringer erlebte *Unterstützung* und höhere *Partnerschafts-Belastung*) benennen als sie selbst [$\mathbf{PQ}_{(A<D/B<D)t1}$ = $H3^a$-konform]. Zudem unterschätzten die Frauen die **PQ** ihrer Partner [$\mathbf{PQ}_{(C<D)t1}$ = $H3^a$-konform] und zeigten somit, wie beim **KB**, ein weniger gutes Einfühlungsvermögen als die Männer, evtl. weil sie ihre eigene hohe Belastung als Indiz für ihre **PQ** heranziehen, während die Partner durch ihren geringen Austausch über Gefühle und Ansichten (aus Selbst-/Fremdschutz) eher schwieriger einzuschätzen sind (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.1.2). Gestützt wird diese Annahme auf Item-Ebene dadurch, dass die Frauen bei ihren Partnern neben einer höheren *Persönlichen* und *Partnerschafts-Belastung* sowie weniger *Partnerschafts-Stärkung* v.a. größere *Kommunikations-Probleme* vermuteten als die Partner selbst an-/zugaben. Die Zurückhaltung oder Überprotektion der Partner kann bei den Krebs-Patienten aber mit negativem (Beziehungs-)Erleben einhergehen (z.B. Misstrauen/-verständnis), denn die kommunikativen und reaktionalen Fähigkeiten der Partner (wie Offenheit, Emotionalität, Akzeptanz, Interesse, Unterstützung) beeinflussen das Erleben und die psychophysische Anpassung der Frauen (u.a. Kuijer et al., 2000; Manne et al., 2004_b/2005_a/2006/2007_b; Wimberly et al., 2005; Hinnen et al., 2009; Talley et al., 2010; vgl. Jungbauer, Bischkopf & Angermeyer, 2001). Somit ist intuitiv, dass aktuell alle eigenen und wechselseitigen Patientinnen- (**A**, **C**) und Partner-Urteile (**B**, **D**) zur **PQ** positiv

zusammenhingen [$\mathbf{PQ}_{(AxB/AxC/BxC/BxD/CxD)t1}\uparrow$ = H3[a]-konform]. Es ist zwar anzunehmen, dass partnerschaftliche Zufriedenheit bevorzugt gezeigt und gespiegelt wird (wie positive Gefühle im Allgemeinen), doch selbst „unglücklichere" Paare stimmten darin wenigstens überein. Das spricht erneut für die Bedeutung des Austauschs und der *Einigkeit* der (Interaktions-) Partner im Rahmen eines guten dyadischen Problemlöse- und Anpassungsprozesses (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.1.2), zugleich für ein sog. „*Emotionales Updating*" um eine „Entfremdung" zu verhindern (nach Zimmermann, 2014), was in Studien und Übersichten mit der Beziehungsqualität und -zufriedenheit in Wechselwirkung steht (u.a. Bodenmann, 1997; Kayser, Watson & Andrade, 2007; Hagedoorn et al., 2008; McClure et al., 2012; Zimmermann, 2014/2015). Diese Kommunikation, erlebte Intimität und gemeinsame Zeit spielen eine Rolle für das bei Stress allgemein und in Krebs-Überblicken besonders erhöhte partnerschaftliche/soziale Konflikt- und z.T. Trennungspotential (u.a. Kornblith, 1998/& Ligibel, 2003; Neutze & Beier, 2005; Alfano & Rowland, 2006; Ganz, 2008; Bodenmann et al., 2010). Infolge erwiesener Geschlechts-Unterschiede scheint die Relevanz der *Ehequalität* für Frauen höher, insofern diese nur von einer glücklichen Ehe profitieren, Männer immer (z.B. Auswirkungen auf Gesundheit; u.a. Levenson, Carstensen & Gottman, 1994).

Erwartungsgemäß fielen aktuell von allen Urteils-Differenzen die zwischen Selbst- und Fremdbild (**A-D**) am größten aus [$\mathbf{PQ}_{(A-D)>(A-B/A-C/B-C/C-D)t1}$ = H3[a]-konform], nebenbefundlich [keine gerichteten Hypothesen] ebenso zwischen antizipiertem Fremd- und Fremdbild (**C-D)** [$\mathbf{PQ}_{(C-D)>(A-B/A-C/B-C)t1}$], hingegen am geringsten zwischen (antizipiertem) Selbst- und antizipiertem Fremdbild (**A-C**, **B-C**) [$\mathbf{PQ}_{(A-C/B-C)<(A-D/B-D/C-D)t1}$]. Somit waren, ähnlich dem **KB** zu **t1** (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.1.2), auch in der **PQ**-Beurteilung die persönlichen Unterschiede zwischen IHR und IHM (evtl. wegen der individuellen Betroffenheit durch den Krebs) am größten, dagegen IHRE Urteile (evtl. wegen der gleichen Datenquelle) am konsistentesten bzw. die gegenseitigen Annahmen (evtl. als realistische Urteils-Annäherung/-Mittelung) am ähnlichsten. Entgegen jedoch der **KB**-Befunde, unterschied sich die Differenz zwischen Selbst- und antizipiertem Selbstbild (**A-B**) von der zwischen Fremd- und antizipiertem Fremdbild (**C-D**) [$PQ_{(A-B)<(C-D)t1}$ = nicht H3[a]-konform], wonach das gegenseitige Einfühlungsvermögen nicht gleich, sondern unerwartet das der Partner besser als das der Frauen war. Dies stützt die Vermutung, dass die Partner sich mit ihren Themen mehr zurückhalten und daher schlechter einzuschätzen sind als die in ihrer Krankheit ohnehin im Fokus stehenden Patientinnen. Dennoch beruhen die Schwierigkeiten in der Einschätzung weiterhin auf Gegenseitigkeit, denn wie schon beim **KB**, standen fast alle Fehlurteile zur **PQ** positiv in Zusammenhang [$\mathbf{PQ}_{(A-BxA-CxA-DxB-DxC-D)t1}\uparrow$ = H3[a]-konform; $\mathbf{PQ}_{(A-CxB-C/B-D)/(B-CxB-D)t1}$: $p > .10$ = nicht

H3[a]-konform], sodass z.B. auch diejenigen Paare bzgl. der weiblichen Sicht auf die **PQ** voneinander abwichen (**A-B**), welche dies auch bzgl. der männlichen taten (**C-D**). Wie schon beim **KB** gingen erneut nur bei den gegenseitigen Annahmen zur $\mathbf{PQ_{(B-C)}}$ hohe Übereinstimmungen mit anderen Fehlurteilen einher [$\mathbf{PQ_{(B-C)x(A-B/A-C/A-D/C-D)t1}}\downarrow$ = nicht H3[a]-konform], v.a. mit beider geringerem Einfühlungsvermögen (**A-B**, **C-D**) sowie großen persönlichen Unterschieden (**A-D**). Diese negativen Korrelationen könnten (bei vermeintlich guter **PQ** und konstruktivem Austausch) darauf beruhen, dass die schlecht vorhersagbaren gegenseitigen Annahmen durch das Wissen über die diskrepanten persönlichen Ansichten zu einer Korrektur des ungenauen Einfühlungsvermögens und somit einer wechselseitigen Urteils-Annäherung führt. Denn wie zuvor erörtert (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.1.2), fungiert oft der Urteiler selbst als (hypothesenbildender) Maßstab (nebst *Heuristiken, Biases*; u.a. Snyder, 1974/& Swann, 1978; Ready et al., 2000; Watson, Hubbard & Wiese, 2000; vgl. Schwarz, 1994; Gilovich, Griffin & Kahneman, 2002; Baron, 2007). Statistisch aber muss nochmals die begrenzte Aussagekraft von (doppelten) Differenzwerten (mit kummulativen Messfehlern) sowie geringen Item-Trennschärfen aufgezeigt werden, wodurch es zu geringen Reliabilitäten und fehlenden Signifikanzen (z.B. Item *Verständnis*) kommen kann.

Wenngleich wechselseitige Sichtweisen per se ein Indikator für die **PQ** sein sollten, bestätigen eben diese Befunde, dass die vorangestellten Ergebnisse zu Stichprobe, **BF** und **KB** (vgl. Diskussion **Kap.** 4.1 und zu 3.1.1/3.1.2) auf eine geschlechtsdifferentielle, aber insgesamt als gut eingeschätzte **PQ** bei den Patientinnen und Partnern zurückzuführen sind.

Überwiegend bestätigte positive Veränderungen der PQ in den Urteilen von Patientin und Partner durch eine stationäre Reha der Patientinnen (t1 zu t2 und t3) (***H3[b]***; vgl. **Kap.** 3.1.3.2). Im zunächst intraindividuellen Vergleich der Patientinnen fand sich für die $\mathbf{PQ_{(A)}}$ ein großer *Zeit-Effekt* mit der geringsten **PQ** zu Reha-Beginn (**t1**), einer Steigerung nach drei-wöchiger Reha (**t2**) und einem leichten Rückgang der Verbesserungen vier Wochen nach Abschluss (**t3**), aber stabilen Effekten ggü. **t1** [$\mathbf{PQ_{(A)t1<t2>t3>t1}}$ = H3[b]-konform] - äquivalent dem Reha-Verlauf von **BF** und **KB** (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.2.1). Dass sich auf Itemebene v.a. die positiven Paarfaktoren (*Unterstützung/Verständnis*/*Partnerschafts-Stärkung*) bei den partnerschaftlich hoch *zufriedenen* Frauen veränderten, lässt einerseits auf eine therapeutische Grenze der zu **t1** schon geringen negativen Faktoren (*Kommunikations-Probleme*/*Partnerschafts-Belastung*) schließen, andererseits erneut auf die weitere Optimierbarkeit der dyadischen Krankheitsbewältigung bei Frauen mit hoher *Persönlicher Belastung* trotz hier mutmaßlich stabiler Beziehungen (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.3.1).

Vergleicht man Patientinnen und Partner im Reha-Prozess ergaben sich oft große *Gruppen*- und *Zeit*- sowie mittlere *Interaktions-Effekte*, dabei wurde die **PQ** in den Urteilen der Frauen (**A**, **C**) grundsätzlich zu **t1** und **t3** geringer eingeschätzt als in denen der Männer (**B**, **D**) - dabei im Selbstbild (**A**) meist am geringsten, gefolgt vom antizipierten Fremd- (**C**), antizipierten Selbst- (**B**) und Fremdbild (**D**) [**A<C<B<D**; $\mathbf{PQ_{(A<D/B<D/C<D)t1/t3}}$ = $H3^b$-konform; $\mathbf{PQ_{(AvsB/AvsC/BvsC)t1/t3}}$ = nicht $H3^b$-konform]. Die **PQ** wurde aber in allen Urteilen zu **t3** besser bewertet als zu **t1** [$\mathbf{PQ_{(A/B/C/D)t1<t3}}$ = $H3^b$-konform], wobei die Urteile der bzw. über die Frauen (**A**, **B**, **C**) ggü. der schon zu **t1** am höchsten ausgeprägten $\mathbf{PQ_{(D)}}$ der Partner stets die stärksten Veränderungen von **t1** zu **t3** aufwiesen (evtl. i.S. eines "*Deckeneffektes*") [$\mathbf{PQ_{(A>D/B>D/C>D)t3\text{-}t1}}$ = $H3^b$-konform; $\mathbf{PQ_{(Sonstige)t3\text{-}t1}}$: $p > .10$ = nicht $H3^b$-konform]. Geringe oder ausbleibende Effekte spiegeln nicht nur die statistischen Verhältnisse zu **t1** wider, sondern bestätigen nochmals die, den o.g. **BF**- und **KB**-Befunden zugrunde gelegte (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.1 und 3.1.2), gute dyadische Anpassung der hiesigen Paare schon vor der Reha (u.a. Bultz et al., 2000; Zimmermann, Heinrichs & Scott, 2006). Wobei sich alleine der Fokus auf Beziehung bzw. Intimität bei Brustkrebs und der Einbezug (konflikthaften) partnerschaftlichen Erlebens in Studien und Übersichten günstig auf die Frauen bzw. die Paardynamik im Verlauf auswirken können (u.a. Manne et al., 2005_b; Traun-Vogt & Herdina, 2010). Es gibt konkrete Empfehlungen, für einen optimalen Interventions-Nutzen ein *Screening* auf individuelle, dyadische und krebsspezifische Belastungen voranzustellen (vgl. Klann, Hahlweg & Heinrichs, 2003; Snyder et al., 2005; Herschbach & Weis, 2008; Waadt et al., 2011), da in Überblicken und Metaanalysen sog. „*Hochrisikogruppen*" am meisten profitieren (mit hohem *Distress*/Leidensdruck, wenig Optimismus/Ressourcen/Unterstützung; u.a. Meyer & Mark, 1995; Sheard & Maguire, 1999; Zimmermann, 2005/et al., 2007; Söllner & Keller, 2007; Martire et al., 2010; Faller et al., 2013). Untermauert wird dies aktuell dadurch, dass die meisten Effekte für die eingangs geringste $\mathbf{PQ_{(A)}}$ sowie auf Itemebene für die starke *Persönliche Belastung* in den Urteilen der bzw. über die Frauen (**A**, **B**, **C**) aufgezeigt wurden. Die hier für **PQ**, **BF** und **KB** äquivalenten Ergebnisse sprechen abermals für den direkten Reha-Einfluss auf das (Belastungs-)Erleben v.a. der Frauen und indirekten auf die Partnerschaft (z.B. Veränderungserwartungen der Partner), somit für einen *Interventions*- statt reinen *Zeit-Effekt* (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.2.2). Die in Übersichten und Metaanalysen belegten, für die (Brust-)Krebs-Patienten (vs. Partner) meist größeren, individuellen und partnerschaftlichen Effekte paarbasierter Behandlungen waren (wie aktuell) zwar oft klein bis mittel, jedoch statistisch und klinisch bedeutsam (u.a. Snyder, Castellani & Whisman, 2006; Martire et al., 2010; Baik & Adams, 2011; Regan et al., 2012; Badr &

Krebs, 2013; Faller et al., 2013; Zimmermann, 2015). Je stärker sich in der vorliegenden Arbeit die **PQ** der bzw. über die Frauen (**A**, **B**) von **t1** zu **t3** veränderten, desto stärker veränderte sich erwartungsgemäß auch deren Annahme über die **PQ** der Männer (**C**) [$\mathbf{PQ}_{(AxC/BxC)t3\text{-}t1}\uparrow$ = $H3^b$-konform; $\mathbf{PQ}_{(AxB/AxD/BxD/CxD)t3\text{-}t1}$: $p > .10$ = nicht $H3^b$-konform], wobei die Veränderungen, wie schon beim **KB**, seltener als die Werte zu **t1** korrelierten, was an eher geringen Einzel-Veränderungen, v.a. aber der Fehlerstatistik (und Adjustierung) bei doppelten Differenzen liegen kann (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.2.2).

Betrachtet man hingegen die Fehlurteile der Paare, näherten sich die **PQ** der Patientinnen (**A**), die Partner-Annahme über die Frauen (**B**) sowie die Patientinnen-Annahme über die Partner (**C**) von **t1** zu **t3** jeweils der persönlichen $\mathbf{PQ}_{(D)}$ der Partner an [$\mathbf{PQ}_{(A\text{-}D/B\text{-}D/C\text{-}D)t1>t3}$ = $H3^b$-konform; $\mathbf{PQ}_{(Sonstige)t1vst3}$: $p > .10$ = nicht $H3^b$-konform], wobei sich genau diese Fehlurteile von allen auch am stärksten veränderten [$\mathbf{PQ}_{(A\text{-}D/B\text{-}D/C\text{-}D)>(A\text{-}B/A\text{-}C/B\text{-}C)t3\text{-}t1}$ = $H3^b$-konform; $\mathbf{PQ}_{(Sonstige)t3\text{-}t1}$: $p > .10$]**.** Danach scheint die schon zu **t1** weniger negativ oder (i.S. *tertiären Krankheitsgewinns*; u.a. Kier et al., 2011) gar günstig durch die Krebs-Krankheit beeinflusste $\mathbf{PQ}_{(D)}$ der Partner einen guten, auch für die Frauen erreichbaren Wert abzubilden. Je größer dabei die jeweiligen Urteils-Differenzen zur $\mathbf{PQ}_{(A)}$ der Frauen zu **t1** waren (**A-B/A-C/A-D**), desto größer waren diese auch zu **t3** [$\mathbf{PQ}_{(A\text{-}B/A\text{-}C/A\text{-}D)t1xt3}\uparrow$ = $H3^b$-konform; $\mathbf{PQ}_{(Sonstige)t1xt3}$: $p > .10$ = nicht $H3^b$-konform] - somit hingen nur die Fehlurteile zum weiblichen Urteil zeitlich zusammen, was ein weiteres Indiz für den Einfluss der Ausgangs- und Veränderungswerte der Frauen (vs. des Einfühlungsvermögens der Partner) v.a. für die Urteils-Annäherungen darstellt.

Obwohl die positiven **PQ**-Einschätzungen, wie jene zu **BF** und **KB** (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.2.2), bereits vier Wochen nach der Reha, dem (gemeinsamen) Alltag geschuldet, wieder etwas zurückgingen und dieser Zeitraum zur Bewertung der Reha-Effekte auf die Partnerschaft sicher nicht ausreicht, könnte der bereits oben angeführte (soziale) Krankheitsgewinn für die Paare (u.a. Kier et al., 2011) auch in Interventionen wie der vorliegend geprüften Reha-Maßnahme begründet liegen oder durch diese vermutlich verstärkt werden (u.a. Kornblith, 1998; Manne, 1998; Cordova & Andrykowski, 2003).

Teilweise bestätigte Zusammenhänge zwischen PQ und BF sowie KB zu Reha-Beginn (t1) und Veränderungen durch eine stationäre Reha der Patientinnen (t1 und t3) (***H3^c***; vgl. **Kap.** 3.1.3.3). Es darf vorausgeschickt werden, dass trotz der o.g. ähnlichen Urteilsmuster von Patientinnen und Partnern sowie äquivalenten Reha-Verläufen von **PQ**, **BF** und **KB** die Kausalität hinter den nachfolgend diskutierten Beziehungen hier nicht geklärt werden sollte und daher kein Maß als vermeintliche Kovariate in den anderen

Analysen mitgeführt wurde - zumal sich Patientinnen und Partner nur in der jeweils eigenen **PQ**$_{(AvsD)}$ bedeutsam unterschieden (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.3.1) und v.a. die **PQ**$_{(D)}$ ohnehin nicht mit den auf die Frauen bezogenen **BF**- und **KB**-Gesamtskalen zu Reha-Beginn (**t1**) und vier Wochen nach Abschluss (**t3**) zusammenhing (vgl. Diskussion **Kap.** 4.1). Kausal bleibt also ungeklärt, ob **BF** und **KB** als Indikatoren, Prädiktoren oder Resultate der **PQ** anzusehen sind. Vielmehr ist laut Übersichten und Metaanalysen von einer Wechselwirkung des *Stress*- und Paarerlebens bzw. von einer gegenseitigen Beeinflussung krankheitsbedingter Beschwerden und psychophysischer Störungen, des *Copings* und der Qualität interpersoneller (speziell partnerschaftlicher) Prozesse auszugehen (u.a. Helgeson & Cohen, 1996; Bodenmann, 1997; De Boer et al., 1999; Spiegel, 1997/& Kato, 2000; Whisman, 2001; Park & Gaffey, 2007; Proulx, Helms & Buehler, 2007; Hagedoorn et al., 2008; Naaman, Radwan & Johnson, 2009; Pinquart & Duberstein, 2010; Whisman & Baucom, 2012; Zimmermann, 2015). So geht z.B. eine konstruktive Paarbeziehung auch mit einer geringeren Psychopathologie ambulanter Therapie-Patienten einher (u.a. Wiese, Lexow & Hahlweg, 2008). Mehr noch als die Frage nach der Kausalität sei der Einfluss der Beziehungs-/Partnerschafts-Dynamik auf den psychophysischen Behandlungsverlauf bedeutsam (z.B. bei Depression; u.a. Coyne, 1976/& Benazon, 2002). Darauf lassen auch die oben zitierten Wirkungen paarbezogener Interventionen auf gleichwohl individuelle (z.B. *Distress*, *Lebensqualität*, Depression, Körper-Aspekte) als auch dyadische Faktoren (z.B. Kommunikation, Nähe, Unterstützung) schließen (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.2.2).

Erwartete bidirektionale Zusammenhänge zeigten sich aktuell nur im Selbstbild der Frauen (**A**) und dem durch die Partner antizipierten Selbstbild (**B**), wo eine hoch eingeschätzte **PQ** mit einer besseren **BF**, d.h. höheren *PA* [**PQ**$_{(A)t1}$xpos**BF**$_{(A/B)t1}$↑ = H3^{c}-konform] und geringeren *NA* bzw. *GS* [**PQ**$_{(A/B)t1}$xneg**BF**$_{(A/B)t1}$↓ = H3^{c}-konform], zu **t1** einherging. Dass die **PQ**$_{(C/D)}$ der bzw. über die Partner hier keine Rolle spielte [**PQ**$_{(C/D)t1}$xpos/neg**BF**$_{t1}$: $p > .10$ = nicht H3^{c}-konform], liegt v.a. in der Parallelität von **BF**$_{(A/B)}$ und **PQ**$_{(A/B)}$ begründet, deutet aber auch an, dass aus einer geringen **BF** nicht gleichsinnig eine schlechte **PQ** zu folgern ist, weil letztere gerade bei Stress protektiv wirken kann (i.S. „*Social buffer*-Theorie“; nach Cohen, 1988/et al., 2000; vgl. Diskussion **Kap.** 4.1). Weitere Hinweise auf den förderlichen sozialen Einfluss gerade engster Bezugspersonen (u.a. Pistrang & Barker, 1995; Kayser et al., 1999/2002/2007; Sormanti & Kayser, 2000) und eine hier als gut angenommene Beziehungsbasis (wie bei **BF**/**KB**; vgl. Diskussion zu **Ka**p. 3.1.1.2) liefert der Umstand, dass sich die Paare trotz der unterschiedlichen persönlichen Einschätzung der **PQ**$_{(AvsD)}$ (vgl. Diskussion zu **Ka**p. 3.1.3.1) einig darin waren, dass eine hohe **PQ** der Frauen mit

positiverem Erleben einhergeht. Dabei korrelierte die *GS* v.a. mit der (evtl. etwas undifferenzierten) Annahme der Partner (**B**). Obwohl bei Uneinigkeit in der **PQ** auch von größeren Diskrepanzen in anderen Bereichen auszugehen wäre, hingen die Urteils-Differenzen zwischen Patientinnen und Partnern bzgl. der **PQ** nicht mit denen bzgl. der **BF** der Frauen zusammen [$\mathbf{PQ}_{(A\text{-}B/A\text{-}C/A\text{-}D/B\text{-}C/B\text{-}D/C\text{-}D)t1}x\mathbf{BF}_{(A\text{-}B)t1}$: $p > .10$ = nicht H3^c-konform], was die Annahme unterstützt, dass beide Maße unterschiedlich gut einschätzbar (**PQ**>**BF**) oder die Einzel- wie Fehlurteile nicht per se aufeinander übertragbar sind (z.B. ein geringes Einfühlungsvermögen; vgl. Diskussion zu **Ka**p. 3.1.1.2). Gleichwohl zeigte sich im Rahmen der Reha, je mehr sich die **PQ** der Patientinnen (**A**) bzw. deren Annahme über ihre Partner (**C**) und die **PQ** der Partner (**D**) von **t1** zu **t3** veränderten, desto mehr veränderten sich im Selbst- (**A**) wie antizipierten Selbstbild (**B**) auch die *PA* [$\mathbf{PQ}_{(C/D)t3\text{-}t1}$x pos$\mathbf{BF}_{(A/B)t3\text{-}t1}\uparrow$ = H3^c-konform], aber desto weniger die *NA* und *GS* [$\mathbf{PQ}_{(A/C)t3\text{-}t1}$x neg$\mathbf{BF}_{(A/B)t3\text{-}t1}\downarrow$ = nicht H3^c-konform; $\mathbf{PQ}_{(B)t3\text{-}t1}x\mathbf{BF}_{t3\text{-}t1}$: $p > .10$ = nicht H3^c-konform]. Evtl. scheinen gerade die schon zu **t1** in der negativen **BF** differierenden Paare auf eine ausgeglichene **PQ** angewiesen, um tendenzielle Unterschiede aufzuwiegen oder umgekehrt, fallen bei einer guten **PQ** sonstige Paar-Differenzen gar nicht erst ins Gewicht - so könnte bei entsprechender Veränderung der **BF** die ohnehin hohe Gesamtzufriedenheit stabil bleiben. Auch selbstwertdienliche Strategien, welche schon als mögliche Ursache für die ähnlichen **PQ**-Urteile erwogen wurden (vgl. Diskussion zu **Kap**. 3.1.3.1), könnten hier vermittelnd wirken, da sie mit individuellen Persönlichkeitsfaktoren oder psychischen und sozialen Auffälligkeiten einhergehen (u.a. Borkenau & Ostendorf, 1989; Colvin, Block & Funder, 1995).

Desweiteren ging eine hoch eingeschätzte **PQ** in allen Patientinnen- und Partner-Urteilen (**A**, **B**, **C**, **D**) zu **t1** mit einem weniger negativ angenommenen bzw. eingeschätzten weiblichen **KB** in den Partner-Urteilen (**B**, **D**) einher [$\mathbf{PQ}_{(A/B/C/D)t1}$x neg$\mathbf{KB}_{(B/D)t1}\downarrow$ = H3^c-konform] [Signifikanzen Mastektomie > Brusterhaltende Therapie]. Dabei spielten die Urteile der Frauen zum *negativen* **KB** (**A**, **C**) keine Rolle [$\mathbf{PQ}_{t1}$x neg$\mathbf{KB}_{(A/C)t1}$: $p > .10$= nicht H3^c-konform], vermutlich, weil sich diese ihre Meinung eher in Abhängigkeit von persönlich spürbaren Krankheitskorrelaten bilden. Die vorherigen Erörterungen zur Stichprobe, zum **KB** sowie zum Zusammenhang zwischen **BF** und **KB** aufgreifend (vgl. Diskussion **Kap.** 4.1 und zu 3.1.1.2/3.1.2.3), stützen die stärkeren Korrelationen bei Mastektomie die Annahme einer (eher) störungsanfälligeren *Risikogruppe*, welche besonders auf eine stabile Partnerschaft angewiesen ist (z.B. bei gemeinsamer OP-Entscheidung, geringerer Heilungserwartung), zugleich aber von der *sozialen Unterstützung* am meisten profitieren kann (i.S. „*Social buffer*-Theorie“; nach Cohen, 1988/et al., 2000; vgl. Pistrang & Barker, 1995; Kayser et al.,

1999/2002/2007; Sormanti & Kayser, 2000), wie Übersichten und Metaanalysen belegen (u.a. Irwig & Bennetts, 1997; Moyer, 1997; Kornblith, 1998; Harcourt & Rumsey, 2001; Mols et al., 2005; Alfano & Rowland, 2006; Ganz, 2008; Helms, O`Hea & Corso, 2008; Winters, Benson & Pusic, 2010; Mitchell et al., 2011). Dies war bei den selbst betroffenen Frauen noch deutlicher als bei den Männern. Widererwartend, aber in der Tendenz wie bei der **BF** (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.1.3), gingen geringere **PQ**-Differenzen meist mit größeren im **KB** einher - denn je weniger sich die **PQ** im (antizipierten) Selbst- vom Fremdbild unterschied (**A-D**, **B-D**), desto mehr unterschied sich das *negative* **KB** im antizipierten Selbst- vom Fremdurteil (**B-D**) [$\mathbf{PQ_{(A\text{-}D/B\text{-}D)t1}}x\mathbf{negKB_{(B\text{-}D)t1}}\downarrow$ = nicht H3^c-konform; $\mathbf{PQ_{t1}}$x$\mathbf{negKB_{(Sonstige)t1}}$: $p > .10$ = nicht H3^c-konform] [Keine Signifikanzen bei Brusterhaltender Therapie und Mastektomie.]. Somit scheint auch hier die stabile Partner-Sicht (**D**) einen gewissen Richtwert zu bilden. Zugleich führen evtl. gerade die Unterschiede im **KB** (ähnlich der **BF**) zu einer gemeinsam besseren **PQ** bzw. mehr Zusammenhalt, wobei die Partner die (körperliche) Defizitorientierung der Frauen ausgleichen bzw. letztere von deren positiver Grundhaltung profitieren. Umgekehrt argumentiert, wenn sich beide in der **PQ** unterscheiden, dann teilen sie wohl auch die (gegenseitig) negativen Annahmen über **BF** und **KB**. Zu beachten ist, dass es bei der **PQ** ohnehin weniger Fehlurteile gab als bei **BF** und **KB** (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.1.2). Dass die Korrelationen zwischen verschiedenen (Selbst-/Fremd-)Urteils-Übereinstimmungen von der Beziehungsqualität eher unabhängig sind, konnte schon in der Persönlichkeitsforschung nachgewiesen werden (u.a. Kurt & Sherker, 2003). Ergänzend dazu, gingen geringere Veränderungen von **t1** zu **t3** in der **PQ** der Frauen (**A**) mit stärkeren in deren *negativen* **KB**-Urteilen im Selbst- und antizipierten Fremdbild (**A**, **C**) einher [$\mathbf{PQ_{(A)t3\text{-}t1}}x\mathbf{negKB_{(A/C)t3\text{-}t1}}\downarrow$ = nicht H3^c-konform; $\mathbf{PQ_{(B/C/D)t3\text{-}t1}}x\mathbf{negKB_{(B/D)t3\text{-}t1}}$: $p > .10$ = nicht H3^c-konform] [Signifikanzen nur bei Mastektomie.], was bei gleicher Beurteiler-Quelle naheliegt. Wie schon zu **t1** fanden sich jene Zusammenhänge häufiger und stärker bei Mastektomie. Sowieso bleiben die *Baseline*-Werte zu beachten, welche zwischen **PQ**, **BF** und **KB** in der Tendenz negativ, aber oft nicht bedeutsam korrelierten (vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.3.1). Neben den ohnehin großen Fehlerquellen bei korrelierten Änderungen bleibt zu berücksichtigen, dass sich die **PQ** bei besseren Ausgangswerten weniger veränderte als die **BF** bzw. das **KB** (i.S. „*Deckeneffekt*"; vgl. Diskussion zu **Kap.** 3.1.2.2 und 3.1.3.2), was weitere fehlende oder negative Zusammenhänge begründen könnte (v.a. für das ebenso gute $\mathbf{KB_{(D)}}$ der Partner). Andererseits könnten sich die **BF** und das **KB** gerade auf Basis dieser eingangs bereits guten, damit verlaufsstabileren und zugleich förderlichen **PQ** stärker positiv verändert haben (vgl. Diskussion **Kap.** 4.1).

4.3 Methodenkritische Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Design. Wie schon für die Vorläuferstudie (Schöne, 2010) erörtert, erfüllt auch die vorliegende Untersuchung die maßgebend an eine gute psychoonkologische Forschung gestellten Anforderungen. Es handelt sich um eine *(semi-)prospektive*, (im Ursprung) *multizentrische* Studienanlage mit Messwiederholung, welche durch vorwiegende Betonung partnerschaftlicher Parameter die Erkenntnisse der bestehenden Forschung für Brustkrebs zu vervollständigen suchte. Aufgrund der bereits variiert vorliegenden, nicht systematisch kontrollierten *Organismusvariablen* bzw. Gruppen handelt es sich jedoch „nur" um ein *prä-experimentelles* Design, welches *ex-post-facto* der Untersuchung u.a. klinischer und differentialpsychologischer Fragen diente (z.B. mittels Korrelationsanalysen/Mittelwertsvergleiche). Die bestehende Interdependenz zwischen psychosozialen Faktoren (v.a. der *Partnerschaftsqualität*/**PQ**) und der Entstehung, dem Verlauf bzw. der Prognose bei Brustkrebs sowie v.a. den in diesem Design im Vordergrund stehenden *Befindlichkeits*-(**BF**)- und *Köperbild*-(**KB**)-Maßen erlaubt zwar keine eindeutigen Interpretationen oder die Klärung der Kausalitätsfrage, gibt aber weitere Hinweise auf Zusammenhänge, welche selbst in Zusammenschau der in dieser Arbeit vielfach zitierten Überblicke und Metaanalysen bislang indifferent blieben. Ggü. früheren Untersuchungen fundamental war aktuell auch der über die alleinige Befragung der Betroffenen hinaus sinnhafte Einbezug der Partner und die Prüfung von insgesamt vier (statt sonst einer/zweier), z.T. wechselseitiger paarbezogener Perspektiven auf die Krankheitsfaktoren und -bewältigung. Trotz der zurückliegenden Daten-Erhebung (in 2009) stellt sich die Forschungslage hierzu weiterhin als gering dar, weshalb mitunter auf die allgemeine Literatur zurückgegriffen werden musste.

Stichprobe. Überhaupt zeigte die vorliegende Untersuchung der Teil-Stichprobe von Patientinnen mit Partnerbeteiligung (n = 33) eine sehr gute Repräsentativität bzgl. sämtlicher erhobener Variablen zur Gesamt-Stichprobe der Reha-Patientinnen auf (N = 130; Schöne, 2010), wobei nicht hinsichtlich der Effektgrößen verglichen wurde. Nachfolgende Arbeiten könnten die vorliegende hinsichtlich der Gruppen-Größen und Katamnese-Zeitpunkte anpassen sowie durch Kontrolle unberücksichtigter intra-/interindividueller (z.B. Persönlichkeit, *Coping*-Stil, *Compliance*), medizinischer (z.B. Immunsystem, Hormonsensitivität) und v.a. sozialer, situationaler oder kontextueller Faktoren (z.B. Lebensgewohnheiten, Zugang/Inanspruchnahme medizinischer/therapeutischer Maßnahmen) von Patientinnen und Partnern erweitern. Grundsätzlich darf nochmal darauf hingewiesen

werden, dass hier die Patientin im Fokus der Fragestellungen stand, was statistische Beziehungen durch gleiche Datenquellen und Bezugspunkte wahrscheinlicher macht. In der Konsequenz fehlt es z.B. an charakterisierenden Personen-Merkmalen (neben Alter) und dem vergleichbaren Erleben der bzw. über die Partner (v.a. **BF/KB**, *Bedeutsamkeit* des männlichen *Körperbildes*), wo evtl. andere Ergebnisse und Entwicklungen anzunehmen wären. Alleine unter Berücksichtigung der im Theoriekapitel aufgeführten grundlegenden Geschlechtsunterschiede (z.B. in Gehirnaktivität, Persönlichkeit, Wahrnehmung, Informationsverarbeitung und Urteilsbildung; Auswirkungen interpersoneller Konflikte und der *Ehequalität*) stellt dies einen interessanten Forschungsgegenstand zur Aufklärung möglicher Unterschiede innerhalb/zwischen den Paaren bei Brustkrebs dar (z.B. der geschlechtsdifferentiellen Vorhersagbarkeit von Belastungen/Therapie-Effekten). Daneben wäre auch die Betrachtung prämorbider **BF**-/**KB**-/**PQ**-Parameter notwendig, um die aufgedeckten Besonderheiten wirklich als krankheitskorrelierte (Norm-)Abweichungen oder Störungen herausstellen zu können. Auch der kontrollierte Vergleich mit männlichen oder gar nicht an Brustkrebs Erkrankten (Gesunde/andere Erkrankte und ihre Partner) oder mit Patientinnen in gleichgeschlechtlichen Beziehungen wäre aufschlussreich. Ebenso gut hätte man in der Reha-Wartelisten-*Kontrollgruppe* bei Schöne (2010) deren Partner analog befragen können, hat hier auf den Vergleich zur damaligen *Kontrollgruppe* aber gänzlich verzichtet, da diese unter klinischen Gegebenheiten keinem gezielten *Matching*-Verfahren unterlag.

Statistik. Angesicht der sehr umfangreichen Auswertungen in der vorliegenden Arbeit (siehe **Anhang**-Band) darf nochmal betont werden, dass der Systematik ggü. dem inhaltlichen Interesse oftmals der Vorzug gegeben wurde (z.B. bzgl. vielfacher Vergleiche und Korrelationen). Trotz ausgezeichneter Repräsentativität zur Vorläuferstudie (Schöne, 2010), umfangreicher Erhebung von Personen-Merkmalen und vielen statistisch bedeutsamen Ergebnissen, sollten letztere stets unter Vorbehalt bewertet werden. Die aktuelle Arbeit hatte zwar nicht den Anspruch, den Einfluss konfundierender Variablen nochmals ausführlich aufzuklären (vgl. Schöne, 2010), dennoch wurde hier erneut der geringe Einfluss von Personen-Merkmalen und somit die Inkohärenz der zuvor dargelegten Forschungslage bestätigt, weshalb auf multivariate Auswertungen (wie Partial-/Kovarianzanalysen) weitgehend verzichtet werden konnte. Dafür erfolgten, unter Berücksichtigung des stets gleichen Bezugspunktes „Patientin“, strenge (*Alpha*-)Adjustierungen bei Mehrfachvergleichen (z.B. vier Paar-Urteile **A/B/C/D** und zwei/drei Messzeitpunkte **t1/t2/t3**). Von Korrelationen der Einzelurteile mit den diese ohnehin beinhaltenden Differenzen

(z.B. **A**x**A-B**/**A-C**/**A-D**) wurde gleich abgesehen. Des Weiteren ist bei den Analysen mit (z.T. doppelten) Differenzbildungen zu beanstanden, dass sich durch den vervielfachten Messfehler geringere Reliabilitäten und Signifikanzen ergeben (z.B. Korrelationen/Vergleiche paarbezogener Fehlurteile oder Reha-Änderungswerte). Ferner wurde wegen z.T. geringen erwarteten Zellenhäufigkeiten, fehlender Normalverteilung, ungleichen Skalenqualitäten (z.B. weniger Partner- als Patientinnen-Items) und/oder ausbleibenden Signifikanzen auf die Einzelauswertung von Subskalen (z.B. *Introvertiertheit*/*BSKE*, *Einschränkungen/BIBCQ*) sowie der Patientinnen-Untergruppe mit Pro-/Epithese (bei $n = 9$) verzichtet, zumal letztere zu gleichen Teilen bei Brusterhaltender Therapie bzw. Mastektomie vertreten war und auch in der zuvor zitierten Literatur keine besonderen Effekte mit sich brachte. Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob eine behandlungsspezifische Differenzierung zusätzliche (klinische) Informationen liefert, da zumindest aktuell die Teilgruppen mit unterschiedlichen Fallzahlen ($\text{Brust}_{(n = 20)} > \text{Mast}_{(n = 13)} > \text{Pro-/Epi}_{(n = 9)}$) und Signifikanzen ohnehin nicht vergleichbar waren. Alleine für die Brusterhaltende Therapie und Mastektomie war die Aussagekraft dadurch gemindert, dass sich oft gleiche Tendenzen wie beim $\mathbf{KB}_{(\text{Gesamt})}$ aufzeigen ließen, aber (z.T. erwartete) Zusammenhänge mit den **BF-** und **KB**-Gesamtskalen ausblieben (vgl. Schöne, 2010). Nur selten konnte hier die in früheren Arbeiten aufgestellte, genauso oft widerlegte Annahme einer (Hoch-) *Risikogruppe* bei Mastektomie bestätigt werden (z.T. auf Subskalen-Ebene, Gruppen-/Zeitvergleiche). Dafür rechtfertigen die aktuellen Befunde die separate Betrachtung und Auswertung von **BF** und **KB** (trotz *apriori* geringer Skalenvergleichbarkeit), für welche sich z.T. unterschiedliche und verschieden starke Paar-Vergleiche bzw. -Korrelationen, differierende Therapie-Verläufe sowie heterogene Zusammenhänge herausstellten.

Instrumente. Ein weiterer Vorzug der aktuellen wie der Vorläuferstudie (Schöne, 2010) war die multimodale Erfassung der Konstrukte **BF** und **KB** durch im Original nachweislich reliable Fragebögen (*BSKE*: Janke et al., 1994; *BIBCQ*: Baxter, 1998), eine visuelle Analogskala (*DT*: Mehnert et al., 2006) sowie zum Vergleich und zur Diskussion ein psychometrisches, computergestütztes Verfahren (*BIAS*: Letosa-Porta, Ferrer-Garcia & Guitérrez-Maldonado, 2005). Obwohl ggw. gezielte Modifikationen vorgenommen werden mussten (z.B. Übersetzung, Instruktion, Skalenformat, Messzeitpunkte, Partner-/Ergänzungs-Items), erwiesen sich die dadurch nun z.T. unstandardisierten Instrumente weiterhin als geeignet für die Erfassung der abhängigen Variablen - die Ergebnisse entsprechender Test-Analysen (z.B. Trennschärfen, Reliabilitäten) waren nahezu äquivalent

zu Schöne (2010). Trotz des größeren Umfangs und eher geringen Abwechslungscharakters der gleichsam von Patientinnen wie Partnern für alle Messungen (**t1**/**t2**/**t3**) genutzten Bögen, lässt die verbindliche Teilnahme auf eine insgesamt hohe Akzeptanz und Praktikabilität im klinischen und häuslichen Alltag schließen. Alleine aber beim hier verwendeten *Distress-Thermometer* (*DT*) wäre die Ergänzung um die *Problemliste* zur Erfassung konkreter Stressauslöser sinnvoll, um den selbstkonstruierten soziodemografischen Fragebogen zu verkürzen. Zu beachten ist, dass die *Sensitivität* des *DT* höher ist als die *Spezifität* (beste Diskrimination bei hoher Belastung), in der deutschen Krebs-Stichprobe sogar höher als international (die *Spezifität* niedriger; nach Mehnert et al., 2006). Es wurde bereist kritisch bemerkt, dass einige Subskalen (z.B. *Introvertiertheit*/*BSKE*; *Einschränkungen*/*BIBCQ*) nur eingeschränkt interpretierbar waren und daher primär in den Gesamtskalen aufgingen. Zudem könnte die Subskala *Vulnerabilität*/*BIBCQ* (= Sorgen über Anfälligkeit für Krankheit/Krebs) sicher auch gut in einem *Progredienzangst-Fragebogen* abgebildet werden (z.B. *FoP-Q/PA-F 12*: Dankert et al., 2003; Herschbach et al., 2005; Zimmermann et al., 2011). Zugleich gibt es zahlreiche standardisierte psychoonkologische Test- und Forschungs-Instrumente (vgl. Sprangers, 2002; Herschbach & Weis, 2008; Andersen et al., 2014), welche sich als (behandlungsbahnendes) *Screening* sowie zur Erhebung und Verlaufsevaluation o.g. krebsspezifischer Themenkomplexe ebenso oder gar besser eignen würden (z.B. *PO-Bado*: Herschbach et al., 2008; *FBK-R23*: Herschbach, Marten-Mittag & Henrich, 2003; *SF-36*: Bullinger & Kirchberger, 1995; *CARES*: Schag & Heinrich, 1990; *WHOQoL*: *WHO*, 1998; *EQ-5D*: Von der Schulenburg et al., 1998). Gerade häufig verwendete, deutschsprachige Instrumente für Angst und Depression (z.B. *STAI*: Laux et al., 1981; *BDI-II*: Hautzinger, Keller & Kühner, 2006; *HADS-D:* Hermann, Buss & Snaith, 1995), die psychische Anpassung (z.B. *POMS*: Biehl & Landauer, 1975) sowie somatoforme und psychosomatische Beschwerden (z.B. *SOMS*: Rief, Hiller & Heuser, 1997; *GBB-24*: Brähler, Schumacher & Brähler, 2000; *SCL-90-R*: Franke, 2002) bieten sich an - v.a. auch für paardiagnostische Aspekte (z.B. *FPD*: Hahlweg, 2016). Entsprechende Verfahren würden zudem einen besseren Vergleich mit anderen (Therapieverlaufs-)Studien und somit evtl. eine gezieltere Versorgung ermöglichen.

Therapie-Effekte. In Hinblick auf die in der vorliegenden Arbeit sowie vielen weiteren bereits vorgestellten Studien nachgewiesenen positiven Effekte einer onkologischen Reha auf **BF**, **KB** (vgl. auch Schöne, 2010) und **PQ**, muss zur Einschätzung deren Stärke, Stabilität und Generalisierbarkeit der ohnehin spezifische Verlauf jeder Erkrankung und oft

langfristige psychosoziale Adaptationsprozess sowie der (ggw.) Mangel an geeigneten Nachsorgeangeboten betrachtet werden. Wie bereits diskutiert, muss neben normalen zeitlichen (Symptom-)Entwicklungen auch berücksichtigt werden, dass der Zeitverlauf per se auch bei jeder Intervention einen Anteil an Veränderungen hat. Im Umkehrschluss könnten geringe, fehlende oder abnehmende Effekte nach Abschluss der Reha (**t3**) u.a. auf schon zu Reha-Beginn (**t1**) fehlende Zusammenhänge, „*Scheinkorrelationen*" (z.T. Mediatoren), eine stärkere Veränderung verwandter Konstrukte (z.B. *Negative* vs. *Positive Affektivität*), „*Deckeneffekte*" (z.B. hohe *Baseline*-Werte zu **t1**, starke Verbesserungen zu **t2**, frühere Therapie-Erfolge) sowie unrealistische Therapie-Erwartungen oder ausgeprägte (therapieresistente) Beschwerden zurückgeführt werden. Ergänzend könnten diverse *Kontrollgruppen* Aufschluss über Faktoren geben, welche u.a. die Reha-Motivation und -Effekte beeinflussen - mögliche „*Nocebo*"-Wirkungen bedenkend (z.B. einer Therapieverzögerung bei Wartelisten-Gruppen; vgl. Schöne, 2010). Da die meisten zitierten Übersichten und Metaanalysen zu Recht eine einseitige Betrachtung unmittelbarer Therapie-Effekte kritisieren (bei Katamnese-Empfehlungen von bis zu einem Jahr), reicht auch der hier gewählte Erhebungs-Zeitraum zur endgültigen Alltags- und Realitätsüberprüfung der Reha-Effekte nicht aus. Da bei Interventionen zudem deren Art, Intensität und Frequenz bedacht werden sollte, bestechen die vorliegende und Vorläuferstudie (Schöne, 2010) durch die Ausrichtung der teilhabenden Reha-Klinik an den aktualisierten (Brustkrebs-) *Leitlinien* (*AWMF, DKG* & *DKH*, 2014/2019), wodurch die angewendeten Therapiemodule zumindest benannt werden können. Dabei bleibt zu diskutieren, ob die erwiesene Reha-Wirkung und -Effektivität in den *Leitlinien* gerechten, interdisziplinären Interventionen bzw. evidenzbasierten Modulen (vgl. *DRV*, 2007; *DMP*-Richtlinie, 2017), der diskriminativen therapeutischen Qualifikation oder der räumlichen und emotionalen Distanz der Patienten bzw. Partner zu alltäglichen Belastungen (durch Erholung, Versorgung, Zuwendung, Austausch, Verantwortungsabgabe) begründet liegt. Jedoch ist eine Aussage über das individuelle therapeutische Setting und die Wirksamkeit der während der Reha in Anspruch genommenen Maßnahmen (einschließlich der Qualifikation des multiprofessionellen Teams) im Rahmen der alltäglichen Klinikorganisation kaum möglich. Ferner mag inzwischen die Vergleichbarkeit über die Einrichtungen hinweg u.a. vor dem Hintergrund des zeitgemäßen *Wunsch- und Wahlrechtes des Leistungsberechtigten* (nach § 8 SGB IX, zuletzt geändert 2019) eingeschränkt sein, denn es bleibt die Frage, welche Personen-Charakteristika die individuelle Wahl für eine Reha-Klinik moderieren und wie der Heilungsverlauf auf eine oder die gleiche Reha verzichtender Personen wäre.

4.4 Ausblick und Implikationen für Praxis und Forschung

In Würdigung der umfangreichen psychoonkologischen Forschung zu den spezifischen Themen und Anforderungen an Brustkrebs Erkrankter und ihrer Angehörigen, konnte die vorliegende Untersuchung die Evidenzen für vielfältige physische, psychische und soziale Beschwerden und Bedürfnisse bestätigen. Bei erwiesenen Zusammenhängen mit der *Lebensqualität* sowie (u.a. neurobiologisch begründbar) Krankheits-Entstehung, -Verlauf und -Prognose kann eine bedarfsorientierte Behandlung, Vor- und Nachsorge den Umgang und das psychophysische Wohlbefinden verbessern sowie das Rezidiv- und Mortalitätsrisiko verändern. In Erweiterung zahlreicher Interventions-Studien wurde aktuell belegt, dass neben ambulanten Konzepten auch eine kurzzeitige stationäre Rehabilitation mit interdisziplinärer, psychoonkologisch und sozialmedizinisch geschulten Behandlern nicht nur die *Befindlichkeit* und das *Körperbild* unmittelbar positiv beeinflussen kann (vgl. Schöne, 2010), sondern auch die *Partnerschaftsqualität* sowie wechselseitigen Einschätzungen der Patientinnen und deren Partner. Damit bieten diese Ergebnisse eine weitere Orientierung in Hinblick auf die individuellen, dyadischen bzw. Reha-Prozesse und legen, unter Betrachtung der überzeugenden Effekte systematischer *Screenings*, die Erstellung eines Patientenprofils mit individuellen und interpersonellen Wirk-/Risikofaktoren für einen guten Behandlungs- und förderlichen Krankheitsverlauf nahe. V.a. könnte eine frühzeitige, fachkompetente Berücksichtigung der das Wohlbefinden und einander beeinflussenden Maße *Befindlichkeit* und *Körperbild* zur Vorbeugung oder Verbesserung in anderen Bereichen beitragen, was wiederum die ambulante/stationäre Versorgung effektiver gestalten ließe. Der erhöhte, aber oft nicht hinreichend gedeckte Betreuungs- und Versorgungsbedarf besteht gerade wegen der diagnostischen und medizinischen Fortschritte nicht nur während, sondern auch nach abgeschlossener Primärbehandlung fort. Da nachweislich Patienten wie Bezugspersonen ein grundlegendes Bedürfnis nach professioneller Information, Orientierung und Unterstützung haben, liegt es in der Verantwortung aller behandelnden Berufsgruppen, über mögliche psychophysische und -soziale Einflussfaktoren und Folgen (wie Komorbiditäten) explizit aufzuklären, in allen Phasen entstigmatisierend das Erleben zu erfragen und evidenzbasierte Interventionen zu bahnen. Denn für die mentale Gesundheit spielt die Einbindung des in Wechselwirkung stehenden sozialen Kontextes in (z.B. verhaltensorientierte oder präventive) Angebote eine wachsende Rolle, da fundiertes theoretisches und praktisches Krankheitswissen sowie stabile, vertrauensvolle Beziehungen helfen können, kritische Lebensereignisse und begleitende

Veränderungen zu bewältigen. Eine stärkere Aufmerksamkeit auf die Partnerschaft und die Themen der oft mitbelasteten Partner könnte (z.B. durch geeignete Programme für das Wohl der Partner sowie deren unterstützenden Fertigkeiten) den Umgang beider mit dem Krebs positiv beeinflussen. Wie u.a. aus den aktuellen Befunden zu schließen wäre, könnten alle Beteiligten bei entsprechender Indikation und Therapie profitieren, v.a. durch den Aufbau und die Förderung bewährter Kommunikations-Regeln und Beziehungsschemata. Überhaupt sollten Art (Einzel-, Gruppen-, Paar-, Familien-Programme), Setting (ambulant, teil-/stationär), Zeitpunkt, Dauer bzw. Anzahl der unterschiedlich effektiven Interventionen individuell gewählt werden, um der Manifestation maladaptiver Strukturen und das (gesellschaftliche) Leben beeinträchtigender Symptome entgegenzuwirken. Durch Vorbeugung ließen sich laut *WHO* und *DKFZ* sogar 30-50% aller Krebsfälle (in *RKI* & *GEKID,* 2019) und auf „modifizierbaren" Faktoren beruhende Sterbefälle (nach Dunn et al., 2015) verhindern. Da trotz wachsendem Bedarf nur ein Teil der Bedürftigen psychosoziale/-onkologische Maßnahmen wahrnimmt bzw. erhält, scheint ein quantitativer und qualitativer Aus- und Umbau des Gesundheitssystems erforderlich, indem (*universelle/selektive/indizierte*) Versorgungsangebote angepasst und gleichzeitig die Schwelle für die ambulante und stationäre Inanspruchnahme gesenkt wird. Die zeitliche Beständigkeit oder gar Progredienz psychophysischer Belastungen und die vorliegend im häuslichen Kontext wieder rückläufigen Reha-Effekte (vgl. Schöne, 2010) legen nahe, dass jene Maßnahmen nach spezifischen Kriterien festgelegt und Patienten gezielter durch den Transfer erlernter Bewältigungsstrategien sowie konkrete Nachsorge-Empfehlungen auf den Alltag vorbereitet werden sollten. Obwohl es zu den Langzeiteffekten und moderierenden Faktoren von Therapie-Programmen weiterer Forschung durch randomisierte, kontrollierte Longitudinal-Studien (*RCT*) mit geeigneten Katamnese-Zeiträumen bedarf, rechtfertigen die oft eindrucksvollen Therapieerfolge aus (sozio-)ökonomischer Sicht die Investition in eine bedarfsgerechte medizinische und psychosoziale Versorgung. Diese muss jedoch durch engmaschige, intensive Vor- und Nachsorge-Angebote gesichert werden (z.B. zur Stressregulation, Krisenintervention, Ressourcen-/*Resilienz*-Stärkung, Traumabewältigung). Zukünftig könnten neue wissenschaftliche Methoden, geeignetere Messinstrumente oder alternative Zugangswege bzw. Medien einen großen Beitrag zu *Screening* und Therapie leisten. Dies würde eine gezieltere Identifikation und Betreuung besonders Belasteter möglich, aber mehr ambulante und stationäre Angebote durch Psycho-Onkologen und -Therapeuten erforderlich machen, um maximale individuelle Behandlungs-Erfolge und Genesungschancen zu gewährleisten.

Zusammenfassung

- Auswirkungen einer Brustkrebsbehandlung auf Befindlichkeit und Körperbild von Brustkrebs-Patientinnen aus Sicht der Patientinnen und ihrer Partner -

Als eine der häufigsten Tumorerkrankungen in der industrialisierten Welt gehört der Brustkrebs zu den schwerwiegendsten kritischen Lebensereignissen, welche den überwiegend weiblichen Patienten und ihren Angehörigen besondere Fähigkeiten in der Krankheitsbewältigung und -anpassung abverlangen. Psychoonkologische Forschungen belegen für die Betroffenen verschiedenste (kurz- bis langfristige) psychophysische und -soziale Begleiterscheinungen infolge der Diagnose und spezifischen Behandlungen, allen voran Störungen der *Lebensqualität,* der *Befindlichkeit* und des *Körperbildes* sowie des sozialen Lebens, wie der *Partnerschaftsqualität*. Zunehmend gelangen aber auch deren Angehörige, v.a. die (Ehe-)Partner, mit ihren eigenen Belastungen bzw. ihrer Bedeutung für den Krankheitsverlauf der Patientinnen in den Fokus. Zahlreiche Analysen konnten bereits die gleichermaßen positiven Effekte ambulanter Interventions- und beginnend auch die stationärer, interdisziplinärer Rehabilitations-Programme auf die psychophysischen und- sozialen Problembereiche sowie Kontextfaktoren aufdecken.

Ziel. Die hier vorgestellte Arbeit hatte zum Ziel, (**F1**) die Auswirkungen einer Brustkrebserkrankung und -behandlung auf die Einschätzung von *Befindlichkeit* (**BF**) und *Körperbild* (**KB**) der betroffenen Frauen aus Sicht der Patientinnen und ihrer Partner sowie die partnerschaftliche Übereinstimmung, (**F2**) als auch den (unmittelbaren/kurzfristigen) Einfluss einer stationären, interdisziplinären Rehabilitation zu untersuchen, (**F3**) zugleich den Zusammenhang zur *Partnerschaftsqualität* (**PQ**) zu prüfen. Im Kontext der multizentrischen, kontrollierten Vorläuferstudie (Schöne, 2010) verfolgte diese Parallel-Studie die Absicht, durch eine differenziertere Erfassung partnerschaftlicher Perspektiven und Kontextfaktoren bisherige Forschungs-Lücken zu schließen und das Potential psychoonkologischer Interventions-Programme bei Brustkrebs darzulegen.

Methode. Eine freiwillige, repräsentative Teil-Stichprobe von 33 (aus insgesamt 130 befragten) Brustkrebs-Patientinnen wurde persönlich bei stationärer Aufnahme in einer Reha-Klinik (**t1**), nach drei-wöchiger Reha (**t2**) sowie vier Wochen nach individuellem Abschluss der Maßnahme (**t3**) mittels spezifischer Fragebögen zu **BF** und **KB** sowie **PQ** untersucht. Systematisch wurden zahlreiche *soziodemografische, medizinische*/

behandlungsbedingte sowie *rehabilitationsbezogene* Faktoren erhoben und analysiert. Parallelisierte Fragebögen wurden postal von den 33 zugehörigen, im Alter vergleichbaren Partnern zu Beginn (**t1**) und vier Wochen nach Abschluss der Reha der Frauen (**t3**) bearbeitet, sodass insgesamt vier Perspektiven zum weiblichen Erleben vorlagen: das *Selbstbild* der Patientinnen (**A** ICH über MICH), das durch ihre Partner *antizipierte Selbst-* (**B** SIE über SICH), das durch die Patientinnen *antizipierten Fremd-* (**C** ER über MICH) und das *Fremdbild* der Partner (**D** ICH über SIE).

Ergebnisse. In der vorgestellten Arbeit berichteten die Brustkrebs-Patientinnen zu **t1** individuelle **BF**- (i.S. einer behandlungsbedürftigen *Globalen Stressbelastung*) sowie **KB**-Störungen (begründbar u.a. mit einer hohen *Bedeutsamkeit des KB*/***BedKB***) bei insgesamt guter **PQ**. Obwohl Patientinnen und deren Partner darin übereinstimmten, dass die *Positive Affektivität* der Frauen signifikant höher ausgeprägt war als die *Negative*, wurde von den Partnern die weibliche **BF** [**A<B**] insgesamt über- und das (von diesen als weniger *bedeutsam* angesehene) *negative* **KB** [**A>B>C>D**] unterschätzt. Dabei war nicht nur das **KB** im Selbstbild der Frauen signifikant am negativsten, sondern auch deren **PQ** [**A<C<B<D**] tendenziell am geringsten (gefolgt jeweils vom antizipierten Selbst- resp. Fremdbild), während das Fremdbild der Männer immer am besten ausfiel. Für das **KB** und die **PQ** waren diese Unterschiede in den persönlichen Urteilen [**A-D**] demnach von allen Urteilsdifferenzen am größten, wobei das (korrelierende) gegenseitige Einfühlungsvermögen in der Frauen- vs. Männer-Sicht beim **KB** [**A-B≈C-D**] ähnlich gut/schlecht war, bei der **PQ** [**A-B<C-D**] aber das Einfühlungsvermögen der Männer besser schien als das der Frauen. Insgesamt zeigten sich in der **PQ** höhere Paar-Übereinstimmungen als in der **BF** bzw. dem **KB** und schienen die Frauen leichter/genauer beurteilbar als deren Partner. Die dennoch gemeinsamen Urteilstendenzen bildeten sich darin ab, dass für **BF**, **KB** (außer Selbst- mit Fremdbild, bei ohnehin unabhängiger ***BedKB***) und **PQ** die Paar-Urteile (auch übereinander) trotz ggf. bestehender Niveau-Unterschiede oft positiv zusammenhingen, ebenso die **KB**- resp. **PQ**-Fehlurteile (außer gegenseitige Annahmen **B-C**). Erwartungsgemäß korrelierten die Urteile über die **BF** und das **KB** in den meisten Betrachtungsperspektiven [**A, B, C**] positiv (v.a. im Selbst-, nicht im Fremdbild). Die Einschätzung der **PQ** hing aber unterschiedlich mit der **BF** [**A, B**] (den Urteilen der/über die Patientin) und dem **KB** [**B, D**] (den Urteilen des Partners) zusammen - die jeweiligen **BF**-, **KB**- und **PQ**-Fehlurteile korrelierten nicht oder sehr selten. Im Rahmen der stationären Reha-Maßnahme (mittlere bis große Effekte) konnten v.a. die Patientinnen signifikante Verbesserungen in allen **BF**- und **KB**- (auch ***BedKB***) sowie **PQ**-Maßen von **t1** zu **t2** bzw. **t3**

und somit eine Verringerung der Behandlungsbedürftigkeit erzielen. Verglichen mit den Partner-Urteilen, welche weniger oder keine Veränderungen zeigten (**t1→t3**), spricht dies für einen direkten Reha-Einfluss und den subjektiv stärker erlebten Behandlungserfolg der Frauen bzgl. positiver **BF** [$A>B_{t3-t1}$], *negativem* **KB** [$A>B/A>C/A>D_{t3-t1}$] und **PQ** [$A>D/B>D/C>D_{t3-t1}$], aber mit positiven Übertragungseffekten auf die wechselseitigen Paar-Annahmen [B, C]. Diese Urteils-Veränderungen [A, B, C] korrelierten auch positiv. Zu **t3** ließen sich zwar wieder leichte Verschlechterungen in **BF**, **KB** (auch ***BedKB***) und **PQ** nachweisen, jedoch waren in allen vier Perspektiven die Ausprägungen noch immer signifikant besser als zu **t1**. Obwohl sich die Reihenfolge in den Perspektiven nicht änderte, näherten sich dennoch die Paar-Urteile in **BF** [A-B] und **KB** [A-B, A-C, A-D] (unter Einbezug des positiv beeinflussten Selbstbildes) sowie der **PQ** [A-D, B-D, C-D] (unter Einbezug des ohnehin positiven Fremdbildes) von **t1** zu **t3** deutlich an und veränderten sich auch am stärksten. Dabei korrelierten die jeweiligen **BF**-, **KB**- und **PQ**-Fehlurteile zu **t1** fast immer mit denen zu **t3**. Eine bedeutsame positive Beziehung zwischen der Veränderung in der negativen **BF** und dem *negativen* **KB** gab es nur im Selbstbild (ähnlich bei den korrelierenden veränderten **BF**- und **KB**-Fehlurteilen), hingegen seltene negative Beziehungen zwischen der Veränderung in der **PQ** und der negativen **BF** [A, B] bzw. dem *negativen* **KB** [A, C] in je zwei Perspektiven (den Urteilen der/über die Frauen). Da **BF** und **KB** sowie deren zeitlichen Veränderungen kaum mit *soziodemografischen, medizinischen/ behandlungsbedingten* und *rehabilitationsbezogenen* Personen-Merkmalen zusammenhingen, erübrigte sich deren kovarianzanalytische Berücksichtigung zur Vermeidung von konfundierenden Einflüssen. Selbst für die Operationsmethode waren die Effekte nicht eindeutig - doch ergaben sich Hinweise auf eine etwas engere Beziehung zwischen Mastektomie (vs. Brusterhaltende Therapie) und **KB** bzw. in diesem Fall zwischen **PQ** und **KB**.

Schlussfolgerungen. In eindrucksvoller Ergänzung zur bisherigen Literatur, welche bei Brustkrebs-Patientinnen vielfältige Beeinträchtigungen der *Lebensqualität* aufzeigen, konnte die vorliegende Studie die unterschiedlichen Sichtweisen der Patientinnen und deren Partner (erstmals auch das aus Sicht der Partner vermutete Selbstbild der Frauen und das aus Sicht der Patientinnen vermutete Fremdbild der Partner) auf die spezifischen **BF**- und **KB**-Störungen der Betroffenen erfassen, was Aufschlüsse über das wechselseitige Verstehen der Paare geben könnte. Zugleich wurde gezeigt, dass sich eine stationäre, interdisziplinäre Rehabilitation der Frauen als für deren Beschwerden unmittelbar und kurzfristig sehr effektive und (durch die positive Beeinflussung der wechselseitigen Paar-Perspektiven) ebenso effiziente Maßnahme herausstellt. Die leicht rückläufigen

Reha-Verbesserungen unter Alltagsbedingungen nach Reha-Abschluss unterstreichen jedoch die dringende Notwendigkeit adäquater Nachsorge-Programme. Wenngleich sich die oft inkonsistenten Forschungsergebnisse zum Einfluss von *soziodemografischen*, *medizinischen* oder *rehabilitationsbezogenen* Faktoren auch in dieser Studie spiegelten, konnte die Bedeutung des sozialen Kontextes bestätigt werden, denn vom Krebs betroffene Paare unterscheiden sich nicht nur in der Einschätzungen des weiblichen (Körper-)Erlebens, sondern auch in der (krebsbezogenen) **PQ**, welche übereinstimmend insgesamt als erstaunlich hoch erlebt wird. Da die Ergebnisse zu **BF**, **KB** und **PQ** nicht gänzlich aufeinander übertragbar sind, z.T. aber zusammenhängen, sollten die individuellen Rehabilitations-Bedürfnisse durch geschulte Berufsgruppen multifaktoriell (physisch, psychisch, psychosozial) und multiperspektivisch (Selbst-/Fremdbeurteilung) erhoben werden, um den besonderen Begleiterscheinungen bei Brustkrebs durch notwendige, angepasste psychoonkologische Interventionen gerecht werden und einen optimalen Bewältigungsprozess gewährleisten zu können.

Summary

- The Effects of Breast cancer treatment on Emotional State and Body Image of Breast cancer Patients from the point of view of the Patients and their Partners -

As one of the most common tumor diseases in the industrialized world, breast cancer is a serious critical life event that requires predominantly female patients and their relatives to have special skills in coping with and adapting to the disease. Psycho-oncological research shows various (short to long-term) psycho-physical and psycho-social side effects for those affected by the diagnosis and specific treatments - especially disorders of *Quality of Life*, *Emotional State* and *Body Image* as well as social life, such as *Partnership Quality*. However, relatives are also increasingly getting into focus - particularly spouses and partners, with their own burden or their importance for the course of the patient's illness. Numerous analyzes have already revealed the equally positive effects of outpatient intervention, and more recently interdisciplinary inpatient rehabilitation programs, on the psycho-physical and psycho-social problem areas and contextual factors.

Purpose. The aim of this study was, (**F1**) to examine the effects of breast cancer and it`s treatment on *Emotional State* (**BF**) and *Body Image* (**KB**) of the women concerned, from the point of view of the patients and their partners as well as partnership agreement, (**F2**) to examine the (immediate/short-term) influence of interdisciplinary inpatient rehabilitation, (**F3**) and to consider the relationship to *Partnership Quality* (**PQ**). In the context of a multicenter, controlled preliminary study (Schöne, 2010), this parallel study aims to bridge gaps in research by employing a differentiated assessment of partnership perspectives or contextual factors and explaining the potential of psycho-oncological intervention programs in breast cancer.

Methods. A voluntary, representative partial sample of 33 (out of a total of 130 interviewed) breast cancer patients was examined personally when admitted to a rehab clinic (**t1**), after three weeks of rehabilitation (**t2**) and four weeks after the individual completion of the program (**t3**) using specific questionnaires on **BF**, **KB** and **PQ**. Numerous *sociodemographic*, *medical/treatment related* and *rehabilitation related* factors were systematically collected and analyzed. Parallelized questionnaires were processed by the 33 associated, age comparable partners at the beginning (**t1**) and four weeks after completing the women's rehabilitation (**t3**), so that there were a total of four perspectives on female experience: the *self-image* of the patients (**A** ME about MYSELF), the *self-image anticipated* by their partners (**B** SHE about HERSELF), the *external-image anticipated* by the patients (**C** HE about MYSELF) and the *external-image* of the partners (**D** ME about HERSELF).

Results. Breast cancer patients reported individual **BF**- (in the sense of a *global stress load* requiring treatment) and **KB**-disorders (justifiable among other things because *KB* was of great *importance*/***BedKB***) at **t1**, with a good overall **PQ**. Although patients and their partners agreed that the *positive affectivity* of the women was significantly higher than the *negative affectivity*, partners over-estimated the female **BF** [**A<B**] overall and underestimated *negative* **KB** (considered less *significant* by them) [**A>B>C>D**]. Not only was **KB** significantly negative in the self-image of women, but their **PQ** [**A<C<B<D**] also tended to be lowest (followed in each case by the anticipated self- or external-image), while the external-image of men always turned out best. For **KB** and **PQ** these differences in personal judgments [**A-D**] were the greatest of all judgment differences, whereby the (correlating) mutual empathy in women's vs. men's view of **KB** [**A-B≈C-D**] was similarly good/bad, but the empathy of men seemed better than that of women in **PQ** [**A-B<C-D**]. Overall, there were higher paired matches in **PQ** than in **BF** or **KB**

[**PQ>BF>KB**], just like women seemed to be assessable more easily/precisely than their partners. The common tendencies towards judgment were reflected in the fact that for **BF**, **KB** (apart from self- with external-image, with an independent ***BedKB***) and **PQ** the paired judgments (even one above the other) were often positively related, even if there were any level differences, as were **KB-** resp. **PQ**-misjudgments (except mutual assumptions **B-C**). As expected, the assessments of **BF** and **KB** correlated positively in most perspectives [**A, B, C**] (especially in the self-, not in the external-image). The assessment of **PQ** was differently related to the **BF** [**A, B**] (judgments of/on the patients) and **KB** [**B, D**] (partner's judgments) - the respective **BF-**, **KB-** and **PQ**-misjudgments did not or were very rarely correlated. As part of the inpatient rehabilitation measure (medium to large effects), especially the patients achieved significant improvements in all **BF-** and **KB-** (including *BedKB*), as well as **PQ**-measures from **t1** to **t2** or **t3,** and thus reduced the need for treatment. Compared to the partner judgments, which showed little or no change (**t1→t3**), this speaks for direct positive rehab influences and the subjectively stronger experienced treatment success of women with regard to positive **BF** [**A>B$_{t3-t1}$**], *negative* **KB** [**A>B/A>C/A>D$_{t3-t1}$**] and **PQ** [**A>D/B>D/C>D$_{t3-t1}$**], but with positive transfer effects on the mutual pair assumptions [**B**, **C**]. Especially these changes in judgment [**A, B, C**] were also positively related. Slight deteriorations in **BF**, **KB** (including ***BedKB***) and **PQ** were again evident at **t3**, but were still significantly better in all four perspectives than at **t1**. Although the order in the couple perspectives did not change, the couple judgments in **BF** [**A-B**] and **KB** [**A-B, A-C, A-D**] (including the positively influenced self-image) and **PQ** [**A-D, B-D, C-D**] (including the already positive external-image) nevertheless came significantly closer from **t1** to **t3,** and they changed the most. The respective **BF-**, **KB-** and **PQ**-misjudgments at **t1** almost always correlated with those at **t3**. There was only one meaningful positive relationship between change in negative **BF** and *negative* **KB** in the self-image (similar to the correlated changed **BF-** and **KB**-misjudgments), whereas there were rare negative relationships between change in **PQ** and negative **BF** [**A, B**] and also *negative* **KB** [**A, C**] in two perspectives (the changed judgments of/on the women). Since **BF** and **KB** and their changes over time were hardly related to *sociodemographic*, *medical/treatment related* and *rehabilitation related* personal characteristics, their covariance analysis, in order to avoid confounding influences, was unnecessary. Even for the surgical method, the effects were not clear - however, there was evidence of a somewhat closer relationship between mastectomy (vs. breast conserving therapy) and **KB,** or in those cases, between **PQ** and **KB**.

Conclusion. In an impressive addition to the previous literature, which showed manifold impairments of the *Quality of Life* in breast cancer patients, the present study was able to differentiate the perspectives of the patients and their partners (for the first time also the self-image of women assumed from the partner's perspective and the external-image of partners assumed from the patient's perspective) on the specific **BF**- and **KB**-disorders of those affected, which could provide information about the mutual understanding of the couples. At the same time, this study showed that an interdisciplinary inpatient rehabilitation of women is a very effective program for their complaints immediately and in the short term, and (by positively influencing the mutual couple perspective) efficient too. However, the slightly declining rehab improvements under everyday conditions after completion of rehab underline the urgent need for adequate aftercare programs. Although the often inconsistent research results on the influence of *sociodemographic*, *medical* or *rehabilitation related* factors were also reflected in this study, the importance of the social context could be confirmed. Because couples affected by cancer differ not only in the assessments of female (body) experience, but also in the (cancer related) **PQ**, which is experienced consistently high overall. Since the results on **BF**, **KB** and **PQ** are not entirely transferable to each other, individual rehabilitation needs should be assessed by trained, professional groups in a multifactorial (physical, psychological, psychosocial) and multiperspective (self-/ external-assessment) way in order to do justice to the special side effects of breast cancer through necessary, adapted psycho-oncological interventions and to be able to guarantee an optimal coping process.

Literaturverzeichnis

Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J. et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology [(EORTC) QLQ-C30]. *J Natl Cancer Inst, 85* (5), 365-376.

Abele-Brehm, A. & Brehm, W. (1986). Zur Konzeptualisierung und Messung von Befindlichkeit. Die Entwicklung der "Befindlichkeitsskalen" (BFS). *Diagnostica, 32* (3), 209-228.

Abele, A. & Becker, P. (Hrsg., 1994). *Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik* (2. Aufl.). Weinheim: Juventa.

Abele, A. E., Cuddy, A. J., Judd, C. M. & Yzerbyt, V. Y. (2008). Fundamental dimensions of social judgment [Special issue]. *Eur J Soc Psychol, 38* (7), 1063-1224.

Abele, A. (2014). Urteilsbildung, Dimensionen. In: M. A. Wirtz (Hrsg.). *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (18. Aufl., S. 1607). Bern: Hogrefe.

Abend, T. A. & Williamson, G. M. (2002). Feeling attractive in the wake of breast cancer: optimism matters, and so do interpersonal relationships. *Personality and Social Psychology Bull, 28* (4), 427-436.

Abercrombie, H. C., Giese-Davis, J., Sephton, S., Epel, E. S., Turner-Cobb, J. M. & Spiegel, D. (2004). Flattened cortisol rhythms in metastatic breast cancer patients. *Psychoneuroendocrinology, 29* (8), 1082-1092.

Alfano, C. M. & Rowland, J. H. (2006). Recovery issues in cancer survivorship: a new challenge for supportive care. *Cancer J, 12* (5), 432-443.

Alfermann, D. (2005). Geschlechtsunterschiede. In: H. Weber & T. Rammsayer (Hrsg.). *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie* (S. 305-317). Göttingen: Hogrefe.

Al-Ghazal, S. K., Fallowfield, L. & Blamey, R. W. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer, 36* (15), 1938-1943.

Amelang, M., Schwarz G. & Wegemund A. (1989). Soziale Intelligenz als Trait-Konstrukt und Test-Konzept bei der Analyse von Verhaltenshäufigkeiten. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 10* (1), 37-57.

Amelang, M., Bartussek, D., Stemmler, G. & Hagemann, D. (Hrsg., 2006). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

American Psychiatric Association (*APA*, 2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).* Arlington: American Psychiatric Publishing. [Deutsche Ausgabe: P. Falkai & H.-U. Wittchen (Hrsg.). Diagnostische Kriterien DSM-5: (1. Aufl.). Hogrefe.]

Amir, M. & Ramati, A. (2002). Posttraumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *J Anxiety Disord, 16* (2), 195-206.

Andersen, B. L., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Glaser, R., Emery, C. F., Crespin, T. R., Shapiro, C. L. & Carson, W. E. (2004): Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *J Clin Oncol, 22* (17), 3570-3580.

Andersen, B. L., DeRubeis, R. J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V. L., Massie, M. J., Holland, J. C., Partridge, A. H., Bak, K. et al. (2014). Screening, assessment and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol, 32* (15), 1605-1619.

Andrykowski, M. A. & Cordova, M. J. (1998). Factors associated with reports of PTSD symptoms following breast cancer treatment: Test of the Andersen model. *J Trauma Stress, 11* (2), 189-203.

Antoni, M. H. (2003). Psychoneuroendocrinology and psychoneuroimmunology of cancer: plausible mechanisms worth pursuing? *Brain Behav Immun, 17* (1), 84-91.

Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. et al. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychol, 20* (1), 20-32.

Antoni, M. H., Lutgendorf, S., Cole, S., Dhabhar, F., Sephton, S., McDonald, P. et al. (2006). The influence of biobehavioral factors on tumor biology, pathways and mechanisms. *Nat Rev Cancer, 6* (3), 240-248.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (1. Aufl.) [von Alexa Franke (Hrsg., Übersetzer)]. Tübingen: dgvt-Verlag.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (*AWMF*), Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (*DKG*) & Deutsche Krebshilfe e.V. (*DKH*):

- (Hrsg., 2014). *Leitlinienprogramm Onkologie - S3-Leitlinie. Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten*.
- (Hrsg., 2019). *Leitlinienprogramm Onkologie - S3-Leitlinie Brustkrebs. Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms*. [www.leitlinienprogramm-onkologie.de].

Arndt, V., Merx, H., Stegmaier, C., Ziegler, H. & Brenner, H. (2005). Persistence of restrictions in quality of life from the first to the third year after diagnosis in women with breast cancer. *J Clin Oncol, 23* (22), 4945-4953.

Arora, N. K., Gustafson, D. H., Hawkins, R. P., McTavish, F., Cella, D. F., Pingree, S. et al. (2001). Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma - a prospective study. *Cancer, 92* (5), 1288-1298.

Aschenbrenner, A., Härter, M., Reuter, K. & Bengel, J. (2003). Prädiktoren für psychische Beeinträchtigungen und Störungen bei Patienten mit Tumorerkrankungen - ein systematischer Überblick empirischer Studien. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 12*, 15-28.

Asch, S. (1946). Forming impressions of personality. *J Abnormal Soc Psychol, 41*, 258-290.

Asch, S. E. (1959). A perspective on social psychology. In: S. Koch (Ed.). *Psychology: A study of a science* (Vol. 3, pp. 363-383). New York: McGraw-Hill.

Avis, N. E., Crawford, S. & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol, 23* (15), 3322-3330.

Aziz, N. M. & Rowland, J. H. (2002). Cancer survivorship research among ethnic minority and medically underserved groups. *Oncol Nurs Forum, 29* (5), 789-801.

Baanders, A. N. & Heijmans, M .J. (2007). The impact of chronic diseases: the partner's perspective. *Fam Community Health, 30* (4), 305-317.

Badger, T. A., Braden, C. J, Longman, A. J. & Mishel, M. M. (1999). Depression burden, self-help interventions, and social support in women receiving treatment for breast cancer. *J Psychosocial Oncol, 17* (2), 17-35.

Badger, T. A., Braden, C. J., Mishel, M. H. & Longman, A. (2004). Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: patterns over time. *Res Nurs Health, 27* (1), 19-28.

Badr, H. & Krebs, P. (2013). A Systematic Review and Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Couples Coping With Cancer. *Psychooncology, 22* (8), 1688-1704.

Baider, L., Koch, U., Esacson, R. & De-Nour, A. K. (1998). Prospective study of cancer patients and their spouses: the weakness of marital strength. *Psychooncology, 7* (1), 49-56.

Baik, O. M. & Adams, K. B. (2011). Improving the Well-Being of Couples Facing Cancer: A Review of Couples-Based Psychosocial Interventions. *J Marital Fam Ther, 37* (2), 250-266.

Bakan, D. (Hrsg., 1966). *The duality of human existence: An essay on psychology and religion*. Chicago: Rand McNally.

Baker-Glenn, E. A., Park, B., Granger, L., Symonds, P. & Mitchell, A. J. (2011). Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help question. *Psychooncology, 20* (5), 525-531.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84* (2), 191-215.

Baron, J. (Ed., 2007). *Thinking and deciding* (4th ed.). NY: Cambridge University Press.

Barsevick, A. M., Sweeney, C., Haney, E. & Chung, E. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum, 29* (1), 73-84.

Bartsch, H. H. & Zeiss, T. (2014). Rehabilitation von Patientinnen mit Mammakarzinom. *Rehabilitation, 53* (04), 268-278.

Baucom, D. H., Epstein, N. & Gordon, K. C. (2000). Marital therapy: Theory, practice, and empirical status. In: C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.). *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21th century* (pp. 280-308). New York: Wiley.

Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M. & Keefe, F. J. (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Disease, 23*, 103-113.

Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. N., Wiesenthal, N., Aldridge, W. et al. (2009). A couple-based intervention for female breast cancer. *Psychooncology, 18* (3), 276-283.

Baxter, N. N. (1998). *The Body Image After Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ) - The design and testing of a disease specific measure.* PhD dissertation: Univ. of Toronto.

Baxter, N. N., Goodwin, P. J., Mcleod, R. S., Dion, R., Devins, G. & Bombardier, C. (2006). Reliability and Validity of the Body Image after Breast Cancer Questionnaire. *The Breast Journal, 12* (3), 221-232.

Beck, A. T. (Ed., 1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Beckmann, M. W., Brucker, C., Hanf, V., Rauh, C., Bani, M. R., Knob, S. et al. (2011). Quality assured health care in certified breast centers and improvement of the prognosis of breast cancer patients. *Onkologie, 34* (7), 362-367.

Bellizzi, K. M. & Blank, O. B. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychol, 25* (1), 47-56.

Bengel, J. & Koch, U. (Hrsg., 2000). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung.* Berlin, Heidelb: Springer.

Bengel, J. & Faller, H. (2001). Forschungsstrategien und -methodik. In: Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW; Hrsg.). *Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung* (S. 130-134). [www.dgrw-online.de].

Ben-Zur, H. (2001). Your coping strategy and my distress: Interspouse perceptions of coping and adjustment among breast cancer patients and their spouses. *Families, Systems & Health, 19* (1), 83-94.

Ben-Zur H., Gilbar, O. & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse, and dyad models. *Psychosom Med, 63* (1), 32-39.

Bergelt, C., Welk, H. & Koch, U. (2000). Erwartungen, Befürchtungen und Therapieziele von Patienten zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme. *Rehabilitation, 39* (6), 338-349.

Bergelt, C., Morfeld, M. & Koch, U. (2006). Rehabilitationsdiagnostik. In: F. Petermann & M. Eid (Hrsg.). *Handbuch der Psychologischen Diagnostik* (S. 665-672). Göttingen: Hogrefe.

Bergelt, C., Lehmann, C., Welk, H. J., Barth, J., Gaspar, M. et al. (2009). Geschlechtsspezifische psychische Belastungen und Lebensqualität bei Partnern von Krebspatienten in der onkologischen Rehabilitation. In: U. Koch & J. Weis (Hrsg.). *Psychoonkologie* (S. 80-93). Göttingen: Hogrefe.

Bergelt, C., Schölermann, C., Hahn, I., Weis, J. & Koch, U. (2010). Psychooncological care for breast cancer patients in hospitals and in the outpatient sector. *Gesundheitswesen, 72* (10), 700-706.

Biehl, B. & Landauer, A. (Hrsg., 1975). *Das Profile of Mood States (POMS)*. Mannheim.

Biskup, M., Uhlemann, T. & Gärtner, U. (1994). Veränderungen körperlicher Beschwerden und Belastungen von Tumorpatienten nach stationärer onkologischer Rehabilitation. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 28*, 219-229.

Blake-Mortimer, J. S., Sephton, S. E., Carlson, R. W., Stites, D. & Spiegel, D. (2004). Cytotoxic T lymphocyte count and survival time in women with metastatic breast cancer. *Breast J, 10* (3), 195-199.

Blanchard, C. G. (1997). The Crisis of Cancer: Psychological Impact on Family Caregivers. *Oncology, 11* (2), 189-194.

Blanchard, C., Toseland, R. & McCallion, P. (1996). The effects of a problem-solving intervention with spouses of cancer patients. *J Psychosocial Oncol, 14* (2), 1-21.

Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S. & Banks, P. J. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psychooncology, 13* (3), 147-160.

Bodenmann, G. (1997). Dyadisches Coping: theoretischer und empirischer Stand. *Zeitschrift für Familienforschung, 9* (2), 7-25.

Bodenmann, G. (Hrsg., 2004). *Verhaltenstherapie mit Paaren. Ein modernes Handbuch für die psychologische Beratung und Behandlung.* Bern: Huber.

Bodenmann, G. (2007). Verhaltenstherapeutische Paartherapie. In: B. Strauss, F. Hohagen & F. Casper (Hrgs.). *Lehrbuch Psychotherapie* (Teilband 2). Göttingen: Hogrefe.

Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1989). Descriptive consistency and social desirability in self and peer reports. *Eur J Pers, 3* (1), 31-45.

Borkenau, P. & Liebler, A. (1993). Convergence of stranger ratings of personality and intelligence with self-ratings, partner-ratings, and measured intelligence. *J Pers Soc Psychol, 65* (3), 546-553.

Bortz, J. & Döring, N. (Hrsg., 2005). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Brähler, E., Schumacher, J. & Brähler, C. (2000) Erste gesamtdeutsche Normierung der Kurzform des Giessener Beschwerdebogens (GBB-24). *Psychother Psych Med Psychol, 50* (1), 14-21.

Breitbart, W. & Krivo, S. (1998). Suicide. In: J. C Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. J. Loscalzo, R. McCorkle & P. N. Butow (Eds.). *Psycho-Oncology* (pp. 541-547). New York: Oxford University Press.

Brock, R. L. & Lawrence, E. (2008). A Longitudinal Investigation of Stress Spillover in Marriage: Does Spousal Support Adequacy Buffer the Effects? *J Fam Psychol,* 22, 11-20.

Brown, K. W., Levy, A. R., Rosberger, Z. & Edgar, L. (2003). Psychological distress and cancer survival: a follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosom Med, 65* (4), 636-643.

Brown, M. L, Lipscomb, J. & Snyder, C. (2001). The burden of illness of cancer: economic cost and quality of life. *Annu Rev Public Health, 22*, 91-113.

Bruch, H. (Hrsg., 2001). *Eßstörungen* (8. Aufl.). Frankfurt a. M.: Fischer.

Brusilovskiy, E., Mitstifer, M. & Salzer, M. S. (2009). Perceived partner adaptation and psychosocial outcomes for newly diagnosed stage I and stage II breast cancer patients. *J Psychosocial Oncol, 27* (1), 42-58.

Brusis, J., Voigt, B. & Mai, N. (1993). Warum nehmen ambulante Brustkrebspatientinnen nicht an (ambulanter) psychosozialer Nachbetreuung teil? In: F. A. Muthny & G. Haag (Hrsg.). *Onkologie im psychosozialen Kontext.* Heidelberg: Asanger Verlag.

Buchholz, I. & Kohlmann, T. (2013). Ziele von Patienten der medizinischen Rehabilitation - Eine Übersicht zum Forschungsstand in Deutschland. *Rehabilitation, 52* (02), 75-85.

Bullinger, M. & Kirchberger, I. (Hrsg., 1995). *Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion.* Göttingen: Hogrefe.

Bullinger, M., Siegrist, J. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg., 2000). *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive.* Göttingen: Hogrefe.

Bultz, B. D., Speca, M., Brasher, P. M., Geggie, P. H. & Page, S. A. (2000). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psychooncology, 9* (4), 303-313.

Bultz, B. D. & Carlson, L. E. (2006). Emotional distress: the sixth vital sign - future directions in cancer care. *Psychooncology, 15* (2), 93-95.

Bundesministerium für Gesundheit (*BMG*, 2012). *Der Nationale Krebsplan - Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen* [Broschüre]. [www.bundesgesundheitsministerium.de].

Bundeszentrale für politische Bildung (*bpb*) in Kooperation mit dem Statistischen Bundesamt (*Destatis*), dem Wissenschaftszentrum Berlin (*WZB*) und dem Sozio-oekonomischen Panel (*SOEP*) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung Berlin (*DIW*) (2018). *Datenreport 2018* (16. Aufl.). [www.bpb.de].

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ, 330* (7493), 702-705.

Burwell, S. R., Case, L. D., Kaelin, C. & Avis, N. E. (2006). Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol, 24* (18), 2815-2821.

Buss, D. M. (Hrsg., 2004). *Evolutionäre Psychologie*. München: Pearson.

Byrne, D. (1964). Repression-sensitization as a dimension of personality. In: B. A. Maher (Eds.). *Progress in experimental personality research*. New York: Academic Press.

Cameron, L. D. & Leventhal, H. (2003). Self-regulation, health, and illness: An overview. In: L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds., 2003). *The self-regulation of health and illness behaviour*. New York, London: Routledge.

Cardoso, F., Harbeck, N., Mertz, S. & Fenech, D. (2016). Evolving psychosocial, emotional, functional, and support needs of women with advanced breast cancer: results from the count us, know us, join us and here & now surveys. *Breast, 28*, 5-12.

Carlson, L. E. & Bultz, B. D. (2004). Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: Making the case for economic analyses. *Psychooncology, 13* (12), 837-849.

Carlson, L. E., Bultz, B. D., Speca, M. & St. Pierre, M. (2000_a). Partners of Cancer Patients Part I. Impact, Adjustment, and Coping Across the Illness Trajectory. *J Psychosoc Oncol, 18* (2), 39-63.

Carlson, L. E., Bultz, B. D., Speca, M. & St. Pierre, M. (2000_b). Partners of Cancer Patients: Part II. Current Psychosocial Interventions and Suggestions for Improvement. *J Psychosoc Oncol, 18* (3), 33-43.

Carlson L. E., Doll, R., Stephen, J., Faris, P., Tamagawa, R., Drysdale, E. & Speca, M. (2013). Randomized controlled trial of Mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer. *J Clin Oncol, 31* (25), 3119-3126.

Carlson, L. E., Tamagawa, R., Stephen, J., Drysdale, E., Zhong, L. & Speca, M. (2016). Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results. *Psychooncology, 25* (7), 750-759.

Carroll, A. J., Baron, S. R. & Carroll, R. A (2016). Couple-based treatment for sexual problems following breast cancer: A review and synthesis of the literature. *Supportive Care in Cancer, 24* (8), 3651-3659.

Carter, C. A. & Carter, R. E. (1994). Some observations on individual and marital therapy with breast cancer patients and spouses. *J Psychosoc Oncol, 12* (1-2), 65-81.

Carver, C. S & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychol, 23* (6), 595-598.

Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Price, A. A., Noriega, V., Harris, S. D., Derhagopian, R. P. et al. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosom Med, 60* (2), 168-174.

Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (Eds., 2002). *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. Guilford Press, New York.

Chow, E., Tsao, M. N. & Harth, T. (2004). Does psychosocial intervention improve survival in cancer? A meta-analysis. *Palliat Med, 18* (1), 25-31.

Classen, C., Butler, L. D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J. et al. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: A randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatry*, 58 (5), 494-501.

Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S. Wheeler, J., Baucom, D. H. & Simpson, L. E. (2004). Traditional versus Integrative Behavioral Couple Therapy for significantly and chronically distressed married couples. *J Consul Clin Psychol, 72* (2), 176-191.

Christensen, A., Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D. H. & George, W. H. (2006). Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trail comparing Traditional versus Integrative Behavioral Couple Therapy. *J Consult Clin Psychol, 74* (6), 1180-1191.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med, 38*, 300-314.

Cohen, M. Z., Kahn, D. L. & Steeves, R. H. (1998). Beyond body image: the experience of breast cancer. *Oncol Nurs Forum, 25* (5), 835-841.

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychol, 7* (3), 269-297.

Cohen, S., Underwood, L.G. & Gottlieb, B.H. (Eds., 2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-25). New York: Oxford University Press.

Collins, K. K, Liu, Y., Schootman, M., Aft, R., Yan, Y., Dean, G. & Eilers, M. (2011). Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Res Treat, 126* (1), 167-176.

Colvin, C. R. (1993). „Judgeable" people: Personality, behavior, and competing explanations. *J Pers Soc Psychol, 64*, 861-873.

Colvin, C. R., Block, J. & Funder, D. C. (1995). Overly positive self-evaluations and personality: Negative implications for mental health. *J Pers Soc Psychol, 68* (6), 1152-62.

Cordova, M. J. & Andrykowski, M. A. (2003). Responses to cancer diagnosis and treatment: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Semin Clin Neuropsychiatry, 8*, 286-296.

Cordova, M. J., Cunningham, L. I., Carlson, C. R. & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology, 20* (3), 176-185.

Courneya, K. S. (2003). Exercise in cancer survivors: an overview of research. *Med and Sci Sports Exerc, 35* (11), 1846-1852.

Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry, 39*, 28-40.

Coyne, J. C. & Benazon, N. R. (2001). Not agent blue: Effects of marital functioning on depression and implications for treatment. In S. R. H. Beach (Ed.). *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp. 25-43). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Cunningham, A. J., Edmonds, C. V. I., Jenkins, G. P., Pollack, H., Lockwood, G. A. & Warr, D. (1998). A randomized controlled trail of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psychooncology, 7* (6), 508-517.

Danhauer, S. C, Crawford, S. L., Farmer, D. F & Avis, N. E. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *J Behav Med, 32* (4), 371-379.

Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Keller, M., Waadt, S., Henrich, G. & Herschbach, P. (2003). Progredienzangst bei Patienten mit Tumorerkrankungen, Diabetes mellitus und entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. *Rehabilitation, 42* (3), 155-163.

De Boer, M. F., Ryckman, R. M., Pruyn, J. F. & Van den Borne, H. W. (1999). Psychosocial correlates of cancer relapse and survival: a literature review. *Pat Educ Couns, 37*, 215-230.

Debus, G. & Janke, W. (2008). Experimentelle Emotionspsychologie: Methodische Ansätze mit Beispielen. In: W. Janke, M. Schmidt-Daffy & G. Debus (Hrsg.). *Experimentelle Emotionspsychologie - Methodische Ansätze, Probleme, Ergebnisse* (S. 87-133). Lengerich: Pabst.

Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M. Y. & Taylor, M. (2006). Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psychooncology, 15* (5), 398-406.

Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (*DKG*) & Deutsche Krebshilfe (*DKH*) (2013). *Zertifizierungssystem. Zentrenmodell.* [Pressearchiv] [www.krebsgesellschaft.de].

Deutsche Rentenversicherung Bund (*DRV*-Bund):

- (Hrsg., 2007). *Modulare Therapiestandards zur Reha- Qualitätssicherung. Leitlinie für die Rehabilitation von Patientinnen mit Brustkrebs - Pilotversion* (Stand: Januar 2007). [Broschüre]. Berlin.
- (Hrsg., 2016). *Rehabilitation - Die Reha-Zentren der Deutschen Rentenversicherung Bund stellen sich vor* (23. Aufl.). [Broschüre]. Berlin.
- (Hrsg., 2018). *Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation 2018* (Band 216). [Broschüre]. Berlin.

Devine, E. C. & Westlake, S. K. (1995). The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: metaanalysis of 116 studies. *Oncol Nurs Forum, 22*, 1369-1381.

Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B. & Turner, J. (2014). Patient and health professional's perceived barriers to the delivery of psychosocial care to adults with cancer: a systematic review. *Psychooncology, 23* (6), 601-612.

Ditz, S., Diegelmann, C. & Isermann, M. (Hrsg., 2006). *Psychoonkolgie - Schwerpunkt Brustkrebs. Ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

DMP (Disease-Management-Programm)-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (2017). *Richtlinie zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V*. Bundesanzeiger (BAnz AT 9. August 2017 B2).

Domann, U. & Weis, J. (2005). Rehabilitation von Mammakarzinom-Patientinnen. Ein systematisches Review zur Evidenzbasierung von Interventionen in der Rehabilitation. *Senologie, 2*, A32.

Domann, U. & Weis, J. (2007_a). Evidenzbasierte Leitlinie für die Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen: Bewertung der Therapiemaßnahmen in der Rehabilitation aus Sicht der betroffenen Patientinnen. *Senologie, 4*, 253-259.

Domann, U., Brüggemann, S., Klosterhuis, H. & Weis, J. (2007_b). Leitlinienentwicklung für die Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen - Phase 2: Ergebnisse der KTL-Daten-Analyse. *Rehabilitation, 46* (4), 212-219.

Donovan, K. A., Grassi, L., McGinty, H. L. & Jacobsen, P. B. (2014). Validation of the distress thermometer worldwide: state of the science. *Psychooncology, 23* (3), 241-250.

Dorn, A., Wollenschein, M. & Rohde, A. (Hrsg., 2006). *Psychoonkologische Therapie bei Brustkrebs - Mit Bonner Semistrukturierter Kurzzeittherapie* [BSKP-ONK] (1. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., Mâsse, B., Falardeau, M. & Robidoux, A (2005). Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. *J Clin Oncol, 23* (15), 3588-3596.

Dow, J. & Kennedy, S. L (2015). Breast Cancer Survivors and Sexuality: A Review of the Literature Concerning Sexual Functioning, Assessment Tools, and Evidence-Based Interventions. *Clin J Oncol Nurs, 19*, 456-461.

Drabe, N., Wittmann, L., Zwahlen, D., Büchi, S. & Jenewein, J. (2013). Changes in close relationship between cancer patients and their partners. *Psychooncology, 22* (6), 1344-1352.

Duden (2019). *Deutsches Universalwörterbuch - Das umfassende Bedeutungswörterbuch der deutschen Gegenwartssprache* (9. Aufl.). Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenredaktion.

Dunkel-Schetter, C. & Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In: B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.). *Social support: An interactional view.* (pp. 267-296). N. Y: John Wiley and Sons.

Dunn, J., Holland, J., Hyde, M. K. & Watson, M. (2015). Psycho-oncology and primary prevention in cancer control plans: an absent voice? *Psychooncology, 24* (10), 1338-1345.

Dymond, R. F. (1949). A scale for the measurement of empathic ability. *J Consult Psychol, 13* (2), 127-133.

Eagly, A. H., Makhijani, M. G., Ashmore, R. D. & Longo, L. C. (1991). What Is Beautiful Is Good, But…: A Meta-Analytic Review of Research on the Physical Attractiveness Stereotypes. *Psychol Bull, 110* (1), 109-128.

Earle, C. C., Burstein, J. H., Winer, E. P. & Weeks, J. C. (2003). Quality of non-breast cancer health maintenance among elderly breast cancer survivors. *J Clin Oncol, 21* (8), 1447-1451.

Edelman, S., Bell, D. R. & Kidman, A. D. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology, 8* (4), 295-305.

Edwards, A. G., Hailey, S. & Maxwell, M. (2004). Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev, 2*, CD004253.

Edwards A. G., Hulbert-Williams, N. & Neal, R. D. (2008). Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev, 3*, CD004253.

Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell - Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin, 16*, 3-12.

Ehlert, U. & Kienzle, S. (1998). Kognitive Verhaltenstherapie bei körperlichen Erkrankungen. In: M. Hautzinger (Hrsg.). *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen* (S. 331-359). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Ehlert, U. (2011). Verhaltensmedizinische Grundlagen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 287-300). Berlin: Springer.

Ehlert, U. & von Känel, R. (Hrsg., 2011). *Psychoendokrinologie und Psychoimmunologie*. Berlin: Springer.

Ell, K., Sanchez, K., Vourlekis, B., Lee, P. J., Dwight-Johson, M., Lagomasino, I. et al. (2005). Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. *J Clin Oncol, 23* (13), 3052-3060.

Ey, S., Compas, B. E., Epping-Jordan, J. E. & Worsham, N. (1998). Stress responses and psychological adjustment in patients with cancer and their spouses. *J Psychosocial Oncol, 16* (2), 59-77.

Falk-Dahl, C. A., Reinertsen, K. V., Nesvold, I. L., Fossa, S. D. & Dahl, A. A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer, 116* (15), 3549-3557.

Faller, H. (2004). Intention-to-treat. *Rehabilitation, 43*, 52-55.

Faller, H., Vogel, H. & Bosch, B. (2000). Erwartungen von Rehabilitanden hinsichtlich der Methoden und Ergebnisse ihrer Rehabilitation - Eine kontrollierte Studie mit Rückenschmerz- und onkologischen Patienten. *Rehabilitation, 39*, 205-214.

Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J. & Küffner, R. (2013). Effects of psychooncological interventions on emotional distress and quality of life in adult cancer patients: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol, 31* (6), 782-793.

Fallon, A. E. & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of body shape. *J Abnormal Psychol, 94* (1), 102-105.

Fawzy, F. I, Fawzy, N. W, Arndt, L. A. & Pasnau, R. O. (1995). Critical review of psycho-social interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry,* 52, 100-113.

Feger, D. & Thomeit W. (2003). Rehabilitation nach Mammakarzinom. Zukünftige Aufgaben und Betreuungskonzepte. *Der Gynäkologe, 36*, 884-889.

Feingold, A. (1990). Gender differences in effects of physical attractiveness on romantic attraction: A comparison across five research paradigms. *J Pers Soc Psychol, 59*, 981-993.

Feingold, A. (1992). Good-looking people are not what we think. *Psychol Bull, 111*, 304-341.

Feingold, A. (1994). Gender Differences in Personality: A Meta-Analysis. *Psychol Bull, 116* (3), 429-456.

Feingold, A. & Mazzella, R. (1998). Gender Differences in Body Image Are Increasing. *Psychological Science, 9* (3), 190-195.

Festinger, L. (Eds., 1957). *A Theory of cognitive dissonance.* Stanford, CA: Univ. Press.

Fiedler, P. (2008). Indikation und Behandlungsentscheidungen. In: M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.). *Verhaltenstherapiemanual* (6. Aufl.) (S. 31-37). Heidelb.: Springer.

Filipp, S.-H. & Mayer, A.-K. (2005). Selbst und Selbstkonzept. In: H. Weber & T. Rammsayer (Hrsg.). *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie* (S. 266-276). Göttingen: Hogrefe.

Fisher, L., & Weihs, K. L. (2000). Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? Report of the national working group on family-based interventions in chronic disease. *J Family Practice, 49 (6),* 561-566.

Fletcher, K. A., Lewis, F. M. & Haberman, M. R. (2010). Cancer-related Concerns of Spouses of Women with Breast Cancer. *Psychooncology, 19* (10), 1094-1101.

Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S. B., D'Onofrio, C., Banks, P. J. & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology, 15* (7), 579-594.

Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology, 9*, 11-19.

Foy, S. & Rose, K. (2001). Men's experiences of their partner's primary and recurrent breast cancer. *Eur J Oncol Nurs, 5* (1), 42-48.

Franke, G. (2002). *SCL-90-R, Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis - Deutsche Version* (2. vollständig überarb. und neu normierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Funder, D. C. (1987). Errors and mistakes: Evaluating the accuracy of social judgment. *Psychol Bull, 101* (1), 75-90.

Funder, D. C. (2012). Accurate Personality Judgment. *Current Directions in Psychological Science, 21* (3), 177-182.

Gallhofer, G., Netter, P., Brückner, U. & Wendt, T. (2008). Quality of life: Learning to cope with the changes in body image and treatment effects of breast cancer therapy - the role of rehabilitation. *Onkologie, 31* (1), 49 (1-211).

Ganz, P. A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M. L. & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment, 38* (2), 183-199.

Ganz P. A., Guadagnoli E., Landrum M. B., Lash T. L., Rakowski W. & Silliman R. A. (2003). Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *J Clin Oncol, 21* (21), 4027- 4033.

Ganz, P. A., Kwan, L., Stanton, A. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Bower, J. E. & Belin, T. R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst, 96* (5), 376-387.

Ganz, P. A. (2008). Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology, 22*, 642-646.

Gardner, R. M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *Br J Psychol, 87*, 327-37.

Gärtner, U., Braun, G. D., Held, K., Friedrich, H., Reimers, H. J., Schmidt, J., Schröck, R. & Biskup, M. (1996). Beschwerden, Belastung sowie Lebenszufriedenheit onkologischer Patienten. Effekte und Patienteneinschätzungen stationärer Rehabilitation. *Medizinische Klinik, 91*, 501-508.

Giesen, H. (2000). Geschlechtsunterschiede. In: M. Amelang (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C, Theorie und Forschung, Serie VIII, Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung, Band 4, Determinanten individueller Unterschiede* (S. 539-593). Göttingen: Hogrefe.

Gilovich, T., Griffin, D. & Kahneman, D. (Eds., 2002). *Heuristics and Biases: The Psychology of Intuitive Judgment.* NY: Cambridge University Press.

Goleman, D. (Ed., 1995). *Emotional intelligence.* New York: Bantam.

Golden-Kreutz, D. M. & Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer related, and life event stress. *Psycho-Oncology, 13*, 211-220.

Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H. et al. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med, 345* (24), 1719-1726.

Gottman, J. M. (Ed., 1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Ass..

Götze, H. & Brähler, E. (2012). Krebs in der Familie - Last der Angehörigen? *PPmP, 62*, 155-156.

Graf, C. & Wessely, N. (2010). Physical Activity in the Prevention and Therapy of Breast Cancer. *Breast Care, 5*, 389-394.

Green, B. L., Rowland, J. H., Krupnick J. L., Epstein, S. A., Stockton , P., Stern, N. M. et al. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics, 39* (2), 102-111.

Green, B. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Epstein, S. A., Stockton, P., Spertus, I. et al. (2000). Trauma history as a predictor of psychologic symptoms in women with breast cancer. *J Clin Oncol, 18* (5), 1084-1093.

Greer, S. & Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Surv, 6* (3), 439-453.

Greer, S. (2002). Psychological intervention. The gap between research and practice. *Acta Oncol, 41* (3), 238–243.

Greer, S., Moorey, S., Baruch, J. D., Watson, M., Robertson, B. M., Mason, A. et al. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *BMJ, 304*, 675-680.

Grimm, A., Voigt, B., Schneider, A., Winzer, K. J., Reisshauer, A., Klapp, B. F. et al. (2006). Psychosoziale Befunde im Rahmen der psychoonkologischen Versorgung von Mammakarzinompatientinnen. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 66*, 51-58.

Grimm, A., Voigt, B., Klapp, B. F. & Rauchfuß, M. (2009). Wie erleben Brustkrebspatientinnen nach einer Phase intensiver medizinischer Behandlung ihren Körper? *Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 2, A052.*

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession.* Göttingen: Hogrefe.

Greitemeyer, T. & Brodbeck, F. C. (2000). Wer schön ist, „wird“ auch gut. Über den Zusammenhang zwischen selbst- und fremdeingeschätzter physischer Attraktivität und selbst- und fremdeingeschätzter Persönlichkeitsmerkmale. *Zeitschrift für Sozialpsychologie, 31*, 73-86.

Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C. et al. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ, 170* (12), 1795-1801.

Guyatt, G. H., Feeny, D. H. & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med, 118* (8), 622-629.

Haaf, H. G. (2005). Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Rehabilitation, 44*, 259-276.

Haaf, H. G. & Schliehe, F. (2000). Zur Situation in der Rehabilitationsforschung: Stand und Bedarf. In: J. Bengel & U. Koch (Hrsg.). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (S. 19-39). Berlin, Heidelberg: Springer.

Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T. & Baltes, B. B, (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: a meta-analytic review. *Am J Community Psychol, 39* (1-2), 133-144.

Hafen, K., Jastrebow, J., Nübling, R. & Bengel, J. (2001). Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO). *Die Rehabilitation, 40*, 3-11.

Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J. & Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bull, 134*, 1-30.

Hagger, M. S. & Orbell, S. (2010). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology & Health, 18* (2), 141-184.

Hahlweg, K. (2003). Beziehungs- und Interaktionsstörungen. In: H. Reinecke (Hrsg). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (4. Aufl.) (S. 429-453). Göttingen: Hogrefe.

Hahlweg, K. (2014). Kognitiv-Verhaltenstherapeutische Paartherapie. Ein empirisch validiertes Therapieverfahren. *Psychotherapie im Dialog, 15* (4), 58-61.

Hahlweg, K. (2016). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD). Partnerschaftsfragebogen PFB, Partnerschaftsfragebogen Kurzform PFB-K, Problemliste PL & Fragebogen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft - Revision (FLP-R).* Handanweisung (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Hahlweg, K. & Baucom, D. H. (2008). Partnerschaft und psychische Störungen. In: D. Schulte, K. Hahlweg, J. Margraf & D. Vaitl (Hrsg.). *Fortschritte der Psychotherapie. Manuale für die Praxis* (Band 34). Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M. (Hrsg., 1998). *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision. Frankfurt/Main: Harcourt Test Services. [Deutsche Bearbeitung von Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory-II (BDI-II). San Antonio, TX: Harcourt Assessment Inc.]

Harter, S. (1996). Historical roots of contemporary issues involving self-concept. In: B. A. Bracken (Ed.). *Handbook of self-concept: Developmental social, and clinical considerations.* (pp. 1-37). New York: John Wiley & Sons.

Härter, M., Reuter, K., Aschenbrenner, A., Schretzmann, B., Marschner, N., Hasenburg, A. & Weis, J. (2001). Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *Eur J Cancer, 37*, 1385-93.

Härtl, K., Janni, W., Kästner, R., Sommer, H., Strobl, B., Rack, B. & Stauber, M. (2003_a). Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Ann Oncol, 14* (7), 1064-1071.

Härtl, K., Janni, W., Kästner, R., Sommer, H. & Stauber, M. (2003_b). Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Körpererleben und Angst bei Brustkrebspatientinnen im Langzeitverlauf. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 63* (5), 446-452.

Hartmann, U., Ring, C. & Reuss-Borst, M. A. (2004). Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen durch stationäre Rehabilitation. *Medizinische Klinik, 99* (8), 422-429.

Hartmann, U., Kluge, A., Ring, C. & Reuss-Borst, M. (2006). Verbesserung von Angst und Depression bei Brustkrebspatientinnen während stationärer onkologischer Rehabilitation - Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Die Rehabilitation, 45* (2), 88-94.

Hartmann, U., Muche, R. & Reuss-Borst, M. (2007). Effects of a step-by-step inpatient rehabilitation programme on quality of life in breast cancer patients: a prospective randomised study. *Onkologie, 30* (4), 177-182.

Harcourt, D. & Rumsey, N. (2001). Psychological aspects of breast reconstruction: a review of the literature. *J Adv Nurs, 35* (3), 477-487.

Heim, M. E. (2001). Rehabilitation in der integrativen Behandlung von Krebskranken. *Onkologie, 24*, 16-20.

Heim, M. E., Kunert, S. & Özkan, I. (2001). Effects of inpatient rehabilitation on health-related quality of life in breast cancer patients. *Onkologie, 24*, 268-272.

Helgeson, V. S. & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology, 15*, 135-148.

Helgeson, V. S., Cohen, S., Schulz, R. & Yasko, J. (2000). Group support interventions for women with breast cancer: Who benefits from what? *Health Psychology, 19*, 107-114.

Helgeson, V. S., Cohen, S., Schulz, R. & Yasko, J. (2001). Long-term effects of educational and peer discussion group interventions on adjustment to breast cancer. *Health Psychology, 20*, 387-392.

Helgeson, V. S., Snyder, P. & Seltman, H. (2004). Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer Over 4 Years: Identifying Distinct Trajectories of Change. *Health Psychology, 23* (1), 3-15.

Hellbom, M., Bergelt, C., Bergenmar, M., Gijsen, B., Loge, J. H., Rautalahti, M. et al. (2011). Cancer rehabilitation: a Nordic and European perspective. *Acta Oncologica, 50*, 179-186.

Helms, R. L., O`Hea, E. L. & Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health & Medicine, 13* (3), 313-325.

Heinrichs, N. & Zimmermann, T. (Hrsg., 2008). *Bewältigung einer gynäkologischen Krebserkrankung in der Partnerschaft. Therapeutische Praxis* (Band 42). Göttingen: Hogrefe.

Heinrichs, N., Bodenmann, G. & Hahlweg, K. (Hrsg., 2008). *Prävention bei Paaren und Familien*. Göttingen: Hogrefe.

Heinrichs, N., Zimmermann, T., Huber, B., Herschbach, P., Russell, D. W. & Baucom, D. H. (2012). Cancer distress reduction with a couple-based skills training: a randomized controlled trial. *Ann Behav Med, 43* (2), 239-252.

Herdt, J., Schäfer, H., Geigges, W. & Herrmann, J. M. (1996). Rehabilitation von Patientinnen mit Brustkrebs im Rahmen eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes - Erste Ergebnisse zu Veränderungsprozessen. *DRV-Schriften, 6*, 264-265.

Herdt, J., Schäfer, H., Geigges, W. & Herrmann, J. M. (1998). Rehabilitation of patients with breast cancer within an integrating bio-psycho-social inpatient-setting. Factors influencing quality of life and implications for rehabilitation. *DRV-Schriften, 10*, 406-407.

Hermann, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (Hrsg., 1995). *HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version* (inzwischen 4. Aufl., 2010). Bern: Huber.

Herschbach, P., Marten-Mittag, B. & Henrich, G. (2003). Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogens zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23). *Z Med Psychol, 12*, 1-8.

Herschbach, P., Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G. & Marten-Mittag, B. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer, 91* (3), 504-511.

Herschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S. et al. (2005). Fear of progression in chronic diseases: Psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q). *J Psychosom Res, 58* (6), 505-511.

Herschbach, P. & Heußner, P. (Hrsg., 2008). *Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Herschbach, P. & Weis, J. (2008). *Screeningverfahren in der Psychoonkologie: Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten - Eine Empfehlung der PSO für psychoonkologische Behandlungspraxis*. [Broschüre]. Berlin: Deutsche Krebsgesellschaft e.V..

Herschbach, P., Book, K., Brandl, T., Keller, M. & Marten-Mittag, B. (2008). The Basic Documentation for Psycho-Oncology (PO-Bado) - an Expert Rating Scale for the Psychosocial Experience of Cancer Patients. *Onkologie, 31,* 591-596. [www.po-bado.med.tu-muenchen.de].

Hewitt, M., Herdman, R. & Holland, J. (2004). The effectiveness of psychosocial interventions for women with breast cancer. In: M. Hewitt, R. Herdman & J. Holland, (Eds.). *Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer*. (pp. 95-132). Washington, DC: The National Academies Press.

Hilton, B. A. & Koop, P. M. (1994). Family Communication Patterns in Coping with Early Breast Cancer. *West J Nurs Res, 16* (4), 366-391.

Hinnen, C., Ranchor, A. V., Baas, P. C., Sanderman, R. & Hagedoorn, M. (2009). Partner support and distress in women with breast cancer: The role of patients' awareness of support and level of mastery. *Psychology & Health, 24* (4), 439-455.

Holland, J., Watson, M. & Dunn, J. (2011). The IPOS new International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psychooncology*, 20, 677-680.

Holman, H. R. & Lorig, K. (1992). Perceived self-efficacy in self-management of chronic diseases. In: R. Schwarzer (Ed.). *Self-efficacy: Thought control of action.* (pp. 305-324). Washington, DC: Hemisphere.

Holmes, M. D. & Kroenke, C. H. (2004). Beyond treatment: lifestyle choices after breast cancer to enhance quality of life and survival. *Womens Health Issues, 14* (1), 11-13.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med., 7*, e1000316.

Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 329-352.

Hudson, P. L. (2004). A Critical Review of Supportive Interventions for Family Caregivers of Patients with Palliative-Stage Cancer. *J Psychosoc Oncol, 22* (4), 77-92.

Irwig, L. & Bennetts, A. (1997). Quality of life after breast conservation or mastectomy: a systematic review. *ANZ J Surg, 67*, 750-754.

Irwin, M. R. (2008). Human psychoneuroimmunology: 20 years of discovery. *Brain Behav Immun, 22* (2), 29-39.

Jacobsen, P. B. & Jim, H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA Cancer J Clin, 58* (4), 214-230.

James, W. (Ed., 1890). *Principles of psychology*. Chicago: Encyclopedia Britannica.

Janke, W., Debus, G., Erdmann, G. & Hüppe, M. (1994). *BSKE-(EWL) - Befindlichkeits-skalierung anhand von Kategorien und Eigenschaftswörtern: Test und Handanweisung.* [Unveröffentlichter Institutsbericht, Lehrstuhl für Biologische und Klinische Psychologie der Universität Würzburg]. Würzburg.

Jassim, G. A., Whitford, D. L., Hickey, A. & Carter, B. (2015). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev, 5*, CD008729.

Jensen, A. B. (1991). Psychosocial factors in breast cancer and their possible impact upon prognosis. *Cancer Treat Rev, 18* (3), 191-210.

John, O. P. & Robins, R. W. (1993). Determinants of interjudge agreement on personality traits: The big five domains, observability, evaluativeness, and the unique perspective of the self. *J Pers, 61* (4), 521-551.

John, K., Becker, K. & Mattejat, F. (2010). Brustkrebskranke Mütter und ihre Kinder: Erste Ergebnisse zur Effektivität der familienorientierten onkologischen Rehabilitationsmaß-nahme „gemeinsam gesund werden". *Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiatr, 59,* 333-358.

Johnston, D. (2012). Mindfulness: A Proposed Couple-Based Intervention for the Altered Self-Identity of Breast Cancer Survivors. *Mindfulness, 3*, 282-290.

Joraschky, P., Loew, T. & Röhricht, F. (Hrsg., 2008). *Körpererleben und Körperbild: Ein Handbuch zur Diagnostik.* Stuttgart: Schattauer.

Jungbauer, J., Bischkopf, J. & Angermeyer, M. C. (2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker - Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. *Psychiat Prax, 28* (3), 105-114.

Kangas, M., Henry, J. L. & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev, 2* (4), 499-524.

Karney, B. R. & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bull, 118* (1), 3-34.

Karney, B. R., Story, L. B. & Bradbury, T. N. (2005). Marriages in Context: Interactions Between Chronic and acute stress among newlyweds. In: T. A. Revenson, K. Kayser & G. Bodenmann (Eds.). *Decade of behavior. Couples coping with stress.* (pp. 13-32). Washington, DC: American Psychological Association.

Kayser, K. & Sormanti, M. (2002). A follow-up study of women with cancer: their psychosocial well-being and close relationships. *Social Work in Health Care, 35*, 391-406.

Kayser, K. & Scott, J. L. (Eds., 2008). *Helping Couples Cope with Women's Cancers: An Evidence-Based Approach for Practitioners.* NY: Springer Science & Business Media.

Kayser, K., Sormanti, M. & Strainchamps, E. (1999). Women coping with cancer: The influence of relationship factors on psychosocial adjustment. *Psychology of Women Quarterly, 23* (4), 725-739.

Kayser, K., Watson, L. E. & Andrade, J. T. (2007). Cancer as a "we-disease": Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems & Health, 25* (4), 404-418.

Keller, M., Henrich, G., Beutel, M. & Sellschopp, A. (1998). Wechselseitige Belastung und Unterstützung bei Paaren mit einem Krebskranken. *PPmP, 48* (9-10), 358-368.

Kepplinger, J. (1998). Krebskrankheit und Partnerschaft - eine Übersicht: Partner und Partnerschaft als Ressource für den Patienten. In: U. Koch & J. Weis (Hrsg.). *Krankheitsbewältigung bei Krebs* (S. 91-106). Stuttgart: Schattauer.

Kiecolt-Glaser, J. K. & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bull, 127* (4), 472-503.

Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F. & Glaser R. (2002). Psychoneuro-immunology: psychological influences on immune function and health. *J Consult Clin Psychol, 70* (3), 537-547.

Kier, A., Kral, S., Kirchner, B. & Geissler, K. (2011). Partnerschaft und Krebs: Erleben Krebspatienten und deren Partner in ihrer Beziehung durch die Erkrankung Veränderungen - kann ein sekundärer bzw. tertiärer Krankheitsgewinn festgestellt werden? *Wiener Medizinische Wochenschrift, 161* (11-12), 326-332.

Kissane, D. W. (2009). Beyond the psychotherapy and survival debate: the challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psychooncology, 18* (1), 1-5.

Kissane, D. W., Bloch, S., McKenzie, M., McDowall, A. C. & Nitzan, R. (1998). Family grief therapy: a preliminary account of a new model to promote healthy family functioning during palliative care and bereavement. *Psychooncology, 7* (1), 14-25.

Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N. & McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology, 12* (6), 532-546.

Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D. M., Bloch, S. & Smith, G, C. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *ANZ J Psych, 38* (5), 320-326.

Kissane, D. W., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D. P. & O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *Am J Psychiatry, 163*, 1208-1218.

Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Smith, G. C., Love, A. W., Bloch, S. et al. (2007). Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychooncology, 16* (4), 277-286.

Kissane, D. W., Zaider, T. I., Li, Y., Hichenberg, S., Schuler, T., Lederberg, M. et al. (2016). Randomized Controlled Trial of Family Therapy in Advanced Cancer Continued Into Bereavement. *J Clin Oncol, 34* (16), 1921-1927.

Klann, N., Hahlweg, K. & Heinrichs, N. (Hrsg., 2003). *Diagnostische Verfahren für die Beratung - Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Kniffin, K. M. & Wilson, D. S. (2004). The effect of nonphysical traits on the perception of physical attractiveness: Three naturalistic studies. *Evolution and Human Behavior, 25* (2), 88-101.

Koch, U. & Welk, J. (1996). *Fragebogen zur Erhebung von Rehabilitationszielen bei Krebspatienten. Patienten- und Arztversion.* Hamburg: Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, UKE.

Koch, U. & Weis, J. (Hrsg., 2009). *Psychoonkologie - Eine Disziplin in der Entwicklung* [Jahrbuch der medizinischen Psychologie - Band 22]. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Köhler, B. (1978). *Sozialpsychologie der körperlichen Erscheinung.* [Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Heidelberg].

Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K. & Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psychooncology, 7* (2), 101-111.

Koopman, C., Butler, L. D., Classen, C., Giese-Davis, J., Morrow, G. R., Westendorf, J. et al. (2002). Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer. *J Traumatic Stress, 15* (4), 277-287.

Kornblith, A. B. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. In: J. C. Holland (Ed.). *Psycho-Oncology* (pp. 223-241). New York: Oxford University Press.

Kornblith, A. B. & Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Semin Oncol, 30* (6), 799-813.

Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Weiss, R. B., Zhang, C., Zuckerman, E. I., Rosenberg, S., Mertz, M., Payne, D. J., Massie, M., Holland, J. F., Wingate, P., Norton, L. & Holland, J. C. (2003). Long-therm adjustment of survivors of early stage breast carcinoma 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer, 98* (4), 679-689.

Kramer, R., Meißner, B., Schultze-Berndt, A. & Franz, I. W. (2003). Verlaufsstudie psychologischer Effekte in der stationären Rehabilitation: VESPER-Studie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift, 128*, 1470-1474.

Krauß, O., Ernst, J., Kuchenbecker, D., Hinz, A. & Schwarz, R. (2007). Prädiktoren psychischer Störungen bei Tumorpatienten: Empirische Befunde. *PPmP, 57* (7), 273-280.

Krauseneck, T., Rothenhausler, H. B., Schelling, G., & Kapfhammer, H. P. (2005). Posttraumatische Belastungsstörungen bei somatischen Erkrankungen. *Fortsch Neurol Psychiat, 73* (4), 206-217.

Krebber, A. M. H., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., de Bree, R., Leemans, C. R. et al. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology, 23* (2), 121-130.

Krischke, N. R. (Hrsg., 1996). *Lebensqualität und Krebs.* München: Quintessenz.

Krischke, N. R., Niebrügge, S. & Petermann, F. (1996_a). Stationäre onkologische Rehabilitation: Veränderung der Lebensqualität, Programmerwartung und -beurteilung von Krebspatienten. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin u Rehabilitation, 35*, 186-193.

Krischke, N., Niebrügge, S., Petermann, F. & Schuler, O. (1996_b). Prädiktoren für den Erfolg stationärer medizinischer onkologischer Rehabilitation. *Prävention und Rehabilitation, 8*, 109-117.

Krüger, A., Leibbrand, B., Barth, J., Berger, D., Lehmann, C., Koch, U. & Mehnert, A. (2009). Verlauf der psychosozialen Belastung und gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten verschiedener Altersgruppen in der onkologischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 55* (2), 141-161.

Kuijer, R. G, Ybema, J. F, Buunk, B. P, De Jong, G. M, Thijsboer, F. & Sanderman, R. (2000). Active engagement, protective buffering, and overprotection: Three ways of giving support by intimate partners of patients with cancer. *J Soc Clin Psychol, 19* (2), 256-275.

Kurtz, J. E. & Sherker, J. L. (2003). Relationship quality, trait similarity, and self-other agreement on personality ratings in college roommates. *J Pers, 71* (1), 21-48.

Langellier, K. M. & Sullivan, C. F. (1998). Breast talk in cancer narratives. *Qualitative Health Research, 8* (1), 76-94.

Langer, E. & Schulz von Thun, F. (Hrsg., 1974). *Messung komplexer Merkmale in Psychologie und Pädagogik - Ratingverfahren.* München: Reinhardt.

Langlois, J. H., Kalakanis, L., Rubenstein, A. J., Larson, A., Hallam, M. & Smoot, M. (2000). Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull, 126*, 390-423.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (Hrsg., 1981). *Das State-Trait-Angstinventar (STAI)*. Weinheim: Beltz.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (Hrsg., 1984). *Stress, appraisal and coping*. NY: Springer.

Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J. R. (Hrsg.). *Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen.* Bern: Huber.

Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R. & Hatcher, M. (1997). Fear of cancer recurrence: a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology, 6*, 95-105.

Lehmann, C., Bergelt, C., Welk, H., Hagen-Aukamp, C., Berger, D. & Koch, U. (2008). Unterscheiden sich ambulante und stationäre onkologische Rehabilitationsmaßnahmen im Hinblick auf Leistungserbringung und Erfolg? Eine Analyse der medizinischen Entlassungsberichte. *Phys Med Rehab Kuror, 18*, 59-68.

Lenhard, W. & Lenhard, A. (2016). *Berechnung von Effektstärken*. Berlin: MPH. DOI: 10.13140/RG.2.1.3478.4245. [http://lindaregber.com/effekt-berechnen-interpretieren].

Leonhart, R. (2004). Effektgrößenberechnung bei Interventionsstudien. *Rehab, 43* (4), 241-6.

Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1994). Influence of age and gender on affect, physiology, and their interrelations: A study of long-term marriages. *J Pers Soc Psychol, 67* (1), 56-68.

Levine, J. M. (1999). Solomon Asch's Legacy for Group Research. *Pers Soc Psychol Rev, 3* (4), 358-364.

Levy, S. M., Herberman, R. B., Lippman, M. & d'Angelo, T. (1987): Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer cell activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. *J Clin Oncol, 5* (3) 348-353.

Levy, S. M., Herbermann, R. B., Lippmann, M., d'Angelo, T., & Lee, J. (1991): Immunological and psychosocial predictors of disease recurrence in patients with early-stage breast cancer. *Behav Med, 17* (2), 67-75.

Lewis, F. M., Fletcher, K. A., Cochrane, B. B. & Fann, J. R. (2008_a). Predictors of depressed mood in spouses of women with breast cancer. *J Clin Oncol, 26* (8), 1289-1295.

Lewis, F. M., Cochrane, B. B., Fletcher, K. A., Zahlis, E. H., Shands, M. E., Gralow, J. R., Wu, S. M. & Schmitz K. A. (2008_b). Helping Her Heal: a pilot study of an educational counseling intervention for spouses of women with breast. *Psychooncology, 17* (2), 131-137.

Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In: R. J. Friedmann & M. M. Katz (Eds.). *Psychology of Depression. Contemporary Theory and Research* (pp. 157-178). Oxford: John Wiley & Sons.

Letosa-Porta, A., Ferrer-Garcia, M. & Guitérrez-Maldonado, J. (2005). A programme for assessing Body image disturbance using adjustable partial image distortion [BIAS. Body Image Assessment Software. Version 2.1; Computer Software]. *Behaviour Research Methods, 37* (4), 638-643. [http://www.ub.es/personal/rv/ecic.htm].

Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg., 2008). *Verhaltenstherapiemanual* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Lischetzke, T., Eid, M., Wittig, F. & Trierweiler, L. (2001). Die Wahrnehmung eigener und fremder Gefühle. *Diagnostica, 47* (4), 167-177.

Longman, A. J., Braden, C. J. & Mishel, M. H. (1999). Side-effects burden, psychological adjustment, and life quality in women with breast cancer: pattern of association over time. *Oncol Nurs Forum, 26* (5), 909-915.

Maercker, A. & Ehlert, U. (2001). *Psychotraumatologie* (1. Aufl.). Jahrbuch der Medizinischen Psychologie (Band 20). Göttingen: Hogrefe.

Manne, S. (1998). Psychosocial issues: Cancer in the marital context: a review. *Cancer Invest, 16* (3), 188-202.

Manne, S. & Badr, H. (2008). Intimacy and Relationship Processes in Couples' Psychosocial Adaptation to Cancer. *Cancer, 112* (11), 2541-2555.

Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K. & Grana, G. (2004_a). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. *Psychosom Med, 66* (3), 442-454.

Manne, S., Ostroff, J., Rini, C., Fox, K., Goldstein, L. & Grana, G. (2004_b). The interpersonal process model of intimacy: The role of self-disclosure, partner disclosure, and partner responsiveness in interactions between breast cancer patients and their partners. *J Fam Psychol, 18* (4), 589-599.

Manne, S. L., Ostroff, J., Winkel, G., Grana, G. & Fox, K. (2005_a). Partner unsupportive responses, avoidant coping, and distress among women with early stage breast cancer: Patient and partner perspectives. *Health Psychol, 24* (6), 635-641.

Manne, S. L., Ostroff, J. S., Winkel, G., Fox, K., Grana, G., Miller, E. et al. (2005_b). Couple-focused group intervention for women with early stage breast cancer. *J Consult Clin Psychol, 73* (4), 634-646.

Manne, S. L, Ostroff, J. S, Norton, T. R, Fox, K., Goldstein, L. & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psychooncology, 15* (3), 234-47.

Manne, S., Kendall, J., Patrick-Miller, L. & Winkel, G. (2007_a). Intimacy-enhancing intervention for women with early stage breast cancer and their partners. *Psycho-Oncology, 16*, 5-6.

Manne, S. L., Norton, T. R., Ostroff, J. S., Winkel, G., Fox, K. & Grana, G. (2007_b). Protective buffering and psychological distress among couples coping with breast cancer: The moderating role of relationship satisfaction. *J Fam Psychol, 21* (3), 380-388.

Manne, S. L., Ostroff, J., Fox, K., Grana, G. & Winkel, G. (2009). Cognitive and social processes predicting partner psychological adaptation to early stage breast cancer. *Br J Health Psychol, 14* (1), 49-68.

Manne, S. L., Kashy, D. A., Siegel, S., Myers Virtue, S., Heckman, C. & Ryan, D. (2014). Unsupportive partner behaviors, social-cognitive processing, and psychological outcomes in couples coping with early stage breast cancer. *J Fam Psychol, 28* (2), 214-224.

Martire, L. M., Schulz, R., Helgeson, V. S., Small, B. J. & Saghafi, E. M. (2010). Review and meta-analysis of couple-oriented interventions for chronic illness. *Ann Behav Med, 40* (3), 325-342.

Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr, 32*, 57-71.

Mathes, E. W. & Kahn, A. (1975). Physical Attractiveness, Happiness, Neuroticism, and Self-Esteem. *J Psychol, 90* (1), 27-30.

Maunsell, E., Brisson, J. & Deschěnes, L. (1992). Psychological distress after initial treatment of breast cancer. Assessment of potential risk factors. *Cancer, 70* (1), 122-125.

Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. (2004). Emotional intelligence: Theory, Findings and Implication. *Psychological Inquiry, 15* (3), 197-215.

McClure, K. S., Nezu, A. M., Nezu, C. M., O'Hea, E. L. & McMahon, C. (2012). Social problem solving and depression in couples coping with cancer. *Psychooncology, 21*, 11-19.

McCrae, R. R, Costa, P. T., Martin, T. A., Oryol, V. E., Rukavishnikov, A. A. Senin, I. G. et al. (2004). Consensual validation of personality traits across cultures. *J Research in Personality, 38* (2), 179-201.

McGregor, B. A., Antoni, M. H., Boyers, A., Alferi, S. M., Blomberg, B. B. & Carver, C. S. (2004). Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *J Psychosom Res, 56* (1), 1-8.

Mehnert, A. (2005). Akute und Posttraumatische Belastungsstörungen bei Patientinnen mit Brustkrebs. Prävalenz und Risikofaktoren. In: F. A. Muthny & F. Mann (Hrsg.). *Medizinische Psychologie* (Band. 15). Münster: LIT-Verlag.

Mehnert, A. (2014). Zur Diskussion des Bedarfs psychosozialer Versorgung in der Onkologie. *Psychother Psych Med, 64* (07), 251-252.

Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C. & Koch, U. (2006). Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers: Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. *Psychiatr Psychol Psychoth, 54* (3), 213-223.

Mehnert, A. & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res, 64* (4), 383-391.

Mehnert, A., Berg, P., Henrich, G. & Herschbach, P. (2009). Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psychooncology, 18* (12), 1273-1280.

Mehnert, A., Brähler, B., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H. et al. (2014). Four-Week Prevalence of Mental Disorders in Patients With Cancer Across Major Tumor Entities. *J Clin Oncol, 32* (31), 3540-3546.

Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review, 8* (2), 193-210.

Meyer, T. J. & Mark, M. M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients. A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology, 14* (2), 101-108.

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. et al. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology, 12* (2), 160-174.

Möller, B., Krattenmacher, T. & Romer, G. (2011). Kinder krebskranker Eltern: Entwicklungspsychologische Aspekte, kindliche Belastungen und psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten. Ein Überblick über Forschung und Praxis. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 19* (2), 69-82.

Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W. W. & van de Poll-Franse, L. V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *Eur J Cancer, 41* (17), 2613-2619.

Mols, F., Vingerhoets, J. J. M., Coebergh, J. W. W. & van de Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *J Psychol Health, 24* (5), 583-595.

Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res, 27* (1), 32-63.

Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Baruch, J. D. R., Robertson, B. M., Mason, A. et al. (1994). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: Outcome at one year. *Psycho-Oncology, 3* (1), 39-46.

Moorey, S. & Greer, S. (2007). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Krebspatienten. Ein praktisches Therapiemanual* (1. Aufl.). München: Elsevier.

Morasso, G., Costantini, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Musso, M. et al. (2001). Predicting mood disorders in breast cancer patients. *Eur J Cancer, 37,* 216-223.

Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. C (2010). The role of appearance investment in the adjustment of women with breast cancer. *Psychooncology, 19* (9), 959-966.

Morse, S. R. & Fife, B. (1998). Coping with a partner's cancer: Adjustment at four stages of the illness trajectory. *Oncol Nurs Forum, 25* (4), 751-760.

Moyer, A. (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: a meta-analytic review. *Health Psychology, 16,* 284-298.

Muche, R., Rohlmann, F., Büchele, G. & Gaus, W. (2002). Randomisierung in klinischen Studien in der Rehabilitationsforschung: Grundlagen und praktische Aspekte. *Rehabilitation, 41* (5), 311-319.

Mustafa, M., Carson-Stevens, A., Gillespie, D. & Edwards, A. G. (2013). Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev, 6,* CD004253.

Muth, J. L., & Cash, T. F. (1997). Body-image attitudes: What difference does gender make? *J Appl Soc Psychol, 27* (16), 1438-1452.

Muthny, F. A., Bullinger, M. & Kohlmann, T. (1999). Variablen und Erhebungsinstrumente in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung - Würdigung und Empfehlungen. In: VDR (*Verband Deutscher Rentenversicherer*; Hrsg.). Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften". Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden", „Routinedaten" und „Reha-Ökonomie" [Tagungsband]. *DRV-Schriften, 16,* 53-79.

Naaman, S., Radwan, K. & Johnson, S. (2009). Coping with early breast cancer: Couple adjustment processes and couple-based intervention. *Psychiatry, 72* (4), 321-345.

National Comprehensive Cancer Network (*NCCN,* 2003). Distress management. Clinical practice guidelines. *J Natl Compr Cancer Netw, 1* (3), 344-374.

Neff, L. & Karney, B. (2004). How does context affect intimate relationships? Linking external stress and cognitive processes within marriage. *Pers Soc Psychol Bull, 30* (2), 134-148.

Neises, M. (2007). Posttraumatische Belastungsstörungen nach Krebs - Krebs als Tauma?. *Gynäkologe, 40*, 139-147.

Neises, M. & Ploeger, A. (2009). Die Psychotraumatologie in der gynäkologischen Onkologie. *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, 4*, 140-146.

Neises, M. & Holthausen-Markou, S. (2010). Sexualität nach gynäkologischer Krebserkrankung. *Gynäkologische Praxis, 34*, 109-120.

Neises, M., Ditz, S., Scheck, T., Schiller, A. & Nebe, C. T. (2001). Teilnehmerinnen und Ablehnerinnen einer Interventionsgruppe nach Mammakarzinom unterscheiden sich in Lebensqualität, Krankheitsbewältigung und immunologischen Funktionsuntersuchungen. *Zentralblatt Gynäkologie, 123* (1), 27-36.

Neutze, J. & Beier, K. M. (2005). Sexualität und Brustkrebserkrankung. *Sexuologie, 12*, 2-22.

Newell, S. A., Sanson-Fisher, R. W. & Savolainen, N. J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst, 94* (8), 558-584.

Northouse, L. L., Templin, T., Mood, D. & Oberst, M. (1998). Couples' adjustment to breast cancer and benign breast disease: A longitudinal analysis. *Psychooncology, 7* (1), 37-48.

Northouse, L. L. & Peters-Golden, H. (1993). Cancer and the family: Strategies to assist spouses. *Sem Oncol Nurs, 9* (2), 74-82.

Nutting, P. A. (1992). Agency for Health Care Policy and Research clinical practice guidelines (AHCPR). *Am Fam Physician, 46* (1), 57-58.

Ogle J. P. & Ullstrup, K. (2006). Breast cancer as an embodied life event: a synthesis of research and theory and directions for intervention and future work. *Illness, Crisis & Loss, 14* (3), 223-244.

Olsen, I. R. & Marshuetz, C. (2005). Facial attractiveness is appraised in a glance. *Emotion, 5* (4), 498-502.

Osborn, R. L., Demoncada, A. C. & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *Int J Psychiatry Med, 36* (1), 13-34.

Pascoe, L. & Edvardsson, D. (2013). Benefit finding in cancer: A review of influencing factors and health outcomes.*Eur J Oncol Nurs, 17* (6), 760-766.

Park, C. L. & Gaffey, A. E. (2007). Relationships between psychosocial factors and health behavior change in cancer survivors: an integrative review. *Ann Behav Med, 34* (2), 115-134.

Park, C. L., Cohen, L. H. & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *J Pers, 64* (1), 71-105.

Perrin, F. A. C. (1921). Physical Attractiveness and Repulsiveness. *J Exp Psychol, 4* (3), 203-217.

Petronis, V. M, Carver, C. S., Antoni, M. H. & Weiss, S. (2003). Investment in body image and psychosocial well-being among women treated for early stage breast cancer: partial replication and extension. *Psychology & Health, 18* (1), 1-13.

Pinquart, M. & Duberstein, P. R. (2010). Associations of social networks with cancer mortality: A meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol, 75* (2), 122-137.

Pinto, B. & Maruyama, N. (1999). Exercise in the Rehabilitation ob Breast Cancer Survivors. *Psychooncology, 8* (3), 191-206.

Pinto, B., Eakin, E. & Maruyama, N. (2000). Health behavior changes after a cancer diagnosis: what do we know and where do we go from here? *Ann Behav Med, 22* (1), 38-52.

Pistrang, N. & Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Soc Sci Med, 40* (6), 789-797.

Pitceathly, C. & Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *Eur J Cancer, 39* (11), 1517-1524.

Polinsky, M. L. (1994). Functional status of long-term breast cancer survivors - demonstrating chronicity. *Health Soc Work, 19* (3), 165-173.

Pottins, I., Irle, H. & Korsukéwitz, C. (2009). Deutsche Rentenversicherung: Stand und Perspektiven der onkologischen Rehabilitation. *Rentenversicherung aktuell, 8*, 267-275.

Price, B. (Ed., 1999). *Altered body image*. NT Monographs, London.

Proulx, C. M, Helms, H. M. & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *J Marriage Fam, 69* (3), 576-593.

Pschyrembel (2017). *Klinisches Wörterbuch.* (267. Aufl.; nach W. Pschyrembel). Pschyrembel-Redaktion Berlin: de Gruyter.

Raggio, G. A, Butryn, M. L, Arigo, D., Mikorski, R. & Palmer, S. C. (2014). Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychol Health, 29* (6), 632-650.

Raingruber, B. (2011). The Effectiveness of Psychosocial Interventions with Cancer Patients: An Integrative Review of the Literature (2006–2011). *ISRN Nurs*, 638218.

Rauch, P. K. & Muriel, A. C. (2004). The importance of parenting concerns among patients with cancer. *Crit Rev Oncol Hematol, 49* (1), 37-42.

Rauchfuß, M., Blohmer, J. U., Neises, M., Danzer, G. & Klapp, B. F. (2004). Psychoonkologische Versorgung in einem Brustzentrum. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 64* (11), 1158-1166.

Ready, R. E., Clark, L. A., Watson, D. & Westerhouse, K. (2000). Self- and peer-related personality: Agreement, trait ratability, and the „self-based-heuristic". *J Research Pers, 34* (2), *208-224.*

Regan, T. W., Lambert, S. D., Girgis, A., Kelly, B., Kayser, K. & Turner, J. (2012). Do Couple-Based Interventions Make a Difference for Couples Affected by Cancer? A Systematic Review. *BMC, 12*, 279.

Rehse, B. & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Educ Couns, 50* (2), 179-86.

Reich, M., Lesur, A. & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat, 110* (1), 9-17.

Renneberg, B. & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In: B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie* (S. 29-33). Heidelberg: Springer.

Revenson, T. A., Kayser, K. & Bodenman, G. (Eds., 2005). *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping.* Washington, DC: Am Psychological Ass..

Reynolds, P., Hurley, S., Torres, M., Jackson, J., Boyd, P. & Chen, V. W. (2000). Use of Coping Strategies and Breast Cancer Survival: Results from the Black/White Cancer Survival Study. *Am J Epidemiol, 152* (10), 940-994.

Richardson, M. A., Post-White, J., Grimm, E. A., Moye, L. A., Singletary, S. E. & Justice, B. (1997). Coping, life attitudes, and immune responses to imagery and group support after breast cancer treatment. *Altern Ther Health Med, 3* (5), 62-70.

Rief, W., Hiller ,W. & Heuser, J. (1997). *SOMS - Das Screening für Somatoforme Störungen* [Manual]. Bern: Huber.

Robbins, M. L., Mehl, M. R., Smith, H. L. & Weihs, K. L. (2013). Linguistic Indicators of Patient, Couple, and Family Adjustment following Breast Cancer. *Psychooncology, 22* (7), 1501-1508.

Robbins, M. L., López, A. M., Weihs, K. L. & Mehl, M. R. (2014). Cancer Conversations in Context: Naturalistic Observation of Couples Coping with Breast Cancer. *J Fam Psychol, 28* (3), 380-390.

Robert Koch-Institut (*RKI*) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (*GEKID*) (Hrsg., 2019). *Krebs in Deutschland 2015/2016* (12. Ausgabe). [Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes]. Berlin.

Rodrigue, J. R. & Park, T. L. (1996). General and illness-specific adjustment to cancer: relationship to marital status and marital quality. *J Psychosomatic Res, 40* (1), 29-36.

Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (Eds., 1954). *Psychotherapy and personality change.* Chicago: University of Chicago Press.

Rosenberg, S., Nelson, C. & Vivekananthan, P. (1968). A multidimensional approach to the structure of personality impressions. *J Pers Soc Psychol, 9* (4), 283-294.

Rosenberg, S. M., Tamimi, R. M., Gelber, S., Ruddy, K. J., Kereakoglow, S., Borges, V. F., Come, S. E., Schapira, L., Winer, E. P. & Partridge, A. H. (2013). Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psychooncology, 22* (8), 1849-1855.

Rosenberger, C., Höcker, A., Cartus, M., Schulz-Kindermann, F., Härter, M. & Mehnert, A. (2012). Angehörige und Patienten in der ambulanten psychoonkologischen Versorgung: Zugangswege, psychische Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse. *PPmP, 62*, 185-194.

Rowland, J. H., Desmond, K. A., Meyerowitz, B. E., Belin, T. R., Wyatt, G. E. & Ganz, P. A. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst, 92* (17), 1422–1429.

Satin, J. R., Linden, W. & Phillips, M. J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer, 115* (22), 5349-61.

Schäfer, H., Herdt, J., Herrmann, J. M. & Geigges, W. (2001). Veränderungen von Belastungen bei Brustkrebs-Patientinnen während einer stationären Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 14*, 307-322.

Schag, C. A. & Heinrich, R. L. (1990). Development of a comprehensive quality of life measurement tool: CARES. *Oncology, 4* (5), 135-138.

Schedlowski, M. & Tewes, U. (Hrsg., 1996). *Psychoneuroimmunologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Schindler, L., Hahlweg, K. & Revenstorf, D. (2006). *Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie. Handbuch für Psychotherapeuten.* (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Schindler, L., Hahlweg, K. & Revenstorf, D. (2016). *Partnerschaftsprobleme? So gelingt Ihre Beziehung - Handbuch für Paare* (5. Aufl.). Berlin: Springer.

Schmidt-Atzert, L. (2008). Klassifikation von Emotionen. In: W. Janke, M. Schmidt-Daffy & G. Debus (Hrsg.). *Experimentelle Emotionspsychologie - Methodische Ansätze, Probleme, Ergebnisse* (S. 179-191). Lengerich: Pabst.

Schmid-Büchi, S., Halfens, R. J. G., Dassen, T. & van den Borne, B. (2008). A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *J Clin Nurs, 17 (21),* 2895-2909.

Schmid-Büchi, S., Halfens, R. J. G., Dassen, T. & van den Borne, B. (2011_a). Psychosocial problems and needs of post-treatment patients with breast cancer and their relatives. *Eur J Oncol Nurs, 15* (3), 260-266.

Schmid-Büchi, S., van den Borne, B., Dassen, T. & Halfens, R. J. (2011_b). Factors associated with psychosocial needs of close relatives of women under treatment for breast cancer. *J Clin Nurs, 20* (7-8), 1115-1124.

Schover, L. R., Yetman, R. J., Tuason, L. J., Meisler, E., Esselstyn, C. B., Hermann, R. E. et al. (1995). Comparison of partial mastectomy with breast reconstruction on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer, 75* (1), 54-64.

Schönberger, C. & von Kardorff, E. (2000). Angehörige an Krebs erkrankter Menschen - ihr Ort in der Rehabilitationsklinik. *Psychomed, 12* (4), 249-256.

Schönberger C. & von Kardorff E. (2001). Das Leben mit Krebs gemeinsam bewältigen - Ausgewählte Ergebnisse einer Studie über Angehörige Krebskranker. *Psychomed, 13* (4), 221-228.

Schönberger, C. & von Kardorff, E. (2002). *Angehörige Krebskranker in der Rehabilitation.* [Abschlussbericht. Projekt im Rahmen des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Berlin-Brandenburg-Sachsen]. Humbold Universität zu Berlin - Institut für Rehabilitationswissenschaften - Abteilung für Soziologie der Rehabilitation, Berufliche Rehabilitation und Rehabilitationsrecht.

Schönberger, C. & von Kardorff, E. (2003). Angehörige Krebskranker in der Rehabilitation - ihre Leistungen und ihr Entlastungsbedarf. Ausgewählte Ergebnisse einer Pilotstudie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 62,* 130-137.

Schönberger, C. & von Kardorff, E. (Hrsg., 2004). *Mit dem kranken Partner leben. Anforderungen, Belastungen und Leistungen von Angehörigen Krebskranker. Soziologische Fallstudien.* Opladen: Leske & Budrich.

Schöne, S. (2010). *Der Einfluss einer stationären, interdisziplinären Rehabilitation auf die Befindlichkeit und das Körperbild von Mammakarzinom-Patientinnen*. [Unveröffentlichte Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie der Justus-Liebig-Universität Gießen].

Schramm, E. (Hrsg., 2009). *Interpersonelle Psychotherapie: Mit dem Original-Therapiemanual von Klerman, Weissman, Rounsaville und Chevron* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Schröck, R., Schwiersch, M. & Stepien, J. (1994). Ist der Erfolg onkologischer Rehabilitation meßbar? Kritische Anmerkungen zur Wirksamkeitsmessung stationärer Reha-Maßnahmen bei Krebspatienten. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 28,* 212-218.

Schulz, K. H & Gold, S. (2006). Psychological stress, immune function and disease development. The psychoneuroimmunologic perspective. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 49* (8), 759-772.

Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg., 2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden.* Göttingen: Hogrefe.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C., Coston, T. D., Greeson, C., Jedlicka, C. et al. (2001). Emotional Intelligence and Interpersonal Relationship. *J Soc Psychol, 141* (4), 523-536.

Schwartz, M. S., Krupp, N. E. & Byrne, D. (1971). Repression-sensitization and medical diagnosis. *J Abnorm Psychol, 78* (3), 286-291.

Schwarz, N. (1994). Judgment in a social context: Biases, shortcomings, and the logic of conversation. *Adv Exp Soc Psychol, 26,* 123-162.

Schwibbe, G. (1991). Veränderungen der Lebensqualität onkologischer Patienten im Verlauf einer stationären Nachsorgekur. *Rehabilitation, 30,* 55-62.

Schwiersch, M., Stepien, J. & Schröck, R. (1994). Veränderungen der Lebensqualität von Tumorpatientinnen und -patienten nach stationärer onkologischer Rehabilitation. Die psychosoziale Situation zu Beginn und am Ende eines stationären Heilverfahrens sowie ein Jahr danach. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 28,* 230-240.

Scott, J. L., Halford, W. K. & Ward, B. G. (2004). United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. *J Consult Clin Psychol, 72* (6), 1122-1135.

Segrin, C., Badger, T. A, Meek, P., Lopez, A. M., Bonham, E. & Sieger, A. (2005). Longitudinal dyadic interdependence on affect and quality-of-life trajectories among women with breast cancer and their partners. *J Soc Pers Relations, 22* (5), 673-689.

Seligman, M. E. P. (Hrsg., 1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. New York: Freeman.

Shadish, W. R. & Baldwin, S. A. (2005). Effects of behavioral marital therapy: A meta-analysis of randomized controlled trails. *J Consult Clin Psychol, 73* (1), 6-14.

Sheard, T. & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer, 80,* 1770-1780.

Sherman, D. W., Haber, J., Hoskins, C. N., Budin, W. C., Maislin, G., Cater, J. et al. (2009). Differences in physical, emotional, and social adjustment of intimate, family, and nonfamily patient-partner dyads based on a breast cancer intervention study. *Oncol Nurs Forum, 36* (4), 185-197.

Siedentopf, F., Nagel, M., Weidner, K. & Kentenich, H. (2008). Body image and the decision making process in breast cancer patients. *Geburtshilfe Frauenheilkd, 68,* 821-826.

Singer, S., Das-Munshi, J. & Brähler, E. (2010). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care - a meta-analysis. *Ann Oncol, 21* (5), 925-930.

Singer, S., Dieng, S. & Wesselmann, S. (2013). Psycho-oncological care in certified cancer centres - a nationwide analysis in Germany. *Psychooncology, 22* (6), 1435-1437.

Slavich, G. M. (2016). Life Stress and Health: A Review of Conceptual Issues and Recent Findings. *Teaching of Psychology, 43* (4), 346-355.

Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *J Pers Soc Psychol, 30* (4), 526-537.

Snyder, M. & Swann, W. B. (1978). Hypothesis testing processes in social interaction. *J Pers Soc Psychol, 3* (11), 1202-1212.

Snyder, D. K, Heyman, R. E. & Haynes, S. N. (2005). Evidence-based approaches to assessing couple distress. *Psychol Assess, 17* (3), 288-307.

Snyder, D. K., Castellani, A. M. & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapie. *Ann Rev Psychol, 57* (1), 317-344.

Söllner, W. & Keller, M. (2007). Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen auf die Lebensqualität der Patienten - Ein systematischer Überblick über Reviews und Metaanalysen. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie, 1* (4), 249-257.

Somerset, W., Stout, S. C., Miller, A. H. & Musselman, D. (2004). Breast cancer and depression. *Oncology, 18* (8), 1021-1034.

Sormanti, M. & Kayser, K. (2000). Partner support and changes in relationships during life-threatening illness: Women's perspectives. *J Psychosoc Oncol, 18* (3), 45-66.

Sozialgesetzbuch (SGB):

- (SGB V). *Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung - § 40 SGB V: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation* (Zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 22.3.19 I 350).
- (SGB IX). *Neuntes Buch: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen - § 8 SGB IX: Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten* (Zuletzt geändert 18.4.19). [http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de].

Spiegel, D. (1997). Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Sem Oncol, 24,* 136-147.

Spiegel, D. & Kato, P. M. (2000). Psychosoziale Einflüsse auf Inzidenz und Progression von Krebs. In: W. Larbig & V. Tschuschke (Hrsg.). *Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse.* (S. 111-150). München: Reinhardt.

Spinath, F. M. (Hrsg., 2000). *Validität von Fremdbeurteilungen: Einflussfaktoren auf die Konvergenz von Selbst- und Fremdbeurteilungen in Persönlichkeitsschätzungen.* Lengerich: Pabst, Science Publisher.

Sprangers, M. A. (2002). Quality-of-life assessment in oncology. Achievements and challenges. *Acta Oncol, 41* (3), 229–237.

Sprangers, M. A., Groenvold, M., Arraras, J. I., Franklin, J., te Velde, A., Muller, M. et al. (1996). The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. [(EORTC) QLQ-BR23]. *J Clin Oncol, 14* (10), 2756-2768.

SPSS Inc. (2002, 2006). *SPSS - Statistical Package for the Social Sciences*. (Version 11.5 und 15.0) [Computer Software, Command Syntax Reference]. Chicago, Illinois.

Strauss-Blasche, G., Gnad, E., Ekmekcioglu, C., Hladschik, B. & Marktl, W. (2005). Combined Inpatient Rehabilitation and Spa Therapy for Breast Cancer Patients: Effects on Quality of Life and CA 15-3. *Cancer Nurs, 28* (5), 390-398.

Streeter, S. A. & McBurney, D. H. (2003). Waist-hip ratio and attractiveness. New evidence and a critique of ‘‘a critical test’’. *Evolution and Human Behavior, 24*, 88-98.

Stotland, E. (1969). Exploratory Investigations of Empathy. *Adv Exp Soc Psychol, 4*, 271-314.

Subnis, U. B., Starkweather, A. R., McCain, N. L. & Brown, R. F. (2014). Psychosocial therapies for patients with cancer: a current review of interventions using psycho-neuroimmunology-based outcome measures. *Integr Cancer Ther, 13* (2), 85-104.

Talley, A., Molix, L., Schlegel, R. J. & Bettencourt A. (2010). The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: A longitudinal analysis. *Psychol Health, 25* (4), 433-449.

Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the legacy of trauma. *J Traumatic Stress, 9 (3),* 455-472.

Teichmann, J. V. (2002). Onkologische Rehabilitation: Evaluation der Effektivität stationärer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen. *Rehabilitation, 41* (1), 53-63.

Thorndike, E. L. (1920). A constant error in psychological rating. *J App Psychol, 4*, 25-29.

Thurmaier, F., Engl, J. & Hahlweg, K. (1999). Eheglück auf Dauer? Methodik, Inhalte und Effektivität eines präventiven Paarkommunikationstrainings. Ergebnisse nach 5 Jahren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 28* (1), 54-62.

Thurmaier, F., Engl, J. & Hahlweg, K. (2015). *EPL - Ein Partnerschaftliches Lernprogramm. Kursleitermanual*. München: Institut für Forschung und Ausbildung in Kommunikationstherapie e.V..

Tomich, P. L. & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology, 11* (2), 154-169.

Toseland, R. W., Blanchard, C. G. & McCallion, P. (1995). A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Soc Sci Med, 40* (4),517-528.

Tschuschke, V. (Hrsg., 2006). *Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs.* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer Verlag.

Traun-Vogt, G. & Herdina, P. F. (2010). Sexualität nach Brustkrebs - als Paar überleben. *Wiener Medizinische Wochenschrift, 160* (7-8), 182-185. [auch als Broschüre über Pfizer Corporation Austria GmbH., Wien]

Turner, J., Wooding, S. & Neil, C. (1998). *Psycho-social impact of breast cancer: a summary of the literature 1986-1996*. Sydney: NHMRC National Breast Cancer Centre.

Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull, 119* (3), 488-531.

Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med, 29* (4), 377-387.

Uchino, B. N. (2009). Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspect Psychol Sci, 4* (3), 236-355.

Vagt, G. (2000). Äußere Erscheinung: Physische Attraktivität, Konstitution, Körpergröße. In: M. Amelang (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie. Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung (Band 4). Determinanten individueller Unterschiede*. (S. 595-666). Göttingen: Hogrefe.

Vagt, G. (1979). Zum Zusammenhang zwischen Aussehen und Persönlichkeit: Es kommt eher darauf an, daß man sich selbst für schön hält. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie, 26*, 355-363.

Vagt, G. & Majert, W. (1977). Schöne Menschen haben`s auch nicht leichter. *Psychologie Heute, 4* (9), 36-38.

Van'T Spijker, A., Trijsburg, R. W. & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Medicine, 59* (3), 280-293.

Van Leeuwen, M. L. & Neil Macrae, C. (2004). Is beautiful always good? Implicit benefits of facial attractiveness. *Social cognition, 22*, 637-649.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (*VDR*, 1999). 8. Rehabilitationswissenschaftiches Kolloquium. Reha-Bedarf - Effektivität - Ökonomie [Tagungsband]. *DRV-Schriften, 12.*

Vickberg, S. M. (2003). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Ann Behav Med, 25* (1), 16-24.

Voigt, B., Grimm, A., Schmid, G., Schneider, A., Winzer, K. J., Klapp, B. F. & Rauchfuß, M. (2007). Belastungserleben von Mammakarzinompatientinnen in der postoperativen Behandlungsphase. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 67* (11), 1268-1273.

Von der Schulenburg, J. M., Claes, C., Greiner, W. & Uber, A. (1998). Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 6*, 3-20.

Vos, P. J., Visser, A. P., Garssen, B., Duivenvoorden, H. J. & de Haes, H. C. (2006). Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Educ Couns, 60* (2), 212-219.

Waadt, S., Duran, G., Berg, P. & Herschbach, P. (Hrsg., 2011). *Progredienzangst - Manual zur Behandlung von Zukunftsängsten bei chronisch Kranken.* Stuttgart: Schattauer.

Walsh, S. R., Manuel, J. C. & Avis, N. E. (2005). The impact of breast cancer on younger women's relationships with their partner and children. *Fam, Systems, & Health, 23*, 80-93.

Watson, M. & Bultz, B. D. (2010). Distress, the 6th vital sign in cancer care. Caring for patients' emotional needs: what does this mean and what helps? *Psycho-Oncology, 4* (3), 159-163.

Watson, D., Hubbard, B. & Wiese, D. (2000). Self-other agreement in personality and affectivity: The role of acquaintanceship, trait visibility, and assumed similarity. *J Pers Soc Psychol, 78* (3), 546-558.

Welk, H., Koch, U., Bergelt, C. & Lehmann, C. (2005). *Krebsrehabilitation und Partnerschaft - Die Rolle des Partners bei der Inanspruchnahme und im Verlauf der stationären onkologischen Rehabilitation.* [Abschlussbericht. Ein Forschungsbericht im Norddeutschen Verbund der Rehabilitationsforschung]. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie.

Weis, J. (2015). Psychosocial Care for Cancer Patients. *Breast Care, 10* (2), 84-86.

Weis, J. & Koch, U. (Hrsg., 1998). *Betreuungsbedarf, Versorgungsstrukturen und Inanspruchnahmeprozesse - Krankheitsbewältigung bei Krebs.* Stuttgart: Schattauer.

Weis, J. & Bartsch, H. H. (2004). Entwicklung von Leitlinien der Rehabilitation von Patientinnen nach Mamma-Karzinom. *DRV-Schriften, 52,* 288-289.

Weis, J. & Giesler, J. (2014). Rehabilitation for cancer patients. *Recent Results in Cancer Research, 197*, 87-101.

Weis, J., Schwarz, R. & Blettner, G. (2000). Psychoonkologische Versorgung in Deutschland: Qualität und Quantität. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 46*, 4-17.

Weis, J., Moser, M. T. & Bartsch, H. H. (2002). *Zielorientierte Evaluation stationärer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen - ZESOR-Studie.* [Abschlussbericht Projekt D4 - Teilprojekt des Rehabilitationswissenschaftl. Forschungsverbundes Freiburg/Bad Säckingen]. Freiburg Klinik für Tumorbiologie, Inst. für Reha-Forschung und Prävention.

Weis, J., Domann, U. & Bartsch, H. H. (2005). Interdisziplinäre Leitlinie zur stationären Rehabilitation von Mammakarzinom-Patientinnen. *DRV-Schriften, 59*, 175-176.

Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology, 13* (4), 260-268.

Westerhausen, R., Kreuder, F., Sequeira, S. D. S., Walter, C., Woerner, W., Wittling, R. A. & Wittling, W. (2004). Effects of handedness and gender on macro- and microstructure of the corpus callosum and its subregions: a combined high-resolution and diffusion-tensor MRI study. *Cogn Brain Res, 21* (3), 418-426.

Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. In: S. R. H. Beach (Ed.). *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. (pp. 3-24). Washington DC: Am. Psychological Ass..

Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *J Abnorm Psychol, 116* (3), 638-643.

Whisman, M. A. & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Reviews, 15* (1), 4-13.

Wiedebusch, S., Hellmann, S., Schulte, T. & Muthny, F. A. (2010). Verhaltensauffälligkeiten von Kindern krebskranker Mütter - Empirische Ergebnisse aus der onkologischen Mutter-Kind-Rehabilitation. *Nervenheilkunde, 29* (03), 140-146.

Wiese, M., Lexow, A. & Hahlweg, K. (2008). Die Einbindung der Partner von Patienten in die ambulante Psychotherapie. In: A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.). *Partner und Kinder psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 221-239). Tübingen: dgvt-Verlag.

Williams, L. M. (1995). Associations of stressful events and marital quality. *Psychological Reports, 76* (3), 1115-1122.

Williams, S. & Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *Br J Cancer, 94* (3), 372-390.

Wilmoth, M. C. & Ross, J. A. (1997). Women's perception. Breast cancer treatment and sexuality. *Cancer Practice, 5* (6), 353-359.

Wilmoth, M. C., Coleman, E. A., Smith, S. C. & Davis, C. (2004). Fatigue, weight gain, and altered sexuality in patients with breast cancer: exploration of a symptom cluster. *Oncol Nurs Forum, 31* (6), 1069-1075.

Wilms, H.-U., Wittmund, B. & Angermeyer, M. C. (2003). Belastungen von Partnern psychisch Kranker: Bestandsaufnahme und Interventionsmöglichkeiten. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 62*, 171-182.

Wilz, G. & Meichsner, F. (2015). Unterstützende Interventionen für Angehörige. In W. Rief & P. Henningsen (Hrsg.). *Psychosomatik und Verhaltensmedizin*. (S. 444-456). Stuttgart: Schattauer.

Wimberly, S. R., Carver, C. S., Laurenceau, J. P., Harris, S. D. & Antoni, M. H. (2005). Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: Impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *J Consul Clin Psychol, 73* (2), 300-311.

Winters, Z. E., Benson, J. R. & Pusic, A. L. (2010). A systematic review of the clinical evidence to guide treatment recommendations in breast reconstruction based on patient-reported outcome measures and health-related quality of life. *Ann Surg, 252* (6), 929-942.

World Health Organization (WHO):

- (1946). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*, New York, [signed on 22 July 1946 and entered into force on 7 April 1948].
- (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research, 2* (2), 153-159.
- (1998). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med, 46* (12), 1569-1585.
- (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. [Deutschsprachige Übersetzung: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (*DIMDI*, 2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. WHO-Kooperationszentrum]

World Health Organization (WHO):

- (2015). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems*. [Deutsche Übersetzung: H. Dilling, W. Mombour & M. H. Schmidt (Hrsg.). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (10. Aufl.), Huber-Verlag].
- (2020). *World Cancer Report 2020: Cancer research for cancer prevention*. International Agency for Research on Cancer (*IARC*). [*http:// www. iarc.fr.*].

Yurek, D., Farrar, W. & Andersen, B. L. (2000). Breast cancer surgery: comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change. *J Consult Clin Psychol, 68* (4), 697-709.

Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2001_a). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology, 10* (1), 19-28.

Zabora, J., Britzenhofeszog, K., Jacobsen, P., Curbow, B., Piantadosi, S., Hooker, C. et al. (2001_b). A new psychosocial screening instrument for psychosocial screening of cancer patients. *Psychosomatics, 42* (3), 241-246.

Zimmermann, T. (2005). A summary of two meta-analyses of moderators of psychosocial interventions for breast and gynaecological cancer patients. *Couples Research and Therapy Newsletter, 11* (2), 4-7.

Zimmermann, T. (2014). Paarbeziehung bei Tumorerkrankungen. *PSYCH up2date, 8* (06), 377-391.

Zimmermann, T. (2015). Intimate Relationships Affected by Breast Cancer: Interventions for Couples. *Breast Care, 10* (2), 102-108.

Zimmermann, T. & Heinrichs, N. (2008). *Seite an Seite - Eine gynäkologische Krebserkrankung in der Partnerschaft gemeinsam bewältigen. Ratgeber für Paare.* Göttingen: Hogrefe.

Zimmermann, T. & Heinrichs, N. (2011). Auswirkungen einer psychoonkologischen Intervention für Paare auf die Sexualität bei einer Brustkrebserkrankung der Frau. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 19*, 23-34.

Zimmermann, T., Heinrichs, N. & Scott, J. L. (2006). CanCOPE "Schritt für Schritt". Die Effektivität eines partnerschaftlichen Unterstützungsprogramms bei Frauen mit Brust- oder gynäkologischen Krebserkrankungen. *Verhaltenstherapie, 16* (4), 247-255.

Zimmermann, T., Heinrichs, N. & Baucom, D. H. (2007). "Does one size fit all?" Moderators in psychosocial interventions for breast cancer patients: A meta-analysis. *Ann Behav Med, 34* (3), 225-239.

Zimmermann, T., Scott, J. L. & Heinrichs, N. (2010). Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 19* (10), 1061-1068.

Zimmermann, T., Herschbach, P., Wessarges, M. & Heinrichs, N. (2011). Fear of progression in partners of chronically ill patients. *Behav Med, 37* (3), 95-104.

Publikationsverzeichnis

Schöne S. (2010). *Der Einfluss einer stationären, interdisziplinären Rehabilitation auf die Befindlichkeit und das Körperbild von Mammakarzinom-Patientinnen*. [Unveröffentlichte Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie der Justus-Liebig-Universität Gießen].

Veröffentlichungen/Vortragsbeiträge auf Grundlage der unveröffentlichten Diplomarbeit:

Gallhofer, G., Schöne, S. & Netter, P. (2010). Immediate and long-term effects of an inpatient rehabilitation programme on emotional state and body image in breast cancer patients as compared to appropriate controls. *Onkologie: International Journal for Cancer Research and Treatment, 33,* 6/198.

Gallhofer, G., Schöne, S. & Netter, P. (2010). Immediate and long-term effects of an inpatient rehabilitation programme on emotional state and body image in breast cancer patients as compared to appropriate controls. *Psycho-Oncology, 19,* A 370.

Gallhofer, G. (2010). Immediate and long-term effects of an inpatient rehabilitation programme on emotional state and body image in breast cancer patients as compared to appropriate controls. Vortrag für den 10. Weltkongress für Psycho-Onkologie, 28.05.2010, Quebec, Kanada.

Gallhofer, G. (2010). Lebensqualität und Körperakzeptanz bei Mammakarzinom: Effekte der Rehabilitation - Eine kontrollierte Studie. Vortrag und Organisation für die 6. Informationsveranstaltung für Mitarbeiterinnen von Sozialdiensten in Hessen (in Zusammenarbeit mit der Hessischen Krebsgesellschaft), 11.06.2010, Bad Nauheim.

Gallhofer, G. (2010). Mammakarzinom - Gesundheit und Krankheit in Abhängigkeit von demographischen und sozialen Einflüssen einschließlich geschlechtsspezifischer Aspekte, Krankheit und soziale Lage, quantitative und qualitative Analysen in der Sozialmedizin, Kriterien der Validität von Studien. Vortrag für die LÄK zum Grundkurs für Sozialmedizin, 11.04.2014, Bad Nauheim.

Ehrenwörtliche Erklärung

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde wissentlich weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungs-software bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Sandra Schöne

- AUSWIRKUNGEN EINER BRUSTKREBSBEHANDLUNG AUF BEFINDLICHKEIT UND KÖRPERBILD VON BRUSTKREBS-PATIENTINNEN AUS SICHT DER PATIENTINNEN UND IHRER PARTNER -

ANHANG-BAND

zur Inaugural- Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
des Fachbereiches "Psychologie und Sportwissenschaften"
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
Sandra Schöne
aus Bad Pyrmont

2020

Vorwort

Der bereits erörterte Gesamtumfang der vorliegenden Dissertation, begründet durch die ausführlichen Querverweise zur Vorläuferstudie (Schöne, 2010) sowie die dem Theorie-, Methoden-, Ergebnis- und Diskussionsteil (bei großer Datenmenge) zugrunde gelegte Systematik, rechtfertigte die Verwendung des hier nachfolgenden separaten Anhang-Bandes. Dieser umfasst all jene Auswertungen der ausführlich untersuchten Brustkrebs-Patientinnen in stationärer Rehabilitation und der diesen zugehörigen Partner-Gruppe, welche zum unmittelbaren Verständnis der dargestellten Ergebnisse hinsichtlich…

(**F1**) der auf die *Befindlichkeit* und das *Körperbild* der Frauen bezogenen Wahrnehmungen und wechselseitigen Annahmen der Patientinnen und ihrer Partner,

(**F2**) des Einflusses einer stationären, interdisziplinären Rehabilitation der Patientinnen auf beider Einschätzungen und deren Zusammenhänge sowie

(**F3**) der Bedeutung der *Partnerschaftsqualität* für die geschlechtsspezifischen Wahrnehmungen, Zusammenhänge und den Reha-Einfluss

…nicht dringend erforderlich, aber für weitergehende Informationen zu den Fragestellungen und zur Diskussion der aufgezeigten Befunde nützlich sowie der abschließenden Darstellung von Implikationen für Forschung und Praxis dienlich sind.

Anhangverzeichnis

	Vorwort…….	**I**
A	**Versuchspersonen-Rekrutierung…….**	**1**
A-1	Informationsblatt für die Brustkrebs-Patientinnen……..	1
A-2	Information, Aufklärung und Einverständniserklärung für die Brustkrebs-Patientinnen……..	1
A-3	Informationsblatt für die Brustkrebs-Patientinnen zur Partner-Befragung……	3
A-4	Information, Aufklärung und Einverständniserklärung für die Partner…	3
B	**Instruktionen und Materialien……**	**4**
B-1	Allgemeine Erläuterungen zur Bearbeitung der Fragebögen (a) für die Brustkrebs-Patientinnen und (b) für die Partner…..……	4
B-2	Fragebogen zur *Person, Krebserkrankung und Rehabilitation* für die Brustkrebs-Patientinnen……..	5
B-3	Fragebögen *Befindlichkeitsskalierung anhand von Kategorien und Eigenschaftswörtern* (BSKE) sowie *Distress-Thermometer* (DT) für die Brustkrebs-Patientinnen…….....	6
B-4	Fragebögen *Body Image After Breast Cancer Questionnaire* (BIBCQ) (einschließlich *Allgemeine Wahrnehmungen und Einstellungen*) für die Brustkrebs-Patientinnen.....	7
B-5	Fragebogen zur *Partnerschaftsqualität* (PQ) für die Brustkrebs-Patientinnen…….	8
C	**Stichprobe, Repräsentanz und Kovariaten……**	**9**
C-1	Soziodemografische Personen-Merkmale und Soziale Unterstützung der Reha-Patientinnen im Vergleich zur Gesamtstichprobe der Vorläuferstudie (Schöne, 2010) zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der t-Tests resp. Chi²-Tests…….	9
C-2	Altersverteilung im Vergleich der Patientinnen und ihrer Partner zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der t-Tests resp. Chi²-Tests……	10

C-3 Medizinische und behandlungsbedingte Personen-Merkmale der Reha-Patientinnen im Vergleich zur Gesamtstichprobe der Vorläuferstudie (Schöne, 2010) [...] Ergebnisse der t-Tests resp. Chi²-Tests…. 11

C-4 Rehabilitationsbezogene Personen-Merkmale der Reha-Patientinnen im Vergleich zur Gesamtstichprobe der Vorläuferstudie (Schöne, 2010) zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der t-Tests resp. Chi²-Tests…….. 12

C-5 Reliabilitäten der Sub- und Gesamtskalen sowie Zusammenhänge zwischen den Sub- und Gesamtskalen von BSKE bzw. BIBCQ im Selbstbild (A) der Patientin zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der Reliabilitäts- und Korrelationsanalysen……. 13

C-6 Signifikante Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Variablen, sozialer Unterstützung sowie Bedeutsamkeit des Körperbildes, medizinischen/-behandlungsbezogenen bzw. rehabilitationsbezogenen Variablen und Befindlichkeit im Selbstbild (A) der Patientin sowie dem durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen…….. 14

C-7 Signifikante Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Variablen, sozialer Unterstützung, Bedeutsamkeit des Körperbildes, medizinischen/-behandlungsbezogenen bzw. rehabilitationsbezogenen Variablen und negativem Körperbild im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) sowie dem Fremdbild des Partners (D) zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen…….. 16

Anmerkung. Titel sinngemäß gekürzt.

D Ergebnisse zu den Haupt-Fragestellungen……. 18

Anhang D zu Fragestellung 1 18

D-1 Befindlichkeit im Selbstbild (A) der Patientin und dem durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) [...] Deskriptive Statistiken……..……. 18

D-2 Vergleich der Positiven mit der Negativen Affektivität im Selbstbild (A) der Patientin und dem durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) [...] Deskriptive Statistiken…….. 19

D-3 Bedeutsamkeit des Körperbildes aus Sicht der Patientin (♀) und aus Sicht der Partner (♂) zu Reha-Beginn (t1) [...] Deskriptive Statistiken.. 19

D-4 Körperbild im Selbstbild (A) der Patientin und dem durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) [...] Deskriptive Statistiken..... 20

D-5 Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin mit dem durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) hinsichtlich der Befindlichkeit zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der t-Tests……..... 21

D-6 Zusammenhänge zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin und dem durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) hinsichtlich der Befindlichkeit zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen. 21

D-7 Vergleich der Bedeutsamkeit des Körperbildes aus Sicht der Patientin (♀) mit der aus Sicht des Partners (♂) zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der t-Tests..... 22

D-8 Signifikante Vergleiche des Selbstbildes (A) der Patientin mit dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der t-Tests..... 22

D-9 Zusammenhänge zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen..... 23

D-10 Nicht-signifikante Vergleiche der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der t-Tests…… 24

D-11 Zusammenhänge zwischen den Differenzen des Selbstbildes (A) der Patientin, des durch den Partner antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen…….. 25

D-12 Zusammenhänge zwischen der Befindlichkeit und dem negativen Körperbild im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) bzw. dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen..... 26

D-13 Zusammenhänge zwischen der Befindlichkeit und dem negativen Körperbild in den Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen….. 27

Anhang D zu Fragestellung 2 **28**

D-14 Vergleich der Befindlichkeit im Selbstbild (A) der Patientin zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) und vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der Varianzanalysen…….. 28

D-15 Vergleich der Bedeutsamkeit des Körperbildes aus Sicht der Patientin (♀) zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) und vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der Varianzanalysen..... 28

D-16 Vergleich des negativen Körperbildes im Selbstbild (A) der Patientin zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) und vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der Varianzanalysen..... 29

D-17 Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin mit dem durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) hinsichtlich der Befindlichkeit zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] - Subskalen [...] Ergebnisse der Varianzanalysen..... 30

D-18 Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin, des durch den Partner antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich der Befindlichkeit zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] t-Tests.... 30

D-19 Zusammenhänge zwischen der Veränderung im Selbstbild (A) der Patientin und der Veränderung im durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) hinsichtlich der Befindlichkeit vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen..... 31

D-20 Zusammenhänge zwischen den Differenzen im Selbstbild (A) der Patientin und dem durch den Partner antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) und den Differenzen vier Wochen nach Abschluss (t3) hinsichtlich der Befindlichkeit [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen……... 31

D-21 Vergleich der Bedeutsamkeit des Körperbildes aus Sicht der Patientin (♀) mit der aus Sicht des Partners (♂) zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der Varianzanalysen…..... 32

D-22 Vergleich der Bedeutsamkeit des Körperbildes aus Sicht der Patientin (♀) und aus Sicht des Partners (♂) zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der t-Tests..... 32

D-23 Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin, des durch den Partner antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der Varianzanalysen…….. 33

D-24 Signifikante Vergleiche des Selbstbildes (A) der Patientin, des durch den Partner antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich des negativen $\text{Körperbildes}_{(\text{Gesamt})}$ zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Subskalen [...] Ergebnisse der Varianzanalysen..... 34

D-25 Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin, des durch den Partner antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich der Befindlichkeit zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der t-Tests……..... 36

D-26 Zusammenhänge zwischen den Veränderungen im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst-(B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen..... 37

D-27 Vergleich der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) bzw. dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) und den Differenzen vier Wochen nach Abschluss (t3) hinsichtlich des negativen Körperbildes [...] Ergebnisse der t-Tests……..... 37

D-28 Vergleich der veränderten Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der t-Tests..... 38

D-29 Zusammenhänge zwischen den Differenzen im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) und den Differenzen vier Wochen nach Abschluss (t3) hinsichtlich des negativen Körperbildes [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen..... 39

D-30 Zusammenhänge zwischen der Veränderung der Befindlichkeit und der Veränderung des negativen Körperbildes im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen..... 40

D-31 Zusammenhänge zwischen der Veränderung der Befindlichkeit und der Veränderung des negativen Körperbildes in der Differenz des Selbstbildes (A) der Patientin, des durch den Partner antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen…….. 41

Anhang D zu Fragestellung 3 **42**

D-32 Signifikante Vergleiche des Selbstbildes (A) der Patientin, des durch den Partner antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der t-Tests.. 42

D-33 Zusammenhänge zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen..... 43

D-34 Zusammenhänge der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen..... 43

D-35 Sign. Vergleiche des Selbstbildes (A) der Patientin, des durch den Partner antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der Varianzanalysen……. 44

D-36 Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin, des durch den Partner antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der t-Tests……... 45

D-37 Zusammenhänge zwischen den Veränderungen im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen..... 46

D-38 Vergleich der veränderten Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der t-Tests..... 46

D-39 Zusammenhänge zwischen den Differenzen im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) bzw. dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) und den Differenzen vier Wochen nach Abschluss (t3) hinsichtlich der Partnerschaftsqualität [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen..... 47

D-40 Nicht-signifikante Zusammenhänge zwischen der Partnerschaftsqualität und der Befindlichkeit im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners (bzw. deren Differenzen) zu Reha-Beginn (t1) sowie zwischen den Veränderungen vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen..... 48

D-41 Nicht-signifikante Zusammenhänge zwischen der Partnerschaftsqualität und dem negativen Körperbild im Selbstbild (A) der Patientin, dem durch den Partner antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners (bzw. deren Differenzen) zu Reha-Beginn (t1) sowie zwischen den Veränderungen vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) [...] Ergebnisse der Korrelationsanalysen..... 49

Anmerkung. Titel sinngemäß gekürzt.

Anhang A: Versuchspersonen-Rekrutierung

Bogen A-1

Informationsblatt für die Brustkrebs-Patientinnen zu Beginn einer stationären, interdisziplinären Rehabilitation im Reha-Zentrum Bad Nauheim. (Seite 1/1)

[Auf *Informationsblatt für Ärztinnen, Ärzte und Ko-operationspartner* zur Gewinnung der Reha-Patientinnen und einer Kontrollgruppe hier wg. Redundanz verzichtet]

-INFORMATIONSBLATT für PATIENTINNEN-

Sehr geehrte Patientin!

Herzlich Willkommen in der Taunus-Klinik des Reha- Zentrums Bad Nauheim!

Wir möchten mit einer **Studie** erfassen, wie Sie mit Ihrer Erkrankung und deren Begleiterscheinungen bislang zu Recht gekommen sind. Besonders interessiert uns, wie Sie Ihren Körper nach den vielen Behandlungen wahrnehmen und empfinden. Ziel dieser Studie ist es, herauszufinden, ob ein Rehabilitationsaufenthalt einen Einfluss auf Ihr **allgemeines Befinden** und **körperliches Erleben** haben kann.

Ihr Erfahrungsbericht ist für uns sehr wichtig!

Eine **Teilnahme** an unserer Untersuchung würde Ihnen nicht nur die Möglichkeit geben, interessante Einblicke in die heutige Forschung zu erlangen, sondern Sie würden durch Ihre Offenheit vor Allem zu einem tieferen Verständnis des Erlebens einer Krebserkrankung beitragen. Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse sollen langfristig in der Behandlung und Unterstützung von Betroffenen Anwendung finden!

Wenn auch Sie Interesse haben und **anonym Ihre Erfahrungen** mit dieser Erkrankung und deren Begleiterscheinungen schildern möchten, so bitten wir Sie, zunächst an unserer Informationsveranstaltung im Anschluss an den "**wöchentlichen Einführungsvortrag**" teilzunehmen (Fr 10-11Uhr), wo Sie die Gelegenheit für persönliche Nachfragen erhalten.

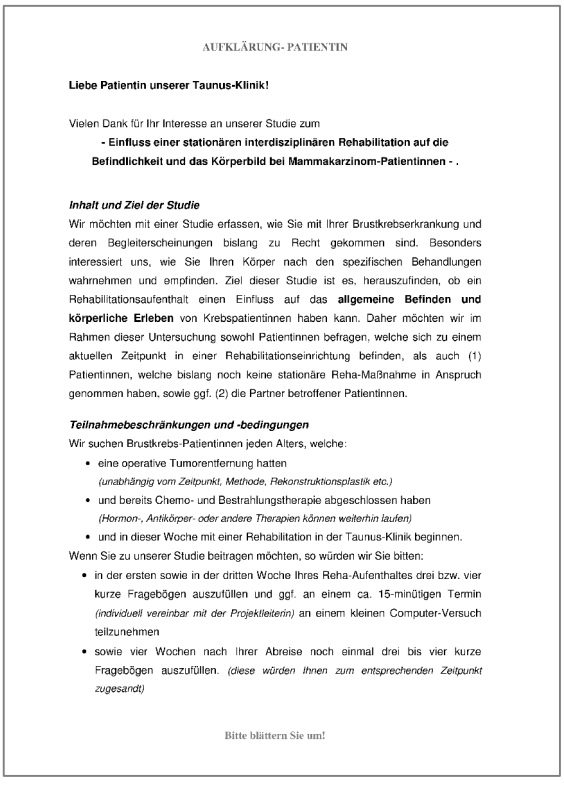
Wir würden uns sehr über Ihre Teilnahme freuen!

*Weitere Informationen immer auch direkt bei Frau Schöne im **Aufenthaltsraum XX** (XX; jeden Mo, Mi, Fr 9-16 Uhr), wo auch die Befragung/Untersuchung stattfinden wird.*

Wir wünschen Ihnen weiterhin alles Gute in unserer Klinik!

Bogen A-2

Information, Aufklärung und Einverständniserklärung für die Brustkrebs-Patientinnen. (Seite 1/5)



AUFKLÄRUNG- PATIENTIN

Liebe Patientin unserer Taunus-Klinik!

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie zum

- Einfluss einer stationären interdisziplinären Rehabilitation auf die Befindlichkeit und das Körperbild bei Mammakarzinom-Patientinnen - .

Inhalt und Ziel der Studie

Wir möchten mit einer Studie erfassen, wie Sie mit Ihrer Brustkrebserkrankung und deren Begleiterscheinungen bislang zu Recht gekommen sind. Besonders interessiert uns, wie Sie Ihren Körper nach den spezifischen Behandlungen wahrnehmen und empfinden. Ziel dieser Studie ist es, herauszufinden, ob ein Rehabilitationsaufenthalt einen Einfluss auf das **allgemeine Befinden und körperliche Erleben** von Krebspatientinnen haben kann. Daher möchten wir im Rahmen dieser Untersuchung sowohl Patientinnen befragen, welche sich zu einem aktuellen Zeitpunkt in einer Rehabilitationseinrichtung befinden, als auch (1) Patientinnen, welche bislang noch keine stationäre Reha-Maßnahme in Anspruch genommen haben, sowie ggf. (2) die Partner betroffener Patientinnen.

Teilnahmebeschränkungen und -bedingungen

Wir suchen Brustkrebs-Patientinnen jeden Alters, welche:

- eine operative Tumorentfernung hatten
  (unabhängig vom Zeitpunkt, Methode, Rekonstruktionsplastik etc.)
- und bereits Chemo- und Bestrahlungstherapie abgeschlossen haben
  (Hormon-, Antikörper- oder andere Therapien können weiterhin laufen)
- und in dieser Woche mit einer Rehabilitation in der Taunus-Klinik beginnen.

Wenn Sie zu unserer Studie beitragen möchten, so würden wir Sie bitten:

- in der ersten sowie in der dritten Woche Ihres Reha-Aufenthaltes drei bzw. vier kurze Fragebögen auszufüllen und ggf. an einem ca. 15-minütigen Termin *(individuell vereinbar mit der Projektleiterin)* an einem kleinen Computer-Versuch teilzunehmen
- sowie vier Wochen nach Ihrer Abreise noch einmal drei bis vier kurze Fragebögen auszufüllen. *(diese würden Ihnen zum entsprechenden Zeitpunkt zugesandt)*

Bitte blättern Sie um!

Fortsetzung Bogen A-2 (Seite 2/5)

AUFKLÄRUNG- PATIENTIN

Es wird sich hierbei um verschiedene Angaben hinsichtlich Ihrer Lebenssituation, Ihren bisherigen Behandlungen/Therapien, Ihrer Einstellung zu und Erfahrung mit Rehamaßnahmen, Ihrer allgemeinen Befindlichkeit und Ihrem Körperbild handeln.
Die Bearbeitung der Fragebögen würde insgesamt etwa 30 Minuten/Termin dauern.
Bei dem Computertest wäre es Ihre Aufgabe, die Silhouette einer weiblichen Figur so anzupassen, dass diese möglichst gut Ihrem eigenen Körperbild entspricht.
Im Falle einer Teilnahme würden wir Sie bitten, für die ersten beiden Erhebungen die entsprechenden Fragebögen auszufüllen sowie ggf. einen individuellen Termin für einen kurzen Computertest mit der Projektleiterin persönlich auszumachen. Zum letzten Erhebungszeitpunkt senden Sie bitte einfach die Ihnen auf dem Postweg übermittelten Fragebögen ausgefüllt an die Taunus-Klinik Bad Nauheim zurück. Nutzen Sie hierfür bitte den beiliegenden, bereits frankierten Rückumschlag. Sollten Sie dann nicht mehr an der Studie teilnehmen wollen, so senden Sie gerne dennoch die beiliegenden Bögen unausgefüllt und ohne Angabe von Gründen zurück.

Nutzen und Kosten einer Teilnahme

Eine Teilnahme an unserer Untersuchung würde Ihnen nicht nur die Möglichkeit geben interessante Einblicke in die heutige Forschung zu erlangen, sondern Sie würden durch Ihre Offenheit vor Allem zu einem tieferen Verständnis des Erlebens einer Krebserkrankung beitragen. Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse sollen langfristig in der Behandlung und Unterstützung von Betroffenen Anwendung finden!
Es ist uns daran gelegen, dass Ihnen keinerlei zusätzlicher organisatorischer oder finanzieller Aufwand entsteht. Die Kosten für Hin- und Rücksendung der Fragebögen werden selbstverständlich von den Initiatoren der Studie getragen. Eine Teilnahme birgt keine gesundheitlichen Risiken.

Datenschutz und Rechte

Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben absolut vertraulich behandelt und anonym ausgewertet werden. Ihre persönlichen Daten werden getrennt von den Fragebögen aufbewahrt, sodass eine Zuordnung nur über einen individuellen Code, d.h. nicht namentlich, möglich sein wird. Individuelle Angaben werden nur als Gruppenmittelwerte in die wissenschaftliche Auswertung eingehen. Personenbezogene Daten werden nach Abschluss der Erhebung unaufgefordert gelöscht.

Bitte blättern Sie um!

Fortsetzung Bogen A-2 (Seite 3/5)

AUFKLÄRUNG- PATIENTIN

Sie haben das Recht, die Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen abzubrechen und die Vernichtung bereits erhobener Daten zu verlangen. Es würde Ihnen hieraus keinerlei (Behandlungs-)Nachteil entstehen.

Wir würden uns sehr über Ihre Teilnahme freuen!

** Sollten Sie nicht an dieser Studie teilnehmen wollen, so geben Sie bitte die beiliegenden Bögen unausgefüllt und ohne Angabe von Gründen einfach bei der Projektleiterin ab oder hinterlegen diese. Vielen Dank!*

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:
Frau Prof. Dr. Dr. Petra Netter: Petra.Netter@XXX; Tel.: XXX
oder Frau Sandra Schöne: Sandra.Schoene@XXX Tel.: XXX

Bitte blättern Sie um!

AUFKLÄRUNG- PATIENTIN

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, unter den genannten Bedingungen an dieser wissenschaftlichen Studie teilzunehmen.
Ich wurde ausführlich und verständlich über die Studie mit Ihren organisatorischen und rechtlichen Bedingungen aufgeklärt.
Ein Exemplar der Patientinnen-Information und -Einwilligung habe ich erhalten. Ein weiteres Exemplar meiner Einwilligungserklärung werde ich der oben genannten Klinik zusammen mit den Fragebögen zukommen lassen.
Ich bin mir bewusst, dass nur eine ehrliche Beantwortung und eine zuverlässige Teilnahme an allen Erhebungen zu verwendbaren Studienergebnissen beitragen können.

_____
Vor- und Zuname

_____ _____
Ort, Datum *Unterschrift*

Meine Anschrift: *(für die Zusendung der Fragebögen zur letzten Erhebung)*
(Name) _____
(Straße, Hsnr.) _____
_____
(PLZ, Ort) _____

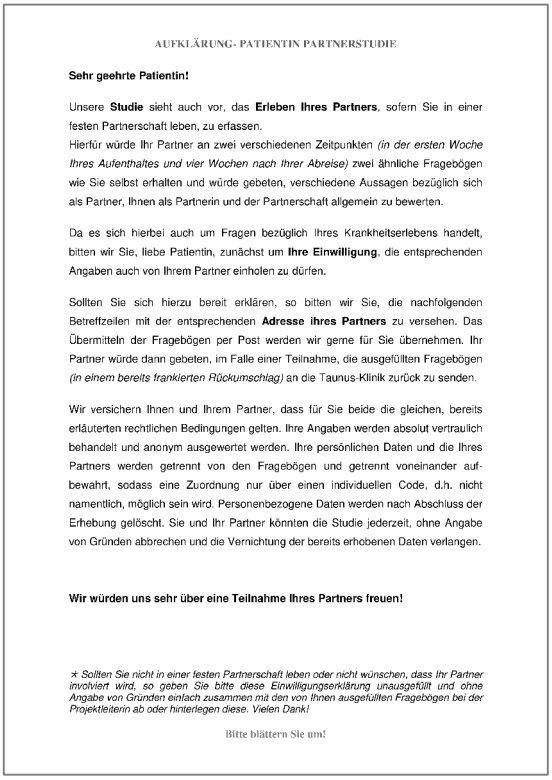
Fortsetzung Bogen A-2 (Seite 4/5)

[Auf Seite 5/5 *Einverständniserklärung „zur Vorlage bei der Prüfstelle“* für die Akte der *Taunus-Klinik* hier wg. Redundanz verzichtet (vgl. **A-2** S. 4/5).]

Bogen A-3

Informationsblatt für die Brustkrebs-Patientinnen zur Partner-Befragung. (Seite 1/3)

[Auf Seite 2/3 *Einverständniserklärung zur Teilnahme und Benachrichtigung des Partners* und 3/3 *„zur Vorlage bei der Prüfstelle“* hier wg. Redundanz verzichtet (siehe **A-2** S. 4/5).]



AUFKLÄRUNG- PATIENTIN PARTNERSTUDIE

Sehr geehrte Patientin!

Unsere **Studie** sieht auch vor, das **Erleben Ihres Partners**, sofern Sie in einer festen Partnerschaft leben, zu erfassen.
Hierfür würde Ihr Partner an zwei verschiedenen Zeitpunkten *(in der ersten Woche Ihres Aufenthaltes und vier Wochen nach Ihrer Abreise)* zwei ähnliche Fragebögen wie Sie selbst erhalten und würde gebeten, verschiedene Aussagen bezüglich sich als Partner, Ihnen als Partnerin und der Partnerschaft allgemein zu bewerten.

Da es sich hierbei auch um Fragen bezüglich Ihres Krankheitserlebens handelt, bitten wir Sie, liebe Patientin, zunächst um **Ihre Einwilligung**, die entsprechenden Angaben auch von Ihrem Partner einholen zu dürfen.

Sollten Sie sich hierzu bereit erklären, so bitten wir Sie, die nachfolgenden Betreffzeilen mit der entsprechenden **Adresse ihres Partners** zu versehen. Das Übermitteln der Fragebögen per Post werden wir gerne für Sie übernehmen. Ihr Partner würde dann gebeten, im Falle einer Teilnahme, die ausgefüllten Fragebögen *(in einem bereits frankierten Rückumschlag)* an die Taunus-Klinik zurück zu senden.

Wir versichern Ihnen und Ihrem Partner, dass für Sie beide die gleichen, bereits erläuterten rechtlichen Bedingungen gelten. Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt und anonym ausgewertet werden. Ihre persönlichen Daten und die Ihres Partners werden getrennt von den Fragebögen und getrennt voneinander aufbewahrt, sodass eine Zuordnung nur über einen individuellen Code, d.h. nicht namentlich, möglich sein wird. Personenbezogene Daten werden nach Abschluss der Erhebung gelöscht. Sie und Ihr Partner könnten die Studie jederzeit, ohne Angabe von Gründen abbrechen und die Vernichtung der bereits erhobenen Daten verlangen.

Wir würden uns sehr über eine Teilnahme Ihres Partners freuen!

** Sollten Sie nicht in einer festen Partnerschaft leben oder nicht wünschen, dass Ihr Partner involviert wird, so geben Sie bitte diese Einwilligungserklärung unausgefüllt und ohne Angabe von Gründen einfach zusammen mit den von Ihnen ausgefüllten Fragebögen bei der Projektleiterin ab oder hinterlegen diese. Vielen Dank!*

Bitte blättern Sie um!

Bogen A-4

Information, Aufklärung und Einverständniserklärung für die Partner. (Seite 1-2/4)

[Auf Seite 3/4 *Einverständniserklärung des Partners* und 4/4 *„zur Vorlage bei der Prüfstelle“* hier wg. Redundanz verzichtet (siehe **A-2** S. 4/5).]

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG -PARTNER

Sehr geehrter Partner unserer Patientin in der Taunus-Klinik!

Unter Absprache mit Ihrer Partnerin möchten wir Sie gerne informieren über unsere Studie zum

- **Einfluss einer stationären interdisziplinären Rehabilitation auf die Befindlichkeit und das Körperbild bei Mammakarzinom-Patientinnen -.**

Inhalt und Ziel der Studie

Wir möchten erfassen, wie Ihre Partnerin und Sie als Partner mit der Brustkrebserkrankung und deren Begleiterscheinungen bislang zu Recht gekommen sind. Besonders interessiert uns, wie Ihre Partnerin und Sie Ihre Partnerin nach den spezifischen Behandlungen wahrnehmen und wie Sie Ihre Partnerschaft empfinden. Ziel dieser Studie ist es, herauszufinden, ob ein Rehabilitationsaufenthalt einen Einfluss auf das allgemeine Befinden von Krebspatientinnen und das körperliche Erleben dieser und ihrer Partner haben kann. Wir möchten im Rahmen dieser Untersuchung Patientinnen befragen, welche sich zum aktuellen Zeitpunkt in einer Rehabilitationseinrichtung befinden, um auch diesen Einfluss zu erfassen.

Teilnahmebeschränkungen und -bedingungen

Die einzige Vorraussetzung, welche Sie für eine Teilnahme erfüllen müssten, ist die feste Partnerschaft (verheiratet oder unverheiratet) mit einer unserer teilnehmenden Brustkrebs-Patientinnen in der Taunus-Klinik Bad Nauheim.
Wenn Sie zu unserer Studie beitragen möchten, so würden wir Sie bitten:

- in der ersten Woche des Reha-Aufenthaltes Ihrer Partnerin zwei kurze Fragebögen auszufüllen
- und vier Wochen nach Ankunft Ihrer Partnerin Zuhause noch einmal zwei Fragebögen auszufüllen.

Es wird sich hierbei um verschiedene Angaben hinsichtlich des von Ihnen und Ihrer Partnerin wahrgenommenen Befindens, Körperbildes (Ihrer Partnerin) und der Partnerschaft handeln. Die Bearbeitung der Fragebögen würde insgesamt etwa 20 Minuten dauern. Im Falle einer Teilnahme würden wir Sie bitten, die ausgefüllten Fragebögen zusammen mit einem Exemplar Ihrer Einverständniserklärung an die Taunus-Klinik Bad Nauheim zurück zu senden.

Bitte blättern Sie um!

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG -PARTNER

Nutzen Sie hierfür bitte den beiliegenden, bereits frankierten Rückumschlag. Sollten Sie nicht an dieser Studie teilnehmen wollen, so senden Sie gerne dennoch die beiliegenden Bögen unausgefüllt und ohne Angabe von Gründen an die genannte Adresse zurück.

Nutzen und Kosten einer Teilnahme

Eine Teilnahme an unserer Untersuchung würde Ihnen nicht nur die Möglichkeit geben, interessante Einblicke in die heutige Forschung zu erlangen, sondern Sie würden durch Ihre Offenheit vor Allem zu einem tieferen Verständnis des Erlebens einer Krebserkrankung beitragen. Die hierbei gewonnenen Erkenntnisse sollen langfristig in der Behandlung und Unterstützung von Betroffenen Anwendung finden!
Es ist uns daran gelegen, dass Ihnen keinerlei zusätzlicher organisatorischer oder finanzieller Aufwand entsteht. Die Kosten für Hin- und Rücksendung der Fragebögen werden selbstverständlich von den Initiatoren der Studie getragen. Eine Teilnahme birgt keine gesundheitlichen Risiken.

Datenschutz und Rechte

Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben absolut vertraulich behandelt und anonym ausgewertet werden. Ihre persönlichen Daten und die Ihrer Partnerin werden getrennt von den Fragebögen und getrennt voneinander aufbewahrt, sodass eine Zuordnung nur über einen individuellen Code, d.h. nicht namentlich, möglich sein wird. Individuelle Angaben werden nur als Gruppenmittelwerte in die wissenschaftliche Auswertung eingehen. Personenbezogene Daten werden nach Abschluss der Erhebung unaufgefordert gelöscht.
Sie haben das Recht, die Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen abzubrechen und die Vernichtung bereits erhobener Daten zu verlangen. Es würde Ihnen oder Ihrer Partnerin hieraus keinerlei (Behandlungs-)Nachteil entstehen.

Wir würden uns sehr über Ihre Teilnahme freuen!

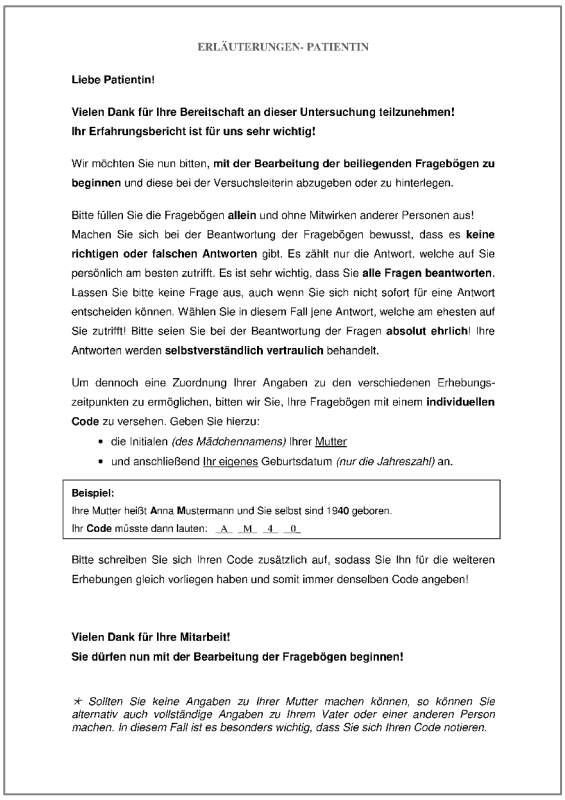
Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:
Frau Prof. Dr. Dr. Petra Netter: Petra.Netter@XXX ; Tel.: XXX
oder Frau Sandra Schöne: Sandra.Schoene@XXX; Tel.: XXX

Bitte blättern Sie um!

Anhang B: Instruktionen und Materialien

Bogen B-1a

Allgemeine Erläuterungen zur Bearbeitung der Fragebögen für die Brustkrebs-Patientinnen zu Reha-Beginn (t1), nach drei-wöchiger stationärer Reha (t2) und vier Wochen nach Reha-Abschluss (t3). (Seite 1/1)



ERLÄUTERUNGEN- PATIENTIN

Liebe Patientin!

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an dieser Untersuchung teilzunehmen!
Ihr Erfahrungsbericht ist für uns sehr wichtig!

Wir möchten Sie nun bitten, **mit der Bearbeitung der beiliegenden Fragebögen zu beginnen** und diese bei der Versuchsleiterin abzugeben oder zu hinterlegen.

Bitte füllen Sie die Fragebögen **allein** und ohne Mitwirken anderer Personen aus! Machen Sie sich bei der Beantwortung der Fragebögen bewusst, dass es **keine richtigen oder falschen Antworten** gibt. Es zählt nur die Antwort, welche auf Sie persönlich am besten zutrifft. Es ist sehr wichtig, dass Sie **alle Fragen beantworten**. Lassen Sie bitte keine Frage aus, auch wenn Sie sich nicht sofort für eine Antwort entscheiden können. Wählen Sie in diesem Fall jene Antwort, welche am ehesten auf Sie zutrifft! Bitte seien Sie bei der Beantwortung der Fragen **absolut ehrlich**! Ihre Antworten werden **selbstverständlich vertraulich** behandelt.

Um dennoch eine Zuordnung Ihrer Angaben zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten zu ermöglichen, bitten wir Sie, Ihre Fragebögen mit einem **individuellen Code** zu versehen. Geben Sie hierzu:

- die Initialen *(des Mädchennamens)* Ihrer Mutter
- und anschließend Ihr eigenes Geburtsdatum *(nur die Jahreszahl)* an.

Beispiel:
Ihre Mutter heißt **A**nna **M**ustermann und Sie selbst sind 19**4**0 geboren.
Ihr **Code** müsste dann lauten: A M 4 0

Bitte schreiben Sie sich Ihren Code zusätzlich auf, sodass Sie Ihn für die weiteren Erhebungen gleich vorliegen haben und somit immer denselben Code angeben!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
Sie dürfen nun mit der Bearbeitung der Fragebögen beginnen!

** Sollten Sie keine Angaben zu Ihrer Mutter machen können, so können Sie alternativ auch vollständige Angaben zu Ihrem Vater oder einer anderen Person machen. In diesem Fall ist es besonders wichtig, dass Sie sich Ihren Code notieren.*

ERLÄUTERUNGEN- PARTNER

Sehr geehrter Partner unserer Patientin in der Taunus-Klinik!

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an dieser Untersuchung teilzunehmen!
Ihr Erfahrungsbericht ist für uns sehr wichtig!

Wir möchten Sie nun bitten, **mit der Bearbeitung der beiliegenden Fragebögen zu beginnen** und diese in dem beigefügten, frankierten Rückumschlag an die Taunus-Klinik Bad Nauheim zurück zu senden.

Bitte füllen Sie die Fragebögen **allein** und ohne Mitwirken anderer Personen aus! Bitte arbeiten Sie bei der Beantwortung der Bögen nicht mit Ihrer Partnerin zusammen, denn hierbei sind Ihre ganz persönlichen Erfahrungen wichtig!

Machen Sie sich bei der Beantwortung der Fragebögen bewusst, dass es **keine richtigen oder falschen Antworten** gibt. Es zählt nur die Antwort, welche auf Sie persönlich am besten zutrifft.
Es ist sehr wichtig, dass Sie **alle Fragen beantworten**. Lassen Sie bitte keine Frage aus, auch wenn Sie sich nicht sofort für eine Antwort entscheiden können. Wählen Sie in diesem Fall jene Antwort, welche am ehesten auf Sie zutrifft!

Bitte seien Sie bei der Beantwortung der Fragen **absolut ehrlich**! Ihre Antworten werden **selbstverständlich anonym** ausgewertet.

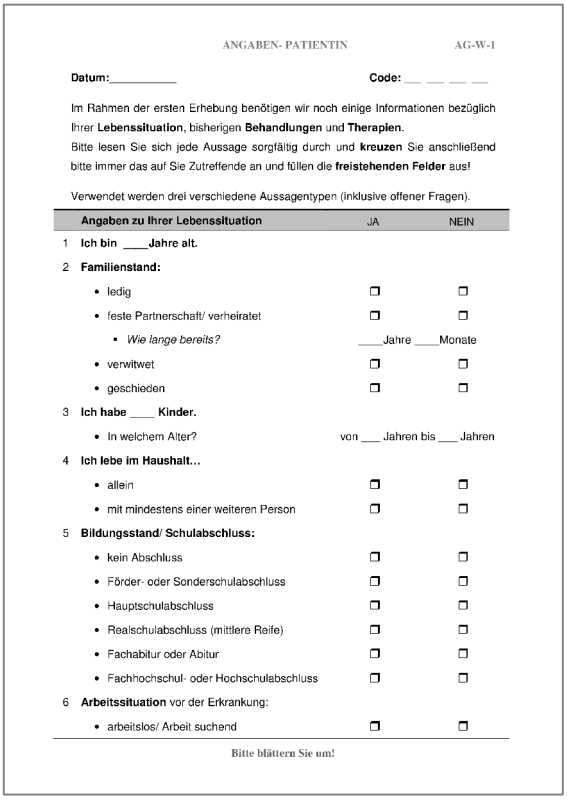
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
Sie dürfen nun mit der Bearbeitung der Fragebögen beginnen!

Bogen B-1b

Allgemeine Erläuterungen zur Bearbeitung der Fragebögen für die Partner zu Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss der stationären Reha der Brustkrebs-Patientinnen (t3). (Seite 1/1)

Bogen B-2

Fragebogen zur Person, Krebserkrankung und Rehabilitation für die Brustkrebs-Patientinnen zu Reha-Beginn (t1). (Seite 1-4/5)



ANGABEN- PATIENTIN AG-W-1

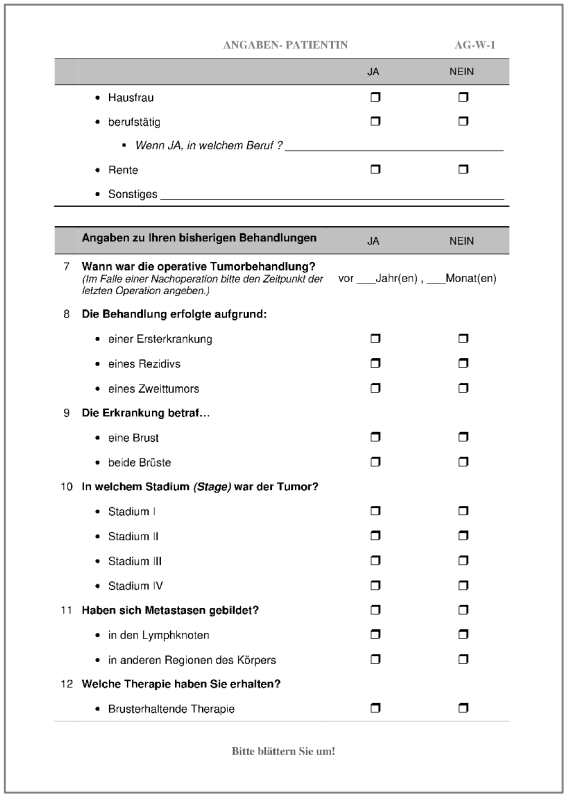
Datum:_____ **Code:** ___ ___ ___ ___

Im Rahmen der ersten Erhebung benötigen wir noch einige Informationen bezüglich Ihrer **Lebenssituation**, bisherigen **Behandlungen** und **Therapien**.
Bitte lesen Sie sich jede Aussage sorgfältig durch und **kreuzen** Sie anschließend bitte immer das auf Sie Zutreffende an und füllen die **freistehenden Felder** aus!

Verwendet werden drei verschiedene Aussagentypen (inklusive offener Fragen).

	Angaben zu Ihrer Lebenssituation	JA	NEIN
1	**Ich bin ____Jahre alt.**		
2	**Familienstand:**		
	• ledig	❒	❒
	• feste Partnerschaft/ verheiratet	❒	❒
	▪ *Wie lange bereits?*	____Jahre ____Monate	
	• verwitwet	❒	❒
	• geschieden	❒	❒
3	**Ich habe ____ Kinder.**		
	• In welchem Alter?	von ___ Jahren bis ___ Jahren	
4	**Ich lebe im Haushalt…**		
	• allein	❒	❒
	• mit mindestens einer weiteren Person	❒	❒
5	**Bildungsstand/ Schulabschluss:**		
	• kein Abschluss	❒	❒
	• Förder- oder Sonderschulabschluss	❒	❒
	• Hauptschulabschluss	❒	❒
	• Realschulabschluss (mittlere Reife)	❒	❒
	• Fachabitur oder Abitur	❒	❒
	• Fachhochschul- oder Hochschulabschluss	❒	❒
6	**Arbeitssituation** vor der Erkrankung:		
	• arbeitslos/ Arbeit suchend	❒	❒

Bitte blättern Sie um!

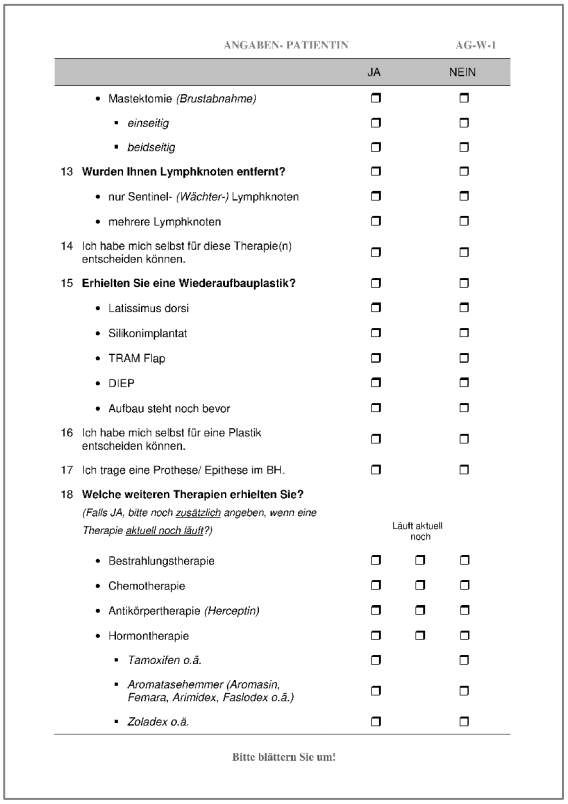


ANGABEN- PATIENTIN AG-W-1

	JA	NEIN
• Hausfrau	❒	❒
• berufstätig	❒	❒
▪ *Wenn JA, in welchem Beruf ?* _____		
• Rente	❒	❒
• Sonstiges _____		

	Angaben zu Ihren bisherigen Behandlungen	JA	NEIN
7	**Wann war die operative Tumorbehandlung?** *(Im Falle einer Nachoperation bitte den Zeitpunkt der letzten Operation angeben.)*	vor ___Jahr(en) , ___Monat(en)	
8	**Die Behandlung erfolgte aufgrund:**		
	• einer Ersterkrankung	❒	❒
	• eines Rezidivs	❒	❒
	• eines Zweittumors	❒	❒
9	**Die Erkrankung betraf…**		
	• eine Brust	❒	❒
	• beide Brüste	❒	❒
10	**In welchem Stadium *(Stage)* war der Tumor?**		
	• Stadium I	❒	❒
	• Stadium II	❒	❒
	• Stadium III	❒	❒
	• Stadium IV	❒	❒
11	**Haben sich Metastasen gebildet?**	❒	❒
	• in den Lymphknoten	❒	❒
	• in anderen Regionen des Körpers	❒	❒
12	**Welche Therapie haben Sie erhalten?**		
	• Brusterhaltende Therapie	❒	❒

Bitte blättern Sie um!

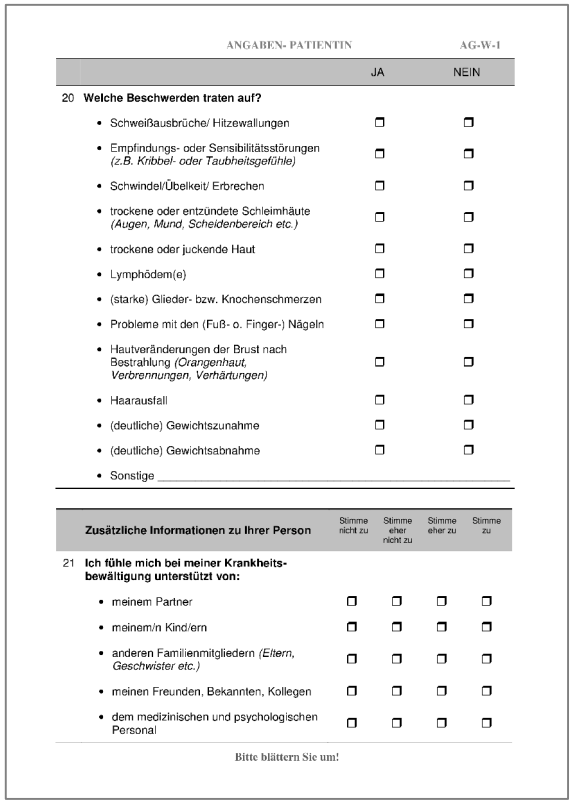


ANGABEN- PATIENTIN AG-W-1

	JA	NEIN
• Mastektomie *(Brustabnahme)*	❒	❒
▪ *einseitig*	❒	❒
▪ *beidseitig*	❒	❒
13 **Wurden Ihnen Lymphknoten entfernt?**	❒	❒
• nur Sentinel- *(Wächter-)* Lymphknoten	❒	❒
• mehrere Lymphknoten	❒	❒
14 Ich habe mich selbst für diese Therapie(n) entscheiden können.	❒	❒
15 **Erhielten Sie eine Wiederaufbauplastik?**	❒	❒
• Latissimus dorsi	❒	❒
• Silikonimplantat	❒	❒
• TRAM Flap	❒	❒
• DIEP	❒	❒
• Aufbau steht noch bevor	❒	❒
16 Ich habe mich selbst für eine Plastik entscheiden können.	❒	❒
17 Ich trage eine Prothese/ Epithese im BH.	❒	❒

18 **Welche weiteren Therapien erhielten Sie?** *(Falls JA, bitte noch zusätzlich angeben, wenn eine Therapie aktuell noch läuft?)*	JA	Läuft aktuell noch	NEIN
• Bestrahlungstherapie	❒	❒	❒
• Chemotherapie	❒	❒	❒
• Antikörpertherapie *(Herceptin)*	❒	❒	❒
• Hormontherapie	❒	❒	❒
▪ *Tamoxifen o.ä.*	❒		❒
▪ *Aromatasehemmer (Aromasin, Femara, Arimidex, Faslodex o.ä.)*	❒		❒
▪ *Zoladex o.ä.*	❒		❒

Bitte blättern Sie um!



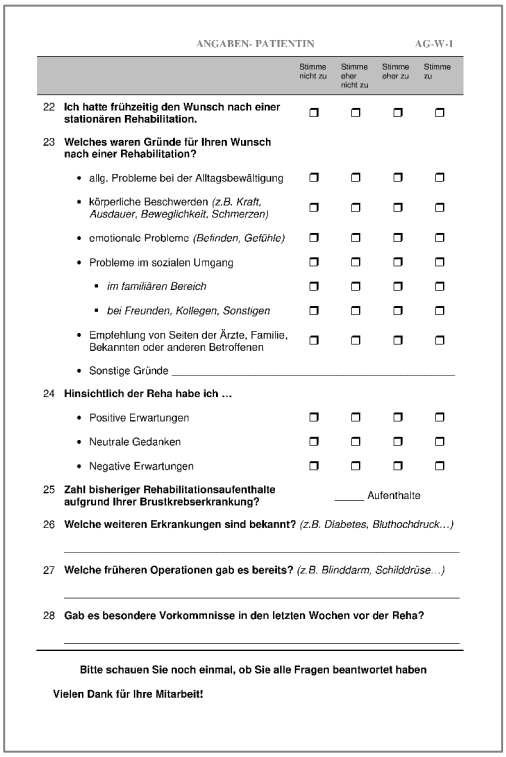
ANGABEN- PATIENTIN AG-W-1

	JA	NEIN
20 **Welche Beschwerden traten auf?**		
• Schweißausbrüche/ Hitzewallungen	❒	❒
• Empfindungs- oder Sensibilitätsstörungen *(z.B. Kribbel- oder Taubheitsgefühle)*	❒	❒
• Schwindel/Übelkeit/ Erbrechen	❒	❒
• trockene oder entzündete Schleimhäute *(Augen, Mund, Scheidenbereich etc.)*	❒	❒
• trockene oder juckende Haut	❒	❒
• Lymphödem(e)	❒	❒
• (starke) Glieder- bzw. Knochenschmerzen	❒	❒
• Probleme mit den (Fuß- o. Finger-) Nägeln	❒	❒
• Hautveränderungen der Brust nach Bestrahlung *(Orangenhaut, Verbrennungen, Verhärtungen)*	❒	❒
• Haarausfall	❒	❒
• (deutliche) Gewichtszunahme	❒	❒
• (deutliche) Gewichtsabnahme	❒	❒
• Sonstige _____		

	Zusätzliche Informationen zu Ihrer Person	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
21	**Ich fühle mich bei meiner Krankheits-bewältigung unterstützt von:**				
	• meinem Partner	❒	❒	❒	❒
	• meinem/n Kind/ern	❒	❒	❒	❒
	• anderen Familienmitgliedern *(Eltern, Geschwister etc.)*	❒	❒	❒	❒
	• meinen Freunden, Bekannten, Kollegen	❒	❒	❒	❒
	• dem medizinischen und psychologischen Personal	❒	❒	❒	❒

Bitte blättern Sie um!

Fortsetzung Bogen B-2 (Seite 5/5)



ANGABEN- PATIENTIN AG-W-1

		Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
22	**Ich hatte frühzeitig den Wunsch nach einer stationären Rehabilitation.**	❒	❒	❒	❒
23	**Welches waren Gründe für Ihren Wunsch nach einer Rehabilitation?**				
	• allg. Probleme bei der Alltagsbewältigung	❒	❒	❒	❒
	• körperliche Beschwerden *(z.B. Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit, Schmerzen)*	❒	❒	❒	❒
	• emotionale Probleme *(Befinden, Gefühle)*	❒	❒	❒	❒
	• Probleme im sozialen Umgang	❒	❒	❒	❒
	▪ *im familiären Bereich*	❒	❒	❒	❒
	▪ *bei Freunden, Kollegen, Sonstigen*	❒	❒	❒	❒
	• Empfehlung von Seiten der Ärzte, Familie, Bekannten oder anderen Betroffenen	❒	❒	❒	❒
	• Sonstige Gründe _____				
24	**Hinsichtlich der Reha habe ich …**				
	• Positive Erwartungen	❒	❒	❒	❒
	• Neutrale Gedanken	❒	❒	❒	❒
	• Negative Erwartungen	❒	❒	❒	❒
25	**Zahl bisheriger Rehabilitationsaufenthalte aufgrund Ihrer Brustkrebserkrankung?**	_____ Aufenthalte			
26	**Welche weiteren Erkrankungen sind bekannt?** *(z.B. Diabetes, Bluthochdruck…)*				
27	**Welche früheren Operationen gab es bereits?** *(z.B. Blinddarm, Schilddrüse…)*				
28	**Gab es besondere Vorkommnisse in den letzten Wochen vor der Reha?**				

Bitte schauen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben

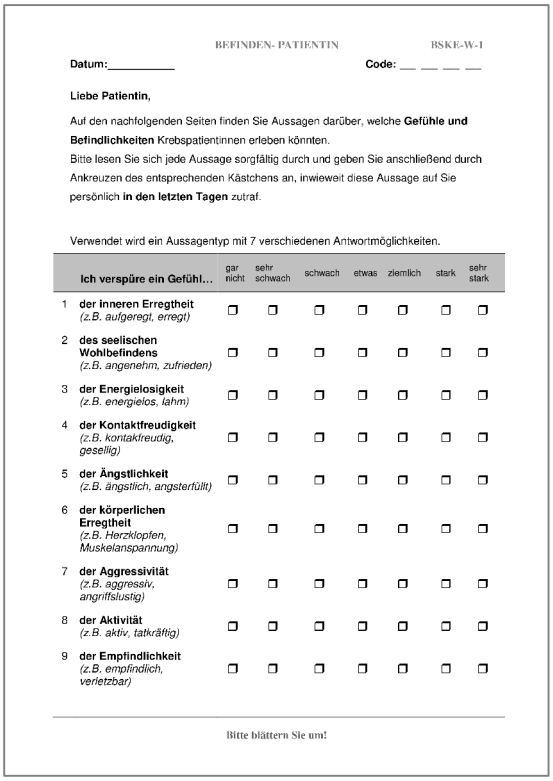
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

[Auf *Fragebögen zur Person, Krebserkrankung und Rehabilitation* für die Brustkrebs-Patientinnen nach dreiwöchiger Reha (**t2**) und vier Wochen nach Reha-Abschluss (**t3**) hier verzichtet - ergänzend wurden Aussagen zu folgenden Fragestellungen eingeholt:]

- Gesamtanzahl verbrachter Wochen in stationärer Rehabilitation (t2)
- Gesamteindruck hinsichtlich stationärer Rehabilitation (t2)
- Wunsch nach erneuter stationärer Rehabilitation (t2, t3)
- Weiterempfehlung einer stationären Rehabilitation (t2)
- Verbesserungen durch stationäre Rehabilitation hinsichtlich körperlicher Beschwerden, emotionaler Probleme, Probleme im sozialen Umgang, Therapie bedingter Nebenwirkungen, Sonstige Besserungen (t2, t3)
- Anhaltend positive Effekte einer stationären Rehabilitation (t3)
- Kontakt mit anderen Betroffenen hilfreich bei der Krankheitsbewältigung (t2)
- Zuversicht hinsichtlich bevorstehender Alltagsbewältigung (t2), Einschätzung tatsächlicher Bewältigung (t3)
- Kontakt zu Partner, Kind/er, anderen Familienmitgliedern, Freunden, Bekannten, Kollegen (t2, t3)
- Berufstätigkeit nach stationärer Rehabilitation (t3)
- Besondere Vorkommnisse in den letzten Wochen (t2, t3)
- Weitere Anmerkungen (t2, t3)

Bogen B-3

Befindlichkeitsskalierung anhand von Kategorien und Eigenschaftswörtern (BSKE) sowie Distress-Thermometer (DT) für das Selbstbild (A) der Brustkrebs-Patientinnen zu Reha-Beginn (t1). (Seite 1-2/3)



BEFINDEN- PATIENTIN BSKE-W-1

Datum:_____ **Code:** __ __ __ __

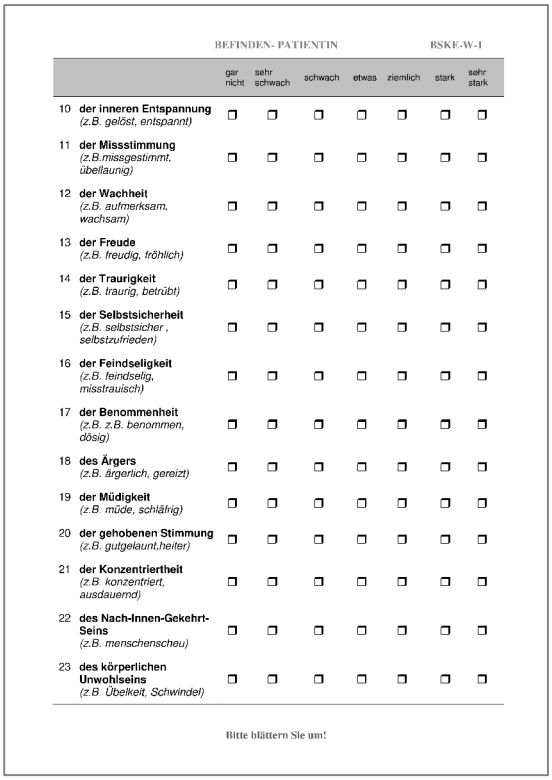
Liebe Patientin,

Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie Aussagen darüber, welche **Gefühle und Befindlichkeiten** Krebspatientinnen erleben könnten.
Bitte lesen Sie sich jede Aussage sorgfältig durch und geben Sie anschließend durch Ankreuzen des entsprechenden Kästchens an, inwieweit diese Aussage auf Sie persönlich **in den letzten Tagen** zutraf.

Verwendet wird ein Aussagentyp mit 7 verschiedenen Antwortmöglichkeiten.

	Ich verspüre ein Gefühl…	gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark
1	**der inneren Erregtheit** *(z.B. aufgeregt, erregt)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
2	**des seelischen Wohlbefindens** *(z.B. angenehm, zufrieden)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
3	**der Energielosigkeit** *(z.B. energielos, lahm)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
4	**der Kontaktfreudigkeit** *(z.B. kontaktfreudig, gesellig)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
5	**der Ängstlichkeit** *(z.B. ängstlich, angsterfüllt)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
6	**der körperlichen Erregtheit** *(z.B. Herzklopfen, Muskelanspannung)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
7	**der Aggressivität** *(z.B. aggressiv, angriffslustig)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
8	**der Aktivität** *(z.B. aktiv, tatkräftig)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
9	**der Empfindlichkeit** *(z.B. empfindlich, verletzbar)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒

Bitte blättern Sie um!

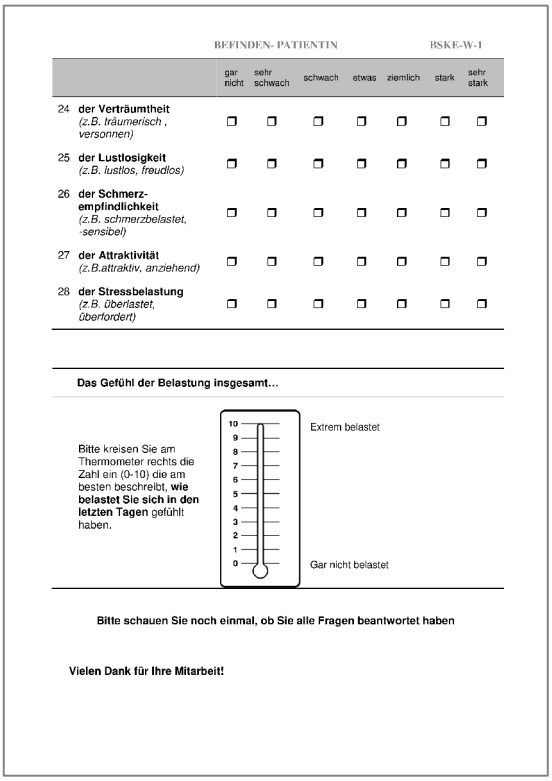


BEFINDEN- PATIENTIN BSKE-W-1

		gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark
10	**der inneren Entspannung** *(z.B. gelöst, entspannt)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
11	**der Missstimmung** *(z.B.missgestimmt, übellaunig)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
12	**der Wachheit** *(z.B. aufmerksam, wachsam)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
13	**der Freude** *(z.B. freudig, fröhlich)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
14	**der Traurigkeit** *(z.B. traurig, betrübt)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
15	**der Selbstsicherheit** *(z.B. selbstsicher , selbstzufrieden)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
16	**der Feindseligkeit** *(z.B. feindselig, misstrauisch)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
17	**der Benommenheit** *(z.B. z.B. benommen, dösig)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
18	**des Ärgers** *(z.B. ärgerlich, gereizt)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
19	**der Müdigkeit** *(z.B. müde, schläfrig)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
20	**der gehobenen Stimmung** *(z.B. gutgelaunt,heiter)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
21	**der Konzentriertheit** *(z.B. konzentriert, ausdauernd)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
22	**des Nach-Innen-Gekehrt-Seins** *(z.B. menschenscheu)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
23	**des körperlichen Unwohlseins** *(z.B. Übelkeit, Schwindel)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒

Bitte blättern Sie um!

Fortsetzung Bogen B-3 (Seite 3/3)



BEFINDEN- PATIENTIN BSKE-W-1

		gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark
24	**der Verträumtheit** *(z.B. träumerisch , versonnen)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
25	**der Lustlosigkeit** *(z.B. lustlos, freudlos)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
26	**der Schmerz-empfindlichkeit** *(z.B. schmerzbelastet, -sensibel)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
27	**der Attraktivität** *(z.B.attraktiv, anziehend)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
28	**der Stressbelastung** *(z.B. überlastet, überfordert)*	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒

Das Gefühl der Belastung insgesamt…

Bitte kreisen Sie am Thermometer rechts die Zahl ein (0-10) die am besten beschreibt, **wie belastet Sie sich in den letzten Tagen** gefühlt haben.

10 – Extrem belastet
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0 – Gar nicht belastet

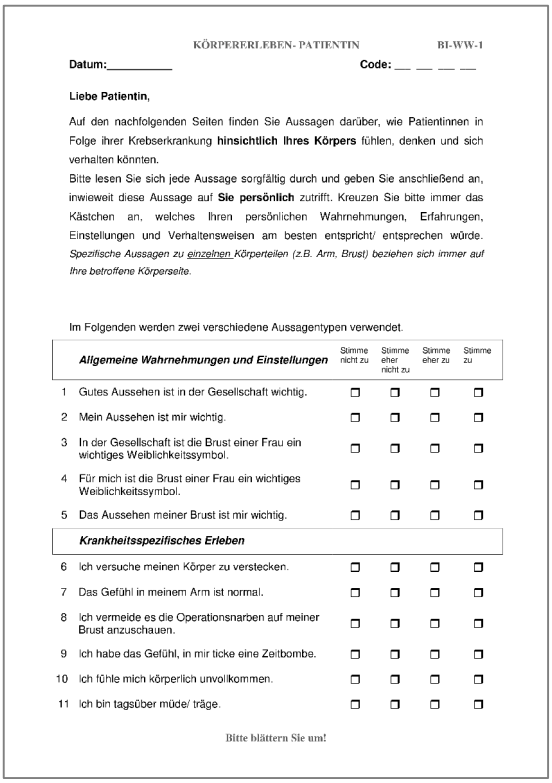
Bitte schauen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

[Auf *BSKE* und *DT* für das Selbstbild (**A**) der Patientinnen nach drei-wöchiger Reha (**t2**) und vier Wochen nach Reha-Abschluss (**t3**) sowie für das durch die Partner antizipierte Selbstbild (**B**) zu Beginn (**t1**) und vier Wochen nach Reha-Abschluss (**t3**) hier verzichtet, da bis auf Messzeitpunkte und modifizierte Instruktionen redundant. Items als *"ICH über MICH"* ("...auf **Sie persönlich** zutrifft.") und *"SIE über SICH"* ("...auf **Ihre Partnerin** zutrifft [...] **aus der Sicht Ihrer Partnerin** zu antworten [...] der **Antwort Ihrer Partnerin** am besten entsprechen...") formuliert.]

Bogen B-4

Body Image After Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ) für das Selbstbild (A) der Brustkrebs-Patientinnen zu Reha-Beginn (t1). (Seite 1-2/4)



KÖRPERERLEBEN- PATIENTIN BI-WW-1

Datum:_____ **Code:** __ __ __ __

Liebe Patientin,

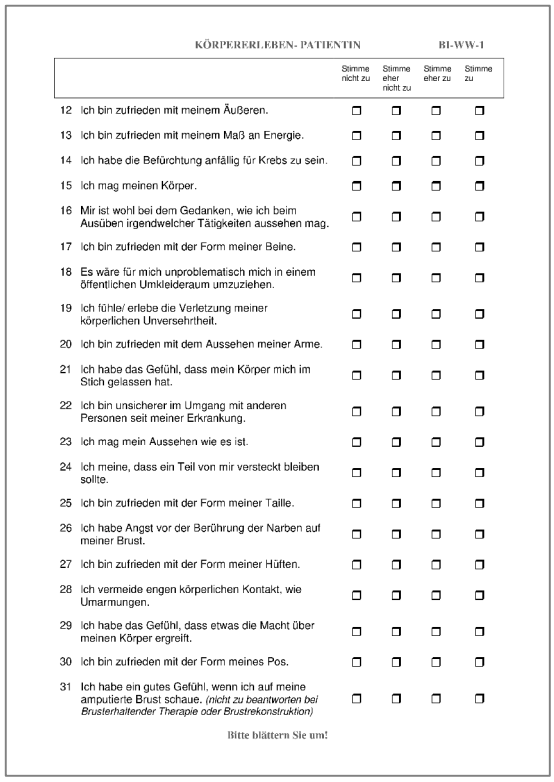
Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie Aussagen darüber, wie Patientinnen in Folge ihrer Krebserkrankung **hinsichtlich Ihres Körpers** fühlen, denken und sich verhalten könnten.

Bitte lesen Sie sich jede Aussage sorgfältig durch und geben Sie anschließend an, inwieweit diese Aussage auf **Sie persönlich** zutrifft. Kreuzen Sie bitte immer das Kästchen an, welches Ihren persönlichen Wahrnehmungen, Erfahrungen, Einstellungen und Verhaltensweisen am besten entspricht/ entsprechen würde. *Spezifische Aussagen zu einzelnen Körperteilen (z.B. Arm, Brust) beziehen sich immer auf Ihre betroffene Körperseite.*

Im Folgenden werden zwei verschiedene Aussagentypen verwendet.

	Allgemeine Wahrnehmungen und Einstellungen	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
1	Gutes Aussehen ist in der Gesellschaft wichtig.	❒	❒	❒	❒
2	Mein Aussehen ist mir wichtig.	❒	❒	❒	❒
3	In der Gesellschaft ist die Brust einer Frau ein wichtiges Weiblichkeitssymbol.	❒	❒	❒	❒
4	Für mich ist die Brust einer Frau ein wichtiges Weiblichkeitssymbol.	❒	❒	❒	❒
5	Das Aussehen meiner Brust ist mir wichtig.	❒	❒	❒	❒
	Krankheitsspezifisches Erleben				
6	Ich versuche meinen Körper zu verstecken.	❒	❒	❒	❒
7	Das Gefühl in meinem Arm ist normal.	❒	❒	❒	❒
8	Ich vermeide es die Operationsnarben auf meiner Brust anzuschauen.	❒	❒	❒	❒
9	Ich habe das Gefühl, in mir tickt eine Zeitbombe.	❒	❒	❒	❒
10	Ich fühle mich körperlich unvollkommen.	❒	❒	❒	❒
11	Ich bin tagsüber müde/ träge.	❒	❒	❒	❒

Bitte blättern Sie um!



KÖRPERERLEBEN- PATIENTIN BI-WW-1

		Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
12	Ich bin zufrieden mit meinem Äußeren.	❒	❒	❒	❒
13	Ich bin zufrieden mit meinem Maß an Energie.	❒	❒	❒	❒
14	Ich habe die Befürchtung anfällig für Krebs zu sein.	❒	❒	❒	❒
15	Ich mag meinen Körper.	❒	❒	❒	❒
16	Mir ist wohl bei dem Gedanken, wie ich beim Ausüben irgendwelcher Tätigkeiten aussehen mag.	❒	❒	❒	❒
17	Ich bin zufrieden mit der Form meiner Beine.	❒	❒	❒	❒
18	Es wäre für mich unproblematisch mich in einem öffentlichen Umkleideraum umzuziehen.	❒	❒	❒	❒
19	Ich fühle/ erlebe die Verletzung meiner körperlichen Unversehrtheit.	❒	❒	❒	❒
20	Ich bin zufrieden mit dem Aussehen meiner Arme.	❒	❒	❒	❒
21	Ich habe das Gefühl, dass mein Körper mich im Stich gelassen hat.	❒	❒	❒	❒
22	Ich bin unsicherer im Umgang mit anderen Personen seit meiner Erkrankung.	❒	❒	❒	❒
23	Ich mag mein Aussehen wie es ist.	❒	❒	❒	❒
24	Ich meine, dass ein Teil von mir versteckt bleiben sollte.	❒	❒	❒	❒
25	Ich bin zufrieden mit der Form meiner Taille.	❒	❒	❒	❒
26	Ich habe Angst vor der Berührung der Narben auf meiner Brust.	❒	❒	❒	❒
27	Ich bin zufrieden mit der Form meiner Hüften.	❒	❒	❒	❒
28	Ich vermeide engen körperlichen Kontakt, wie Umarmungen.	❒	❒	❒	❒
29	Ich habe das Gefühl, dass etwas die Macht über meinen Körper ergreift.	❒	❒	❒	❒
30	Ich bin zufrieden mit der Form meines Pos.	❒	❒	❒	❒
31	Ich habe ein gutes Gefühl, wenn ich auf meine amputierte Brust schaue. *(nicht zu beantworten bei Brusterhaltender Therapie oder Brustrekonstruktion)*	❒	❒	❒	❒

Bitte blättern Sie um!

Fortsetzung Bogen B-4 (Seite 3/4)

KÖRPERERLEBEN- PATIENTIN BI-WW-1

		Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
32	Ich bin zufrieden mit der Positionierung meiner Brustwarze. *(nicht zu beantworten bei Mastektomie ohne Brustrekonstruktion)*	❒	❒	❒	❒
33	Ich bin zufrieden mit der Größe meiner Brust.	❒	❒	❒	❒
34	Ich fühle mich gut, wenn andere Personen meine Brust ansehen.	❒	❒	❒	❒
35	Ich fühle mich sexuell attraktiv, wenn ich nackt bin.	❒	❒	❒	❒
36	Das Aussehen meiner Brust könnte andere Personen stören.	❒	❒	❒	❒
37	Ich mag mein Gesicht.	❒	❒	❒	❒
38	Ich unternehme seit meiner Erkrankung weniger mit anderen Personen.	❒	❒	❒	❒
39	Bei sexueller Intimität würde ich meine Brust verstecken.	❒	❒	❒	❒
40	**Alles in allem…**war ich vor meiner Erkrankung zufriedener mit meinem Körper als heute.	❒	❒	❒	❒
41	**Alles in allem…**bin ich seit meiner Erkrankung unzufriedener mit dem Aussehen meiner Brust.	❒	❒	❒	❒
42	**Alles in allem…**fühle ich mich weniger weiblich seit meiner Krebserkrankung.	❒	❒	❒	❒

		fast nie	selten	manch-mal	fast immer
43	Ich habe das Gefühl, dass andere Personen auf meine Brust schauen.	❒	❒	❒	❒
44	Ich vermeide körperliche Intimität.	❒	❒	❒	❒
45	Andere Personen mussten meine Aufgaben und Pflichten übernehmen.	❒	❒	❒	❒
46	Ich habe das Gefühl, dass andere mich anstarren.	❒	❒	❒	❒
47	Beim Umkleiden verberge ich meinen Körper.	❒	❒	❒	❒
48	Andere Menschen reagieren mir gegenüber verständnislos/ rücksichtslos.	❒	❒	❒	❒

Bitte blättern Sie um!

Fortsetzung Bogen B-4 (Seite 4/4)

KÖRPERERLEBEN- PATIENTIN BI-WW-1

		fast nie	selten	manch-mal	fast immer
49	Ich habe Angst vor einem Fortschreiten oder Neuauftreten der Erkrankung.	❒	❒	❒	❒
50	Ich benötige Zuspruch und Bestätigung hinsichtlich des Aussehens meiner Brust.	❒	❒	❒	❒
51	Ich denke über Brustkrebs nach.	❒	❒	❒	❒
52	Erschöpfung beeinträchtigt mein Leben.	❒	❒	❒	❒
53	Ich leide unter dem Anschwellen meines Armes.	❒	❒	❒	❒
54	Ich finde keine Kleidung, in welcher ich mich gerne in der Öffentlichkeit zeigen würde.	❒	❒	❒	❒
55	Ich mache mir Gedanken über meinen Körper.	❒	❒	❒	❒
56	Ich ärgere mich über meinen Körper.	❒	❒	❒	❒
57	Ich benötige Zuspruch und Beruhigung hinsichtlich meines Gesundheitszustandes.	❒	❒	❒	❒
58	Ich kann an normalen Aktivitäten teilnehmen.	❒	❒	❒	❒
59	Ich habe Probleme mich zu konzentrieren.	❒	❒	❒	❒
60	Mein Körper hindert mich daran Dinge zu tun, die ich gerne tun würde.	❒	❒	❒	❒
61	Ich glaube, dass meine Brust für andere Personen ungleichmäßig aussieht.	❒	❒	❒	❒
62	Ich leide unter Schmerzen in meinem Arm.	❒	❒	❒	❒
63	Ich fühle mich normal.	❒	❒	❒	❒
64	Ich bin beunruhigt bei geringen Schmerzen/ Leiden/Beschwerden.	❒	❒	❒	❒
65	Ich glaube, andere sagen, meine Brust sei nicht normal.	❒	❒	❒	❒
66	Ich sorge mich wegen meiner Prothese/ Epithese. *(nicht zu beantworten bei Brusterhaltender Therapie oder Mastektomie mit Brustrekonstruktion)*	❒	❒	❒	❒
67	Ich denke über meine Brust nach.	❒	❒	❒	❒
68	Bei Berührung meiner Brust fühle ich Schmerzen.	❒	❒	❒	❒

Bitte blättern Sie um!

[Auf *BIBCQ* für das Selbstbild der Patientinnen (**A**) nach drei-wöchiger Reha (**t2**) und vier Wochen nach Reha-Abschluss (**t3**) sowie für das durch die Partner antizipierte Selbst- (**B**), das durch die Patientinnen antizipierte Fremd- (**C**) und das Fremdbild (**D**) der Partner jeweils zu Beginn (**t1**) und vier Wochen nach Reha-Abschluss (**t3**) hier verzichtet, da bis auf Messzeitpunkte und modifizierte Instruktionen redundant. Items als *"ICH über MICH"* ("...auf **Sie persönlich** zutrifft."), *"SIE über SICH"* ("...auf **Ihre Partnerin** zutrifft [...] **aus der Sicht Ihre Partnerin** zu antworten [...] der **Antwort Ihrer Partnerin** am besten entsprechen…"), *"ER über MICH"* ("wie **Er** hinsichtlich **Ihres** Körpers fühlt [...] auf **Ihren Partner** zutrifft [...] **aus der Sicht Ihres Partners** zu antworten [...] der **Antwort Ihres Partners** am besten entsprechen...") und *"ICH über SIE"* ("...wie **Sie** hinsichtlich des Körpers **Ihrer Partnerin** fühlen [...] auf **Sie persönlich** zutrifft...") formuliert.]

PARTNERSCHAFT- PATIENTIN PQ-WW-1

Die folgenden Aussagen bewerten Sie bitte, wenn Sie in einer festen Partnerschaft leben (verheiratet oder nicht verheiratet).

	Partnerschaftsqualität	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
1	Ich bin insgesamt zufrieden mit unserer Partnerschaft.	❒	❒	❒	❒
2	Es ist schwierig für mich, offen mit meinem Partner über meine Situation zu sprechen.	❒	❒	❒	❒
3	Mein Partner unterstützt mich bei der Krankheitsbewältigung.	❒	❒	❒	❒
4	Die Erkrankung hat mich belastet.	❒	❒	❒	❒
5	Ich fühle mich von meinem Partner in meinem Krankheitserleben verstanden.	❒	❒	❒	❒
6	Die Erkrankung hat unsere Partnerschaft belastet.	❒	❒	❒	❒
7	Durch die Erkrankung ist unsere Partnerschaft stärker geworden.	❒	❒	❒	❒

Bitte schauen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bogen B-5

Fragebogen zur Partnerschaftsqualität (PQ)

[Auf *PQ* für das Selbstbild (**A**) der Patientinnen nach drei-wöchiger Reha (**t2**) und vier Wochen nach Reha-Abschluss (**t3**) sowie für das durch die Partner antizipierte Selbst- (**B**), das durch die Patientinnen antizipierte Fremd- (**C**) und das Fremdbild (**D**) der Partner jeweils zu Beginn (**t1**) und vier Wochen nach Reha-Abschluss (**t3**) hier verzichtet, da bis auf Messzeitpunkte und modifizierte Instruktionen redundant.]

Anhang C: Stichprobe, Repräsentanz und Kovariaten

Tabelle C-1

Soziodemografische Personen-Merkmale und soziale Unterstützung der Reha-Patientinnen (n = 33) im Vergleich zur Gesamtstichprobe der Vorläuferstudie (N = 130; Schöne, 2010) zu Reha-Beginn (t1) - Ergebnisse der t-Tests resp. Chi²-Tests.

Variable	**Deskriptive Statistik**						**Maße des Signifikanztests**	
Alter (in Jahren)		**M (SD)**	**Min-Max**				$t_{(df)}$	**p**
n = 33		53.88 (8.74)	31-70				$0.31_{(161)}$	.755
N = 130		54.44 (9.29)	31-80					
		31-49 J	**50-59 J**	**60-80 J**			$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33		10 (30.3)	14 (42.4)	9 (27.3)			$0.11_{(2)}$ [a]	.945
N = 130		42 (32.2)	51 (39.2)	37 (28.5)				
Familienstand		**Ledig**	**Partner-schaft/Ehe**	**Verwitwet/ Geschieden**			$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33		0 (0)	33 (100)	0 (0)			$8.58_{(2)}$ [b]	**.014**
N = 130		11 (8.5)	102 (78.5)	17 (13.1)				
Dauer Partnerschaft (in Jahren)		**M (SD)**	**Min-Max**				$t_{(df)}$	**p**
n = 33 *(n = 33)*		22.68 (13.66)	2-47				$0.48_{(133)}$	.635
N = 130 *(n = 102)*		24.83 (13.48)	0.75-55					
	<1J	**1bis <5 J**	**5 bis <10 J**	**10 bis <30 J**	**30 bis <50 J**	**>50 J**	$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33	0 (0)	3 (9.1)	4 (12.1)	15 (45.5)	11 (33.3)	0 (0)	$1.14_{(5)}$ [b]	.951
N = 130	1 (1.0)	7 (6.9)	9 (8.8)	48 (47.1)	36 (35.3)	1 (1.0)		
Kinder ***Anzahl:***		**M (SD)**	**Min-Max**				$t_{(df)}$	**p**
n = 24		1.30 (1.02)	0-3				$0.39_{(119)}$	.696
N = 97		1.38 (1.08)	0-4					
Alter **(**in Jahren)		**bis 10 J**	**11-20 J**	**ab 21 J**			$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 24		3 (12.5)	7 (29.2)	14 (58.3)			$1.18_{(2)}$ [b]	.556
N = 97		11 (11.3)	19 (19.6)	67 (69.1)				
Wohnsituation		**Allein lebend**		**Mind. eine weitere Person**			$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33		0 (0)		33 (100)			$8.65_{(1)}$ [a]	**.003**
N = 130		28 (21.6)		102 (78.4)				
Bildungsstand	**Kein Abschluss/ Förder- oder Sonderschule**		**Haupt-schule**	**Realschule (Mittlere Reife)**		**(Fach-) Abi-tur/Hoch-schulereife**	$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33	1 (3.0)		12 (36.4)	11 (33.3)		9 (27.3)	$2.61_{(3)}$ [b]	.456
N = 130	13 (10.0)		34 (26.2)	49 (37.7)		34 (26.2)		
Arbeitssituation	**Arbeitslos oder -suchend/Hausfrau**			**Berufstätig**	**Rente**		$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33	4 (12.1)			22 (66.7)	7 (21.2)		$0.22_{(2)}$ [b]	.898
N = 130	18 (13.8)			81 (62.3)	31 (23.8)			

Fortsetzung Tabelle C-1

Soziale Unterstützung	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu	$\chi^2_{(df)}$	p
Partner						
n = 33	0 (0)	3 (9.1)	7 (21.2)	23 (69.7)	$1.20_{(3)}$ [b]	.753
N = 102	3 (2.9)	8 (7.8)	18 (17.6)	73 (71.7)		
Kinder						
n = 24	1 (4.2)	4 (16.6)	6 (25.0)	13 (54.2)	$0.44_{(3)}$ [b]	.932
N = 97	3 (3.1)	12 (12.4)	24 (24.7)	58 (59.8)		
Andere Familienmitglieder						
n = 33	4 (12.1)	3 (9.1)	9 (27.3)	17 (51.5)	$0.35_{(3)}$ [b]	.950
N = 130	16 (12.3)	15 (11.5)	30 (23.1)	69 (53.1)		
Freunde/Bekannte/Kollegen						
n = 33	2 (6.1)	2 (6.1)	7 (21.2)	21 (66.6)	$0.80_{(3)}$ [b]	.850
N = 130	5 (3.8)	8 (6.2)	36 (27.7)	81 (62.3)		
Med./Psych.Personal						
n = 33	1 (3.0)	7 (21.2)	12 (36.4)	14 (39.4)	$0.50_{(3)}$ [b]	.918
N = 130	4 (3.1)	24 (18.5)	42 (32.2)	60 (46.2)		

Anmerkung. *Fragebogen zur Person*. Angaben kardialer/kategorialer Merkmale und ordinaler Skalenwerte (von 0 bis 3), sofern nicht anders vermerkt, als absolute Zahlen/Häufigkeiten (und Prozent). Alter der Kinder nach jüngstem Kind.

n Anzahl der Personen in der Teil-/Gesamtstichprobe
M/SD Mittelwert/Standardabweichung des Mittelwertes
Min–Max Minimaler und Maximaler Wert
t Test-Wert des t-Tests für unabhängige Stichproben (***df*** = Freiheitsgrade)
χ^2 Test-Wert des Chi²-Tests (nach *Pearson*) (***df*** = Freiheitsgrade); **a** (= 0) oder **b** (= mind. 1) Zelle/n haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle C-2

Altersverteilung im Vergleich der Patientinnen (n = 33) und ihrer Partner (n = 33) zu Reha-Beginn (t1) - Ergebnisse der t-Tests resp. Chi²-Tests.

	Deskriptive Statistik		Maße des Signifikanztests			
Variable	**Patientin**	**Partner**	$t_{(df)}$	**p**	$\chi^2_{(df)}$	**p**
Alter (in Jahren)						
M (SD)	53.88 (8.74)	55.84 (9.30)	$-0.72_{(31)}$	.472		
Min-Max	31-70	32-71				
31 bis 49 Jahre	10 (30.3)	7 (21.2)				
50 bis 59 Jahre	14 (42.4)	15 (45.5)			$0.76_{(2)}$ [a]	.683
60 bis 80 Jahre	9 (27.3)	11 (33.3)				

Anmerkung. *Fragebogen zur Person*. Angaben kardialer/kategorialer Merkmale, sofern nicht anders vermerkt, als absolute Häufigkeiten (und Prozent).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
M/SD Mittelwert/Standardabweichung des Mittelwertes
Min–Max Minimaler und Maximaler Wert
t Test-Wert des t-Tests bei unabhängige Stichproben (***df*** = Freiheitsgrade)
χ^2 Test-Wert des Chi²-Tests (nach *Pearson*) (***df*** = Freiheitsgrade); **a** (= 0) oder **b** (= mind. 1) Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle C-3

Medizinische und behandlungsbedingte Personen-Merkmale der Reha-Patientinnen (n = 33) im Vergleich zur Gesamtstichprobe der Vorläuferstudie (N = 130; Schöne, 2010) - Ergebnisse der t-Tests resp. Chi²-Tests.

Variable	Deskriptive Statistik			Maße des Signifikanztests	
Vergangene Zeit seit Operation (in Monaten)	**M (SD)**	**Min-Max**		$t_{(df)}$	**p**
n = 33	25.30 (39.34)	3-168		$-0.57_{(161)}$	.567
N = 130	21.85 (28.33)	3-168			
Behandlungsgrund	**Ersterkrankung**	**Rezidiv/Zweittumor**		$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33	29 (87.9)	4 (12.1)		$0.13_{(1)}$ [b]	.722
N = 130	117 (90.0)	13 (10.0)			
Betroffene Brust [a]:	**Eine Brust**	**Beide Brüste**		$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33	31 (93.9)	2 (6.1)		$0.12_{(1)}$ [b]	.731
N = 130	124 (95.4)	6 (4.6)			
Tumorstadium	**Stadium I**	**Stadium II**	**Stadium III/ Stadium IV**	$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33	10 (30.3)	13 (39.4)	10 (30.3)	$0.19_{(2)}$ [a]	.908
N = 130	43 (33.1)	46 (35.4)	41 (31.5)		
Metastasierung	**M (SD)**			$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33	8 (24.2)			$2.09_{(1)}$ [a]	.148
N = 130	49 (37.7)				
Operationsmethode	**Brusterhaltend**	**Mastektomie**		$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33	20 (60.6)	13 (39.4)		$0.18_{(1)}$ [a]	.669
N = 130	84 (64.6)	46 (35.4)			
Lymphonodektomie	**Keine**	**Sentinel-knoten**	**Mehrere Lymphknoten**	$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33	3 (9.1)	14 (42.4)	16 (48.5)	$1.45_{(2)}$ [b]	.486
N = 130	20 (15.4)	43 (33.1)	67 (51.5)		
Brustrekonstruktion	**M (SD)**			$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33	2 (6.1)			$0.66_{(1)}$ [h]	.417
N = 130	14 (10.8)				
Prothese/Epithese	**M (SD)**			$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33	9 (27.3)			$0.64_{(1)}$ [a]	.424
N = 130	45 (34.6)				
Begleittherapien	**Bestrahlung**	**Chemo-therapie**	**Hormon-therapie**	**Antikörper-therapie**	$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33	24 (72.7)	25 (75.8)	23 (69.7)	4 (12.1)	$1.27_{(1)}$ [a]	.261
N = 130	106 (81.5)	89 (68.5)	98 (75.4)	19 (14.6)		
Anzahl Nebenwirkungen	**M (SD)**	**Min-Max**			$t_{(df)}$	**p**
n = 33	6.24 (2.56)	1-11			$-0.07_{(161)}$	.945
N = 130	6.21 (2.61)	1-12				

Fortsetzung Tabelle C-3

Anzahl weiterer Erkrankungen:	**M (SD)**	**Min-Max**	**$t_{(df)}$**	**p**
n = 33	0.76 (1.00)	0-3	$0.33_{(161)}$	.743
N = 130	0.82 (1.03)	0-4		
Anzahl früherer Operationen:	**M (SD)**	**Min-Max**	**$t_{(df)}$**	**p**
n = 33	1.58 (1.50)	0-5	$0.65_{(161)}$	.517
N = 130	1.78 (1.61)	0-7		
Psychologische/Psychotherapeutische Behandlung	**M (SD)**		**$\chi^2_{(df)}$**	**p**
n = 33	4 (12.1)		$0.25_{(1)}$ **b**	.618
N = 130	12 (9.2)			

Anmerkung. *Fragebogen zur Person*. Angaben kardialer/kategorialer Merkmale, sofern nicht anders vermerkt, als absolute Zahlen/Häufigkeiten (und Prozent).

n	Anzahl der Personen in der Teil-/Gesamtstichprobe
M/SD	Mittelwert/Standardabweichung des Mittelwertes
Min–Max	Minimaler und Maximaler Wert
t	Test-Wert des t-Tests für unabhängige Stichproben (***df*** = Freiheitsgrade)
χ^2	Test-Wert des Chi²-Tests (nach *Pearson*) (***df*** = Freiheitsgrade); **a** (= 0) oder **b** (= mind. 1) Zelle/n haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
p	Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle C-4

Rehabilitationsbezogene Personen-Merkmale der Reha-Patientinnen (n = 33) im Vergleich zur Gesamtstichprobe der Vorläuferstudie (N = 130; Schöne, 2010) zu Reha-Beginn (t1) - Ergebnisse der t-Tests resp. Chi²-Tests.

Variable	**Deskriptive Statistik**				**Maße des Signifikanztests**	
Frühere Reha-Aufenthalte: ***Personen***	**M (SD)**				**$\chi^2_{(df)}$**	**p**
n = 33	18 (54.5)				$3.11_{(1)}$ **b**	.684
N = 130	75 (57.7)					
Anzahl:	**M (SD)**	**Min-Max**			**$t_{(df)}$**	**p**
n = 33	0.91 (1.01)	0-4			$0.15_{(161)}$	.881
N = 130	0.94 (1.00)	0-5				
Anzahl Reha-Wochen (aktuell):	**M (SD)**	**Min-Max**			**$t_{(df)}$**	**p**
n = 33	3.79 (0.89)	3-6			$0.54_{(161)}$	.588
N = 130	3.70 (0.81)	3-6				
Frühzeitiger Reha-Wunsch	**Stimme nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme zu**	**$\chi^2_{(df)}$**	**p**
n = 33	0 (0.0)	7 (21.2)	6 (18.2)	20 (60.6)	$4.76_{(3)}$ **b**	.190
N = 130	14 (10.8)	17 (13.1)	23 (17.7)	76 (58.5)		
Reha-Grund: ***Alltagsbewältigung***					**$\chi^2_{(df)}$**	**p**
n = 33	2 (6.1)	6 (18.2)	14 (42.4)	11 (33.3)	$2.33_{(3)}$ **b**	.507
N = 130	16 (12.3)	17 (13.1)	44 (33.8)	53 (40.8)		

Fortsetzung Tabelle C-4

Körperliche Beschwerden						$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33		0 (0.0)	1 (3.0)	8 (24.2)	24 (72.7)	$1.91_{(3)}$ **b**	.590
N = 130		3 (2.3)	1 (0.8)	29 (22.3)	97 (74.6)		
Emotionale Probleme						$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33		5 (15.2)	4 (12.1)	13 (39.4)	11 (33.3)	$1.57_{(3)}$ **b**	.666
N = 130		11 (8.5)	13 (10.0)	58 (44.6)	48 (36.9)		
Soziale Probleme						$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33		14 (42.4)	4 (12.1)	12 (36.4)	3 (9.1)	$0.27_{(3)}$ **b**	.965
N = 130		53 (40.8)	18 (13.8)	50 (38.5)	9 (6.9)		
Partner/Familie	**n = 33**	19 (57.6)	6 (18.2)	8 (24.2)	0 (0.0)	$3.01_{(3)}$ **b**	.390
	N = 130	77 (59.2)	24 (18.5)	21 (16.2)	8 (6.2)		
Sonstige	**n = 33**	16 (48.5)	4 (12.1)	12 (36.4)	1 (3.0)	$0.65_{(3)}$ **b**	.885
	N = 130	57 (43.8)	18 (13.8)	47 (36.2)	8 (6.2)		
Reha-Empfehlung						$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33		1 (3.0)	0 (0.0)	11 (33.3)	21 (63.6)	$1.28_{(3)}$ **b**	.734
N = 130		4 (3.1)	2 (1.5)	33 (25.4)	91 (70.0)		
Positive Reha-Erwartungen						$\chi^2_{(df)}$	**p**
n = 33		1 (3.0)	1 (3.0)	9 (27.3)	22 (66.7)	$1.29_{(3)}$ **b**	.732
N = 130		2 (1.5)	2 (1.5)	28 (21.5)	98 (75.4)		

Anmerkung. *Fragebogen zur Person*. Angaben kardinaler/kategorialer Merkmale und ordinaler Skalenwerte (von 0 bis 3), sofern nicht anders vermerkt, als absolute Zahlen/Häufigkeiten (und Prozent).

n	Anzahl der Personen in der Teil-/Gesamtstichprobe
M/SD	Mittelwert/Standardabweichung des Mittelwertes
Min–Max	Minimaler und Maximaler Wert
t	Test-Wert des t-Tests für unabhängige Stichproben (***df*** = Freiheitsgrade)
χ^2	Test-Wert des Chi²-Tests (nach *Pearson*) (***df*** = Freiheitsgrade); **a** (= 0) oder **b** (= mind. 1) Zelle/n haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
p	Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle C-5

Reliabilitäten der Sub- und Gesamtskalen sowie Zusammenhänge zwischen den Sub- und Gesamtskalen von BSKE bzw. BIBCQ im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) zu Reha-Beginn (t1) - Ergebnisse der Reliabilitäts- und Korrelationsanalysen.

	Maß der Reliabilitätsanalyse	**Maße der Korrelationsanalyse**			
		Positive Affektivität		**Negative Affektivität**	
BSKE	**α**	$\mathbf{r_{itc}}$	**p**	$\mathbf{r_{itc}}$	**p**
Vigilanz *(3 Items)*	**.87**	.752	**.000**	-.506	**.003**
Gehobene Stimmung *(6 + 1 Zusatzitem)*	**.92**	.943	**.000**	-.770	**.000**
Introvertiertheit *(2 Items)*	.67	-.439	**.011**	.705	**.000**
Angst *(5 + 1 Zusatzitem)*	**.93**	-.572	**.001**	.825	**.000**
Hostilität *(4 + 1 Zusatzitem)*	**.91**	-.672	**.000**	.929	**.000**
Desaktiviertheit *(4 + 1 Zusatzitem)*	**.90**	-.569	**.001**	.779	**.000**
Positive Affektivität (*3 Skalen + Zusatzitems)*	**.85**				
Negative Affektivität (*3 Skalen + Zusatzitems)*	**.95**				

Fortsetzung Tabelle C-5

		Körperbild$_{(Ges)}$	
BIBCQ	**α**	**r_{itc}**	**p**
Vulnerabilität *(12 Items)*	**.91**	.775	**.000**
Stigmatisierung *(16 Items)*	**.89**	.877	**.000**
Einschränkungen *(8 Items)*	**.87**	.592	**.000**
Körper-Unzufriedenheit *(6 +5 Zusatzitems)*	**.91**	.825	**.000**
Arm-Unzufriedenheit *(5 +3 Zusatzitems)*	**.84**	.568	**.001**
Transparenz *(6 +2 Zusatzitems)*	**.88**	.779	**.000**
Körperbild$_{(Gesamt)}$ *(6 Skalen + Zusatzitems)*	**.96**		

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild$_{(Gesamt)}$* (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz.*

n Anzahl der Personen in der Teil-Stichprobe
α *Cronbach*`s Alpha als Schätzer der Reliabilität (≥ .07 = akzeptabel, ≥ **.80** = gut, ≥ **.90** = exzellent)
r_{itc} Korrigierte (Item-Skala-)Korrelation als Schätzer der Trennschärfe (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$);
Zusatzanalysen: AllWuE-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Bedeutsamkeit des Körperbildes* aus 5 Items (***BedKB***: α = .85). PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* aus 7 Items (***PQ***: α = .89).

Tabelle C-6

Signifikante Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Variablen, sozialer Unterstützung sowie Bedeutsamkeit des Körperbildes, medizinischen/-behandlungsbezogenen bzw. rehabilitationsbezogenen Variablen und Befindlichkeit im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) sowie dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die Mittelwerte der Variablen mit den Sub- und Gesamtskalen der BSKE.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests							
	BSKE [a]							
	At1		**At3**		**Bt1**		**Bt3**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Soziodemografische Faktoren	**Introvertiertheit**							
Partnerschafts-Dauer [b]	-.348	**.047**	-.353	**.046**	-.388	**.026**	-.353	**.044**
	Hostilität							
Bildungsstand [c]	-.388	**.024**	-.319	**.048**	-.356	**.042**	-.322	**.047**
	Angst							
Partnerschafts-Dauer [b]	-.310	**.049**	-.367	**.042**	-.411	**.018**	-.401	**.021**
	Desaktiviertheit							
Partnerschafts-Dauer [b]	-.373	**.033**	.349	**.044**	-.450	**.010**	-.344	**.049**
Soziale Unterstützung [d]	**Introvertiertheit**							
Partner	-.416	**.038**	-.344	**.046**	-.374	**.033**	-.381	**.041**
Kinder	-.324	**.049**	-.384	**.046**	-.367	**.049**	-.383	**.042**
	Desaktiviertheit							
Partner	-.451	**.008**	-.373	**.036**	-.366	**.036**	-.475	**.010**
Kinder	-.407	**.028**	-.327	**.046**	-.450	**.010**	-.364	**.040**

Fortsetzung Tabelle C-6

Bedeutsamkeit Körperbild [d]	**Hostilität**							
Urteil Patientin (t1)	-.366	**.036**	-.362	**.039**	-.429	**.013**	-.379	**.030**
Medizinische/behand-lungsbezogene Faktoren	**Vigilanz**							
Metastasierung [e]	-.459	**.009**	-.489	**.004**	-.523	**.002**	-.617	**.000**
	Gehobene Stimmung							
Metastasierung [e]	-.544	**.001**	-.594	**.000**	-.666	**.000**	-.646	**.000**
	Introvertiertheit							
Metastasierung [e]	.569	**.001**	.441	**.009**	.537	**.001**	.651	**.000**
Nebenwirkungen [b]	.430	**.041**	.345	**.049**	.452	**.025**	.401	**.049**
	Hostilität							
Metastasierung [e]	.445	**.009**	.546	**.001**	.501	**.003**	.542	**.001**
Weitere Erkrankungen [b]	-.432	**.044**	-.365	**.047**	-.349	**.046**	-.376	**.031**
	Angst							
Metastasierung [e]	.590	**.000**	.679	**.000**	.640	**.000**	.612	**.000**
Weitere Erkrankungen [b]	-.417	**.026**	-.413	**.043**	-.375	**.032**	-.377	**.031**
	Desaktiviertheit							
Metastasierung [e]	.492	**.004**	.534	**.001**	.489	**.005**	.472	**.006**
Nebenwirkungen [b]	.469	**.010**	.303	**.047**	.437	**.011**	.433	**.012**
	Positive Affektivität							
Metastasierung [e]	-.519	**.002**	-.536	**.001**	-.534	**.001**	-.511	**.003**
	Negative Affektivität							
Metastasierung [e]	.647	**.000**	.696	**.000**	.631	**.000**	.681	**.000**
	Globale Stressbelastung							
Metastasierung [e]	.442	**.010**	.391	**.040**	.350	**.046**	.443	**.010**
Rehablilitationsbezogene Faktoren [d]	**Vigilanz**							
Positive Reha-Erwartungen	.252	**.047**	.484	**.010**	.323	**.032**	.387	**.026**
	Gehobene Stimmung							
Positive Reha-Erwartungen	.432	**.012**	.415	**.012**	.346	**.049**	.402	**.021**
	Introvertiertheit							
Positive Reha-Erwartungen	-.390	**.032**	-.325	**.049**	-.348	**.047**	-.345	**.049**
	Angst							
Positive Reha-Erwartungen	-.349	**.043**	-.360	**.040**	-.382	**.028**	-.344	**.046**
	Positive Affektivität							
Positive Reha-Erwartungen	.346	**.048**	.461	**.011**	.384	**.040**	.429	**.013**
	Negative Affektivität							
Positive Reha-Erwartungen	-.343	**.047**	-.350	**.046**	-.386	**.046**	-.379	**.047**

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS). Skalenwerte: (a.) als Summen-/Durchschnittswerte, (b) kardinal als Absolutwerte, (c.) ordinal (0 = 'kein Abschluss/Sonder-/Förderschule' bis 5 = 'Fachhochschule/Hochschule'), (d.) ordinal (0 = 'Stimme nicht zu' bis 3 = 'Stimme zu'), (e.) dichotom (0 = 'Nein'; 1 = 'Ja'). Sonstige Skalen mit $p > .10$.

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle C-7

Signifikante Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Variablen, sozialer Unterstützung, Bedeutsamkeit des Körperbildes, medizinischen/-behandlungsbezogenen bzw. rehabilitationsbezogenen Variablen und negativem Körperbild im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) sowie dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die Mittelwerte der Variablen mit den Sub- und Gesamtskalen des BIBCQ.

		Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests							
		BIBCQ [a]							
		A		**B**		**C**		**D**	
		r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
Soziodemografische Faktoren [b]		**Stigmatisierung**							
Alter Patientin	**t1**	-.382	**.028**	-.096	.597	-.290	.100	-.067	.807
	t3	-.403	**.020**	-.097	.591	-.073	.728	-.095	.684
		Körper-Unzufriedenheit							
Alter Patientin	**t1**	-.383	**.014**	-.053	.772	-.250	.106	-.047	.797
	t3	-.363	**.038**	-.138	.443	-.223	.117	-.080	.660
		Transparenz							
Dauer Partnerschaft	**t1**	-.361	**.039**	-.031	.863	-.051	.778	-.006	.974
	t3	-.343	**.043**	-.024	.894	-.242	.101	-.114	.527
		Körperbild$_{(Ges)}$							
Dauer Partnerschaft	**t1**	-.429	**.013**	-.052	.773	-.268	.131	-.138	.445
	t3	-.368	**.042**	-.131	.466	-.312	.131	-.021	.907
Soziale Unterstützung [c]		**Stigmatisierung$_{(Mast)}$**							
Partner	**t1**	-.577	**.039**	-.740	**.004**	-.763	**.002**	-.366	.218
	t3	-.555	**.049**	-.699	**.008**	-.824	**.001**	-.511	.075
Andere Familien-mitglieder	**t1**	-.651	**.016**	-.636	**.020**	-.768	**.001**	-.313	.298
	t3	-.604	**.029**	-.598	**.031**	-.770	**.001**	-.398	.178
Freunde/Bekannte/ Kollegen	**t1**	-.646	**.017**	-.508	**.046**	-.675	**.011**	-.088	.774
	t3	-.726	**.005**	-.406	.169	-.819	**.001**	-.042	.893
Med./Psych. Personal	**t1**	-.600	**.030**	-.231	.448	-.563	**.045**	-.290	.336
	t3	-.706	**.007**	-.150	.626	-.623	**.023**	-.224	.425
Medizinische/behand-lungsbezogene Faktoren		**Stigmatisierung**							
Body Maß Index [b]	**t1**	.381	**.029**	.126	.484	.294	.197	.100	.581
	t3	.436	**.011**	.096	.704	.201	.262	.056	.757
		Körper-Unzufriedenheit							
Metastasierung [d]	**t1**	.350	**.046**	.613	**.000**	.326	**.048**	.330	**.047**
	t3	.365	**.037**	.344	**.049**	.377	**.030**	.416	**.016**
Chemotherapie [d]	**t1**	.400	**.021**	.217	.224	.398	**.022**	.181	.313
	t3	.415	**.016**	.098	.589	.380	**.040**	.194	.197
Nebenwirkungen [b]	**t1**	.437	**.011**	.167	.353	.367	**.036**	.289	.125
	t3	.442	**.010**	.033	.856	.352	**.047**	.306	.119

Fortsetzung Tabelle C-7

		Körper-Unzufriedenheit							
Body Maß Index [b]	**t1**	.541	**.001**	.357	**.046**	.515	**.002**	.400	**.021**
	t3	.457	**.007**	.386	**.026**	.414	**.017**	.360	**.040**
		Arm-Unzufriedenheit							
Metastasierung [d]	**t1**	.398	**.022**	.041	.821	.161	.372	.356	**.043**
	t3	.612	**.000**	.138	.444	.207	.247	.411	**.027**
Nebenwirkungen [b]	**t1**	.348	**.047**	.150	.404	.265	.135	.346	**.049**
	t3	.483	**.004**	.039	.830	.390	.025	.354	**.045**
		Körperbild$_{(Ges)}$							
Metastasierung [d]	**t1**	.386	**.027**	.376	**.019**	.374	**.023**	.392	**.024**
	t3	.440	**.010**	.350	**.049**	.416	**.016**	.403	**.010**
Chemotherapie [d]	**t1**	.429	**.013**	.160	.374	.249	.147	.395	**.047**
	t3	.379	**.030**	.121	.503	.286	.106	.357	**.042**
Nebenwirkungen [b]	**t1**	.385	**.027**	.346	**.047**	.351	**.045**	.375	**.044**
	t3	.419	**.015**	.360	**.048**	.355	**.043**	.383	**.047**
Body Maß Index [b]	**t1**	.398	**.022**	.086	.635	.382	**.028**	.127	.480
	t3	.408	**.019**	.132	.465	.355	**.043**	.165	.360
		Körperbild$_{(Brust)}$							
Chemotherapie [d]	**t1**	.714	**.001**	.432	**.048**	.479	**.044**	.443	**.043**
	t3	.585	**.011**	.438	**.047**	.472	**.048**	.589	**.010**
		Körperbild$_{(Mast)}$							
Metastasierung [d]	**t1**	.510	**.048**	.498	**.049**	.595	**.019**	.518	**.047**
	t3	.561	**.038**	.505	**.047**	.597	**.018**	.609	**.016**
Rehabilitationsbezogene Faktoren [b]		**Körper-Unzufriedenheit**							
Bisherige Reha-Aufenthalte	**t1**	.444	**.009**	.382	**.048**	.447	**.009**	.379	**.005**
	t3	.400	**.045**	.391	**.040**	.483	**.004**	.497	**.003**
		Körperbild$_{(Ges)}$							
Bisherige Reha-Aufenthalte	**t1**	.348	**.042**	.333	**.046**	.434	**.012**	.379	**.036**
	t3	.397	**.022**	.331	**.047**	.386	**.026**	.354	**.040**

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. Behandlungsspezifische Skalen: Brusterhaltende Therapie (n = 20) und Mastektomie (n = 13). Skalenwerte: (a.) als Summen-/Durchschnittswerte, (b) kardinal als Absolutwerte, (c) ordinal (0 = 'Stimme nicht zu' bis 3 = 'Stimme zu'), (d.) dichotom (0 = 'Nein'; 1 = 'Ja'). Sonstige Skalen mit $p > .10$.

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Anhang D: Ergebnisse zu den Haupt-Fragestellungen

Anhang D zu Fragestellung 1

Tabelle D-1

Befindlichkeit im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) und dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwerte ($M_{(A/B)}$), Standardabweichungen (SD) und Antworthäufigkeiten der Sub- und Gesamtskalen von BSKE und DT.

	Deskriptive Statistik								
			Antworthäufigkeit (%)						
BSKE	**$M_{(A)}$**	**SD**	**Gar nicht**	**Sehr schwach**	**schwach**	**etwas**	**ziemlich**	**stark**	**Sehr stark**
Vigilanz	3.00	1.16	0,0	12,0	15,2	**36,4**	30,4	6,0	0,0
Gehobene Stimmung	2.67	0.96	3,0	6,0	27,3	**42,4**	21,3	0,0	0,0
Introvertiertheit	1.30	1.33	24,2	**36,4**	18,2	12,2	6,0	3,0	0,0
Hostilität	0.95	1.00	**45,5**	24,3	21,2	9,0	0,0	0,0	0,0
Angst	2.04	1.16	**36,5**	30,3	18,1	12,1	3,0	0,0	0,0
Desaktiviertheit	1.64	1.02	12,1	**42,5**	15,1	24,3	6,0	0,0	0,0
Positive Affektivität	2.78	0.90	0,0	9,1	27,3	**33,3**	30,3	0,0	0,0
Negative Affektivität	2.03	1.12	0,0	**42,5**	23,1	22,2	9,2	3,0	0,0
	$M_{(B)}$	**SD**							
Vigilanz	4.71	0.64	0,0	0,0	0,0	6,1	27,3	**60,6**	6,0
Gehobene Stimmung	3.70	0.59	0,0	0,0	6,1	21,2	**69,7**	3,0	0,0
Introvertiertheit	2.59	1.04	0,0	3,1	**42,4**	33,3	9,1	12,1	0,0
Hostilität	1.85	0.82	0,0	39,4	**42,5**	15,1	3,0	0,0	0,0
Angst	2.81	0.96	0.0	0.0	**39,3**	33,1	21,1	6,1	0,0
Desaktiviertheit	2.55	0.76	0,0	9,1	**42,4**	36,4	12,1	0,0	0,0
Positive Affektivität	4.13	0.54	0,0	0,0	0,0	12,1	**63,8**	24,1	0,0
Negative Affektivität	3.13	0.96	0,0	0,0	30,3	**36,4**	21,3	12,0	0,0

DT	**$M_{(A)}$**	**SD**	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Glob Stressbelastung	6.21	2.03	0,0	0,0	3,0	6,1	15,2	12,1	18,2	12,1	**21,2**	9,1	3,0
	$M_{(B)}$	**SD**											
Glob Stressbelastung	8.00	1.84	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,2	6,1	21,2	12,1	12,1	**33,3**

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS). (**größte Häufigkeit**).
n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
Zusatzanalyse: Gesamtstichprobe Reha-Patientinnen (*N* = 130; Schöne, 2010): ***PA*** (*M* = 2.67, *SD* = 0.87), ***NA*** (*M* = 2.12, *SD* = 1.04), ***GS*** (*M* = 6.20, *SD* = 2.10, Range: 2-10).

Tabelle D-2

Vergleich der Positiven mit der Negativen Affektivität im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) und dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwerte ($M_{(A/B)}$), Standardabweichungen (SD) und Mittelwertsdifferenzen ($M_{(PA)}$-$M_{(NA)}$) der Gesamtskalen der BSKE sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
	Positive Affektivität		Negative Affektivität				
BSKE	**M**	**SD**	**M**	**SD**	**$M_{(PA)}$-$M_{(NA)}$**	**t**	**p**
A	2.78	0.90	2.03	1.12	0.75	2.29	**.029**
B	4.13	0.54	3.13	0.96	1.00	3.99	**.000**

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: ***df*** = 32)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Zusatzanalyse: Gesamtstichprobe Reha-Patientinnen (N = 130; Schöne, 2010): ***PA*** > ***NA*** ($t_{(129)} = 3.59$, $p < .05$).

Tabelle D-3

Bedeutsamkeit des Körperbildes im Selbstbild (A) der Patientin (♀; n = 33) und dem durch den Partner (♂; n = 33) antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwerte ($M_{(♀/♂)}$), Standardabweichungen (SD) und Antworthäufigkeiten der Items und Gesamtskalen von AllWuE.

	Deskriptive Statistik					
			Antworthäufigkeit (%)			
AllWuE	**$M_{(♀)}$**	**SD**	**Stimme nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme zu**
I1 Gutes Aussehen ist in der Gesellschaft wichtig.	2.61	0.50	0,0	0,0	39,4	**60,6**
I2 Mein Aussehen ist mir wichtig.	2.82	0.39	0,0	0,0	18,2	**81,8**
I3 In der Gesellschaft ist die Brust einer Frau ein wichtiges Weiblichkeitssymbol.	2.64	0.60	0,0	6,1	24,2	**69,7**
I4 Für mich ist die Brust einer Frau ein wichtiges Weiblichkeitssymbol.	2.24	0.75	3,0	9,1	**48,5**	39,4
I5 Das Aussehen meiner Brust ist mir wichtig.	2.21	0.65	0,0	12,1	**54,5**	33,4
BedKB	2.50	0.40	0,0	0,0	45,5	**54,5**
	$M_{(♂)}$	**SD**				
I1 Gutes Aussehen ist in der Gesellschaft wichtig.	2.15	0.76	3,0	12,1	**51,6**	33,3
I2 Ihr Aussehen ist mir wichtig.	2.15	0.83	6,1	9,1	**48,5**	36,3
I3 In der Gesellschaft ist die Brust einer Frau ein wichtiges Weiblichkeitssymbol.	2.15	0.91	6,1	15,2	36,4	**42,3**
I4 Für mich ist die Brust einer Frau ein wichtiges Weiblichkeitssymbol.	1.91	0.95	6,1	30,3	30,3	**33,3**

Fortsetzung Tabelle D-3

I5 Das Aussehen ihrer Brust ist mir wichtig.	1.61	0.99	12,1	**39,5**	24,2	24,2
BedKB	2.15	0.53	0,0	12,1	**60,6**	27,3

Anmerkung. AllwuE-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Bedeutsamkeit des Körperbildes* (BedKB). (**größte Häufigkeit**).
n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
Zusatzanalyse: Gesamtstichprobe Brustkrebs-Patientinnen (*N* = 130; Schöne, 2010): ***BedKB*** (*M* = 2.53, *SD* = 0.47).

Tabelle D-4

Körperbild im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) und dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwerte ($M_{(A/B)}$), Standardabweichungen (SD) und Antworthäufigkeiten der Sub- und Gesamtskalen des BIBCQ.

	Deskriptive Statistik					
			Antworthäufigkeit (%)			
BIBCQ	**$M_{(A)}$**	**SD**	**Stimme nicht zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme zu**
Vulnerabilität	1.52	0.68	6,0	36,2	**45,6**	12,2
Stigmatisierung	1.21	0.63	15,2	**54,6**	24,2	6,0
Einschränkungen	1.48	0.53	0,0	42,5	**51,5**	6,0
Körper-Unzufriedenheit	1.55	0.61	9,1	36,3	**48,6**	6,0
Arm-Unzufriedenheit	1.09	0.79	27,3	**36,3**	33,4	3,0
Transparenz	0.93	0.59	18,2	**63,6**	15,2	3,0
Körperbild$_{(Ges)}$	1.32	0.48	6,2	**51,2**	42,6	0,0
	$M_{(B)}$	**SD**				
Vulnerabilität	1.54	0.46	0,0	36,4	**63,6**	0,0
Stigmatisierung	0.96	0.60	27,3	**51,5**	21,2	0,0
Einschränkungen	1.02	0.61	15,2	**60,6**	24,2	0,0
Körper-Unzufriedenheit	1.32	0.59	12,2	**54,6**	30,2	3,0
Arm-Unzufriedenheit	1.13	0.68	18,2	**51,5**	27,3	3,0
Transparenz	0.90	0.58	27,3	**48,4**	24,3	0,0
Körperbild$_{(Ges)}$	1.17	0.44	12,3	**60,4**	27,3	0,0

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. (**größte Häufigkeit**).
n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
Zusatzanalyse: Gesamtstichprobe Reha-Patientinnen (*N* = 130; Schöne, 2010): ***KB***$_{(Gesamt)}$ (*M* = 1.31, *SD* = 0.49), ***KB***$_{(Brusterhaltende\ Therapie)(n = 84)}$ (*M* = 1.29, *SD* = 0.40), ***KB***$_{(Mastektomie)(n = 36)}$ (*M* = 1.32, *SD* = 0.54).

Tabelle D-5

Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33) mit dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbstbild (B) hinsichtlich der Befindlichkeit zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwerte ($M_{(A/B)}$), Standardabweichungen (SD) und Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A)}$-$M_{(B)}$) der Subskalen der BSKE sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
BSKE	**$M_{(A)}$**	**SD**	**$M_{(B)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**t**	**p**
Vigilanz	3.00	1.16	4.71	0.64	-1.71	-13.26	**.000**
Gehobene Stimmung	2.67	0.96	3.70	0.59	-1.03	-10.64	**.000**
Introvertiertheit	1.30	1.33	2.59	1.04	-1.29	-11.38	**.000**
Hostilität	0.95	1.00	1.85	0.82	-0.90	-9.51	**.000**
Angst	2.04	1.16	2.81	0.96	-0.77	-10.80	**.000**
Desaktiviertheit	1.64	1.02	2.55	0.76	-0.91	-9.27	**.000**

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).*

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: ***df*** = 32)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle D-6

Zusammenhänge zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) und dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbstbild (B) hinsichtlich der Befindlichkeit zu Reha-Beginn (t1) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die Mittelwerte ($M_{(A/B)}$) der Gesamtskalen von BSKE und DT.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests					
	Positive Affektivität		Negative Affektivität		Globale Stressbelastung	
BSKE/DT	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
A x B	.892	**.000**	.943	**.000**	.940	**.000**

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle D-7

Vergleich der Bedeutsamkeit des Körperbildes aus Sicht der Patientin (♀; n = 33) mit der aus Sicht des Partners (♂; n = 33) zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwerte ($M_{(♀/♂)}$), Standardabweichungen (SD) und Mittelwertsdifferenzen ($M_{(♀)}$-$M_{(♂)}$) der Items und Gesamtskala von AllWuE sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
AllgWuE	**$M_{(♀)}$**	**SD**	**$M_{(♂)}$**	**SD**	**$M_{(♀)}$-$M_{(♂)}$**	**t**	**p**
I1 Gutes Aussehen ist in der Gesellschaft wichtig.	2.61	0.50	2.15	0.76	0.46	3.14	**.004**
I2 Mein/Ihr Aussehen ist mir wichtig.	2.82	0.39	2.15	0.83	0.67	3.87	**.001**
I3 In der Gesellschaft ist die Brust einer Frau ein wichtiges Weiblichkeitssymbol.	2.64	0.60	2.15	0.91	0.49	2.69	**.011**[a]
I4 Für mich ist die Brust einer Frau ein wichtiges Weiblichkeitssymbol.	2.24	0.75	1.91	0.95	0.33	2.65	**.019**
I5 Das Aussehen meiner/ihrer Brust ist mir wichtig.	2.21	0.65	1.61	0.99	0.60	3.12	**.004**
BedKB	2.50	0.40	2.15	0.53	0.35	3.15	**.003**

Anmerkung. AllwuE-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Bedeutsamkeit des Körperbildes* (BedKB).
n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: ***df*** = 32)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)
Zusatzanalyse: ***BedKB***$_{(♀x♂)t1}$ ($r = .045$, $p = .084$).

Tabelle D-8

Signifikante Vergleiche des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33) mit dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)}$), Standardabweichungen (SD) und Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)}$-$M_{(B/C/D)}$) der Subskalen des BIBCQ sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
BIBCQ	**$M_{(A)}$**	**SD**	**$M_{(B)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**t**	**p**
Stigmatisierung	1.21	0.63	0.96	0.60	0.25	2.24	**.032**
Körper-Unzufriedenheit	1.55	0.61	1.32	0.59	0.23	2.18	**.037**
	$M_{(A)}$	**SD**	**$M_{(C)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(C)}$**	**t**	**p**
Vulnerabilität	1.52	0.68	1.23	0.54	0.29	3.35	**.002**[a]
Stigmatisierung	1.21	0.63	0.91	0.73	0.30	3.00	**.005**[a]
Körper-Unzufriedenheit	1.55	0.61	0.98	0.65	0.57	6.81	**.000**[a]
Arm-Unzufriedenheit	1.09	0.79	0.61	0.79	0.48	3.56	**.001**[a]

Fortsetzung Tabelle D-8

	$M_{(A)}$	SD	$M_{(D)}$	SD	$M_{(A)}$-$M_{(D)}$	t	p
Stigmatisierung	1.21	0.63	0.51	0.52	0.70	5.34	**.000**[a]
Körper-Unzufriedenheit	1.55	0.61	0.62	0.57	0.93	7.28	**.000**[a]
Arm-Unzufriedenheit	1.09	0.79	0.59	0.71	0.50	3.07	**.004**[a]
	$M_{(B)}$	SD	$M_{(C)}$	SD	$M_{(B)}$-$M_{(C)}$	t	p
Vulnerabilität	1.54	0.46	1.23	0.54	0.31	3.31	**.003**[a]
Körper-Unzufriedenheit	1.32	0.59	0.98	0.65	0.34	3.32	**.002**[a]
Arm-Unzufriedenheit	1.13	0.68	0.61	0.79	0.52	4.01	**.000**[a]
	$M_{(B)}$	SD	$M_{(D)}$	SD	$M_{(B)}$-$M_{(D)}$	t	p
Stigmatisierung	0.96	0.60	0.51	0.52	0.45	4.67	**.000**[a]
Körper-Unzufriedenheit	1.32	0.59	0.62	0.57	0.70	8.00	**.000**[a]
Arm-Unzufriedenheit	1.13	0.68	0.59	0.71	0.54	4.53	**.000**[a]
	$M_{(C)}$	SD	$M_{(D)}$	SD	$M_{(C)}$-$M_{(D)}$	t	p
Stigmatisierung	0.91	0.73	0.51	0.52	0.40	2.73	**.010**[a]
Körper-Unzufriedenheit	0.98	0.65	0.62	0.57	0.36	3.13	**.004**[a]

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität*, *Stigmatisierung*, *Einschränkungen*, *Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: $df_{(Ges)}$ = 32, $df_{(Brust)}$ = 19, $df_{(Mast)}$ = 12)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant

Tabelle D-9

Zusammenhänge zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes zu Reha-Beginn (t1) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)}$) der Gesamtskalen des BIBCQ.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests							
	A		**B**		**C**		**D**	
BIBCQ	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
	BIBCQ - Körperbild$_{(Ges)}$							
A	1	.	.488	**.004**	.706	**.000**	.259	.145
B			1	.	.475	**.005**	.727	**.001**
C					1	.	.370	**.034**
D							1	.
	BIBCQ - Körperbild$_{(Brust)}$							
A	1	.	.264	.260	.596	**.006**	.131	.581
B			1	.	.450	**.036**	.679	**.001**
C					1	.	.416	**.045**
D							1	.

Fortsetzung Tabelle D-9

	BIBCQ - Körperbild$_{(Mast)}$							
A	1	.	.676	**.011**	.823	**.001**	.392	.185
B			1	.	.444	.111	.812	**.001**
C					1	.	.480	.100
D							1	.

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz.* Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle D-10

Nicht-signifikante Vergleiche der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)}$-$M_{(B/C/D)}$), Standardabweichungen (SD) und Differenz der Mittelwertsdifferenzen ($Diff_{(1)}$-$Diff_{(2)}$) der Gesamtskalen des BIBCQ sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
BIBCQ	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(C)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-B)}$-$Diff_{(B-C)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.15	0.47	0.23	0.47	-0.08	-0.51	.615
Körperbild$_{(Brust)}$	0.14	0.48	0.22	0.52	-0.08	-0.39	.703
Körperbild$_{(Mast)}$	0.18	0.47	0.19	0.40	0.01	0.03	.979
	$M_{(A)}$-$M_{(B)}$	**SD**	**$M_{(C)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-B)}$-$Diff_{(C-D)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.15	0.47	0.16	0.50	-0.01	-0.08	.940
Körperbild$_{(Brust)}$	0.14	0.48	0.24	0.52	-0.09	-0.83	.415
Körperbild$_{(Mast)}$	0.18	0.47	0.09	0.44	0.09	1.10	.295
	$M_{(A)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(C)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-C)}$-$Diff_{(B-C)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.38	0.35	0.23	0.47	0.15	1.86	.103
Körperbild$_{(Brust)}$	0.37	0.40	0.22	0.52	0.15	1.32	.201
Körperbild$_{(Mast)}$	0.37	0.35	0.19	0.40	0.18	1.40	.187
	$M_{(A)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-C)}$-$Diff_{(B-D)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.38	0.35	0.39	0.31	-0.01	-0.08	.940
Körperbild$_{(Brust)}$	0.37	0.40	0.46	0.31	-0.09	-0.83	.415
Körperbild$_{(Mast)}$	0.37	0.35	0.27	0.30	0.10	1.10	.295
	$M_{(A)}$-$M_{(D)}$	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(A-D)}$-$Diff_{(B-D)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.54	0.53	0.39	0.31	0.15	1.87	.102
Körperbild$_{(Brust)}$	0.60	0.49	0.46	0.31	0.14	1.30	.202
Körperbild$_{(Mast)}$	0.46	0.60	0.27	0.39	0.19	1.42	.186
	$M_{(B)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(C)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(B-C)}$-$Diff_{(C-D)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Ges)}$	0.23	0.46	0.16	0.50	0.07	0.45	.658
Körperbild$_{(Brust)}$	0.22	0.52	0.24	0.52	-0.02	-0.06	.951
Körperbild$_{(Mast)}$	0.19	0.40	0.09	0.44	0.10	0.46	.654

Fortsetzung Tabelle D-10

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: $df_{(Ges)}$ = 32, $df_{(Brust)}$ = 19, $df_{(Mast)}$ = 12)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. p < .05)

Tabelle D-11

Zusammenhänge zwischen den Differenzen des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33), des durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes zu Reha-Beginn (t1) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die absoluten Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)}$-$M_{(B/C/D)}$) der Gesamtskalen des BIBCQ.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests											
	A-B		**A-C**		**A-D**		**B-C**		**B-D**		**C-D**	
BIBCQ	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
	BIBCQ - Körperbild$_{(Ges)}$											
A-B	1	.	.371	**.033**	.814	**.000**	-.694	**.000**	.109	.544	.598	**.000**
A-C			1	.	.444	**.010**	-.411	**.018**	.201	.261	.268	.131
A-D					1	.	-.455	**.008**	.488	**.004**	.744	**.000**
B-C							1	.	-.264	.138	-.795	**.000**
B-D									1	.	.375	**.032**
C-D											1	.
	BIBCQ - Körperbild$_{(Brust)}$											
A-B	1	.	.319	.171	.797	**.000**	-.687	**.001**	.302	.196	.504	**.024**
A-C			1	.	.319	.170	-.470	**.037**	.007	.976	.363	.101
A-D					1	.	-.498	**.026**	.334	.150	.692	**.001**
B-C							1	.	-.287	.220	-.823	**.000**
B-D									1	.	.307	.187
C-D											1	.
	BIBCQ - Körperbild$_{(Mast)}$											
A-B	1	.	.555	**.049**	.880	**.000**	-.684	**.010**	.204	.504	.766	**.002**
A-C			1	.	.693	**.009**	-.233	.444	.504	.102	.148	.629
A-D					1	.	-.419	.154	.645	**.017**	.816	**.001**
B-C							1	.	-.237	.435	-.762	**.002**
B-D									1	.	.449	.124
C-D									.		1	.

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. p < .05)

Tabelle D-12

Zusammenhänge zwischen der Befindlichkeit und dem negativen Körperbild im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) bzw. dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)}$) der Gesamtskalen von BSKE und DT mit BIBCQ.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests					
	Körperbild$_{(Ges)}$		**Körperbild$_{(Brust)}$**		**Körperbild$_{(Mast)}$**	
BSKE/DT - A	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
			BIBCQ - A			
Positive Affektivität	-.457	**.007**	-.117	.622	-.869	**.000**
Negative Affektivität	.666	**.000**	.377	.103	.948	**.000**
Globale Stressbelastung	.240	.178	.131	.583	.633	**.020**
			BIBCQ - B			
Positive Affektivität	-.375	**.047**	-.126	.596	-.605	**.028**
Negative Affektivität	.300	.102	.021	.929	.638	**.019**
Globale Stressbelastung	.242	.175	.085	.720	.647	**.017**
			BIBCQ - C			
Positive Affektivität	-.191	.287	-.029	.903	-.613	**.026**
Negative Affektivität	.380	**.043**	.044	.855	.758	**.003**
Globale Stressbelastung	.077	.670	.193	.414	.566	**.048**
			BIBCQ - D			
Positive Affektivität	-.133	.460	-.064	.790	-.305	.310
Negative Affektivität	.097	.590	.080	.736	.374	.208
Globale Stressbelastung	.177	.324	.109	.647	.311	.301
BSKE/DT - B			**BIBCQ - A**			
Positive Affektivität	-.553	**.001**	-.280	.231	-.894	**.000**
Negative Affektivität	.605	**.000**	.289	.217	.934	**.000**
Globale Stressbelastung	.209	.243	.327	.159	.710	**.007**
			BIBCQ - B			
Positive Affektivität	-.365	**.036**	-.179	.450	-.592	**.033**
Negative Affektivität	.247	.167	.099	.677	.653	**.015**
Globale Stressbelastung	.206	.251	.154	.516	.627	**.022**
			BIBCQ - C			
Positive Affektivität	-.190	.289	-.075	.753	-.636	**.020**
Negative Affektivität	.304	.107	.094	.692	.692	**.009**
Globale Stressbelastung	.099	.583	.209	.378	.559	**.047**
			BIBCQ - D			
Positive Affektivität	-.079	.660	-.046	.849	-.256	.398
Negative Affektivität	.032	.860	.154	.517	.327	.275
Globale Stressbelastung	.116	.519	.042	.860	.332	.268

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) sowie *Negative Affektivität* (NA). DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS). BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB). Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle D-13

Zusammenhänge zwischen der Befindlichkeit und dem negativen Körperbild in den Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die absoluten Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)}$-$M_{(B/C/D)}$) der Gesamtskalen von BSKE und DT mit BIBCQ.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests					
	Körperbild$_{(Ges)}$		**Körperbild$_{(Brust)}$**		**Körperbild$_{(Mast)}$**	
BSKE/DT – A-B	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
	BIBCQ - A-B					
Positive Affektivität	-.036	.840	-.094	.693	-.319	.287
Negative Affektivität	.177	.325	.061	.800	.462	.112
Globale Stressbelastung	.001	.997	.216	.360	.372	.210
	BIBCQ - A-C					
Positive Affektivität	-.122	.500	-.357	.143	-.319	.288
Negative Affektivität	.225	.165	.333	.157	.027	.930
Globale Stressbelastung	.274	.132	.385	.130	.159	.603
	BIBCQ - A-D					
Positive Affektivität	-.256	.151	-.098	.680	-.456	.117
Negative Affektivität	.137	.446	.020	.933	.408	.166
Globale Stressbelastung	.006	.974	.083	.727	.104	.735
	BIBCQ – B-C					
Positive Affektivität	.071	.694	.092	.700	.248	.414
Negative Affektivität	.388	.104	.313	.170	.672	.102
Globale Stressbelastung	.122	.497	.175	.460	.030	.923
	BIBCQ - B-D					
Positive Affektivität	-.088	.625	-.022	.926	-.380	.200
Negative Affektivität	149	.408	.203	.390	.001	.997
Globale Stressbelastung	.110	.542	.281	.230	.139	.651
	BIBCQ - C-D					
Positive Affektivität	.120	.506	.209	.378	.180	.556
Negative Affektivität	.299	.101	.341	.151	.364	.221
Globale Stressbelastung	.026	.885	.052	.827	.203	.507

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) sowie *Negative Affektivität* (NA). DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS). BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB). Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Anhang D zu Fragestellung 2

Tabelle D-14

Vergleich der Befindlichkeit im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(A)t1/t2/t3}$) und Standardabweichungen (SD) der Subskalen der BSKE sowie Ergebnisse der Varianzanalysen.

	Vergleichsmaße						Maße des Signifikanztests		
	t1		t2		t3				
BSKE/DT	**$M_{(A)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$**	**SD**	**F**	**p**	**η^2**
Vigilanz	3.00	1.16	4.35	0.53	3.78	0.95	30.82	**.000**[a#]	.505
Gehobene Stimmung	2.67	0.96	3.90	0.46	3.32	0.99	49.14	**.000**[a#]	.606
Introvertiertheit	1.30	1.33	0.97	0.83	1.14	1.09	1.81	.173[#]	.053
Hostilität	0.95	1.00	0.13	0.22	0.68	0.78	15.91	**.000**[a#]	.332
Angst	2.04	1.16	0.54	0.47	1.22	0.95	50.57	**.000**[a#]	.612
Desaktiviertheit	1.64	1.02	0.52	0.40	1.21	0.84	27.38	**.000**[a#]	.461

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).*

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
F Test-Wert der einfaktoriellen ANOVA (Freiheitsgrade: ***df*** = 2,31)
p Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant
η^2 Partielles Eta² als Schätzer der Effektgröße (≥ .01 = klein, ≥ .06 = mittel, ≥ **.14** = groß)
Paarweise Vergleiche mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni* (Mittlere Differenz der geschätzten Randmittel auf dem Niveau α = .05 signifikant): ***Vig***: t1 vs. t2 ($p <$ **.001**), t1/t2 vs. t3 ($p <$ **.01**); ***Geh St***: t1 vs. t2/t3 und t2 vs. t3 ($p <$ **.001**); ***Intro***: ($p > .10$); ***Host***: t1 vs. t2 und t2 vs. t3 ($p <$ **.001**), t1 vs. t3 ($p <$ **.05**); ***Angst***: t1 vs. t2/t3 und t2 vs. t3 ($p <$ **.001**); ***Desakt***: t1 vs. t2 und t2 vs. t3 ($p <$ **.001**), t1 vs. t3 ($p <$ **.05**)

Tabelle 15

Vergleich der Bedeutsamkeit des Körperbildes aus Sicht der Patientin (♀; n = 33) zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(♀)t1/t2/t3}$) und Standardabweichungen (SD) der Items und Gesamtskala AllWuE sowie Ergebnisse der Varianzanalysen.

	Vergleichsmaße						Maße des Signifikanztests		
	t1		t2		t3				
Allg W u E	**$M_{(♀)}$**	**SD**	**$M_{(♀)}$**	**SD**	**$M_{(♀)}$**	**SD**	**F**	**p**	**η^2**
I1 Gutes Aussehen ist in der Gesellschaft wichtig.	2.61	0.50	2.39	0.56	2.36	0.65	3.20	**.047**	.091
I2 Mein Aussehen ist mir wichtig.	2.82	0.39	2.30	0.59	2.55	0.56	12.81	**.000**[a#]	.286

Fortsetzung Tabelle D-15

I3 In der Gesellschaft ist die Brust einer Frau ein wichtiges Weiblichkeitssymbol.	2.64	0.60	2.18	0.68	2.58	0.50	13.81	**.000**[a#]	.302
I4 Für mich ist die Brust einer Frau ein wichtiges Weiblichkeitssymbol.	2.24	0.75	1.27	0.63	2.12	0.74	34.87	**.000**[a#]	.621
I5 Das Aussehen meiner Brust ist mir wichtig.	2.21	0.65	1.18	0.58	2.18	0.64	40.38	**.000**[a#]	.658
Bed KB	2.50	0.40	1.87	0.38	2.07	0.39	81.02	**.000**[a#]	.717

Anmerkung. AllWuE-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Bedeutsamkeit des Körperbildes* (BedKB).
- **n** Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
- **F** Test-Wert der einfaktoriellen ANOVA (Freiheitsgrade: ***df*** = 2,31)
- **p** Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant
- **η²** Partielles Eta² als Schätzer der Effektgröße (≥ .01 = klein, ≥ .06 = mittel, ≥ **.14** = groß)
- **#** Paarweise Vergleiche mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni* (Mittlere Differenz der geschätzten Randmittel auf dem Niveau .05 signifikant): ***I1***: t1 vs. t2 ($p <$ **.05**), t1 vs. t3 und t2 vs. t3 ($p >$ .10); ***I2***: t1 vs. t2 ($p <$ **.001**), t1 vs. t3 ($p <$ **.05**), t2 vs. t3 ($p >$ .10); ***I3***: t1 vs. t2 ($p <$ **.001**), t1 vs. t3 ($p >$ .10), t2 vs. t3 ($p <$ **.01**); ***I4***: t1 vs. t2 und t2 vs. t3 ($p <$ **.001**), t1 vs. t3 ($p >$ .10); ***I5***: t1 vs. t2 und t2 vs. t3 ($p <$ **.001**), t1 vs. t3 ($p >$ .10); ***Bed KB***: t1 vs. t2/t3 ($p <$ **.001**), t2 vs. t3 ($p <$ **.01**).

Tabelle D-16

Vergleich des negativen Körperbildes im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) zu Reha-Beginn (t1), nach drei Wochen (t2) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(A)t1/t2/t3}$) und Standardabweichungen (SD) der Subskalen des BIBCQ sowie Ergebnisse der Varianzanalysen.

	Vergleichsmaße						**Maße des Signifikanztests**		
	t1		**t2**		**t3**				
BIBCQ	**$M_{(A)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$**	**SD**	**F**	**p**[a]	**η²**
Vulnerabilität	1.52	0.68	0.75	0.37	1.25	0.65	77.42	**.000**[#]	.708
Stigmatisierung	1.21	0.63	0.45	0.33	0.92	0.67	72.71	**.000**[#]	.694
Einschränkungen	1.48	0.53	0.58	0.32	1.06	0.54	72.82	**.000**[#]	.695
Körper-Unzufriedenheit	1.55	0.61	0.77	0.44	1.14	0.70	81.22	**.000**[#]	.717
Transparenz	0.93	0.59	0.33	0.31	0.66	0.65	31.88	**.000**[#]	.502
Arm-Unzufriedenheit	1.09	0.79	0.45	0.40	0.82	0.65	35.13	**.000**[#]	.523

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*.
- **n** Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
- **F** Test-Wert der einfaktoriellen ANOVA (Freiheitsgrade des Testwertes ***df*** = 2,31)
- **p** Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant
- **η²** Partielles Eta² als Schätzer der Effektgröße (≥ .01 = klein, ≥ .06 = mittel, ≥ **.14** = groß)
- **#** Paarweise Vergleiche mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni* (Mittlere Differenz der geschätzten Randmittel auf dem Niveau .05 signifikant): ***Vul/Stig/Einsch/Kö-Unzu***: t1 vs. t2/t3 und t2 vs. t3 ($p <$ **.001**); ***Trans/Arm-Unzu***: t1 vs. t2 und t2 vs. t3 ($p <$ **.001**), t1 vs. t3 ($p <$ **.01**)

Tabelle D-17

Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33) mit dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbstbild (B) hinsichtlich der Befindlichkeit zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(A/B)t1/t3}$) und Standardabweichungen (SD) der Subskalen der BSKE sowie Ergebnisse der Varianzanalysen.

					Maße des Signifikanztests								
	Vergleichsmaße				Haupteffekt Gruppe			Haupteffekt Zeitpunkt			Interaktions-effekt		
BSKE	**$M_{(t1)}$**	**SD**	**$M_{(t3)}$**	**SD**	**F**	**p[a]**	**η²**	**F**	**p[a]**	**η²**	**F**	**p**	**η²**
$Vig_{(A)}$	3.00	1.16	3.78	0.95	313.60	**.000**	.907	24.60	**.000**	.435	3.20	**.043**	.101
$Vig_{(B)}$	4.71	0.64	5.18	0.44									
$GeS_{(A)}$	2.67	0.96	3.32	1.00	127.08	**.000**	.810	46.37	**.000**	.612	1.18	.286	.035
$GeS_{(B)}$	3.70	0.59	4.25	0.53									
$Int_{A)}$	1.30	1.33	1.14	0.09	39.07	**.000**	.550	33.25	**.000**	.610	64.70	**.000[a]**	.669
$Int_{(B)}$	2.59	1.04	1.30	0.67									
$Hos_{(A)}$	0.95	1.00	0.68	0.78	69.08	**.000**	.683	16.30	**.000**	.337	8.15	**.007[a]**	.203
$Hos_{(B)}$	1.85	0.82	1.23	0.50									
$Ang_{A)}$	2.04	1.16	1.22	0.95	120.13	**.000**	.802	53.23	**.000**	.625	0.10	.756	.003
$Ang_{(B)}$	2.81	0.96	2.04	0.65									
$Des_{(A)}$	1.64	1.02	1.21	0.84	34.80	**.000**	.521	31.87	**.000**	.502	14.29	**.001[a]**	.309
$Des_{(B)}$	2.55	0.76	1.57	0.48									

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).*

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

F Test-Wert der zweifaktoriellen ANOVA mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni* (Freiheitsgrade: ***df*** = 1,32)

p Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant

η² Partielles Eta² als Schätzer der Effektgröße (≥ .01 = klein, ≥ .06 = mittel, ≥ **.14** = groß)

Tabelle D-18

Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33), des durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich der Befindlichkeit zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)t1/t3}$), Standardabweichungen (SD) und Mittelwertsdifferenzen ($M_{(t3)} - M_{(t1)}$) der Gesamtskalen von BSKE und DT sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
BSKE/DT	**$M_{(t1)}$**	**SD**	**$M_{(t3)}$**	**SD**	**$M_{(t3)}$-$M_{(t1)}$**	**t**	**p[a]**
$PA_{(A)}$	2.78	0.90	3.54	0.96	0.76	5.91	**.000**
$PA_{(B)}$	4.13	0.54	4.61	0.44	0.48	8.79	**.000**
$NA_{(A)}$	2.03	1.12	1.41	0.91	-0.62	-3.68	**.001**
$NA_{(B)}$	3.13	0.96	2.03	0.56	-1.10	-13.80	**.000**

Fortsetzung Tabelle D-18

$GS_{(A)}$	6.21	2.03	4.52	2.74	-1.69	-3.51	**.001**
$GS_{(B)}$	8.00	1.84	5.45	1.12	-2.55	-12.44	**.000**

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: ***df*** = 32)
p Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant

Tabelle D-19

Zusammenhänge zwischen der Veränderung im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) und der Veränderung im durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbstbild (B) hinsichtlich der Befindlichkeit vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die absoluten Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B)t3-t1}$) der Gesamtskalen von BSKE und DT.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests					
	Positive Affektivität		**Negative Affektivität**		**Globale Stressbelastung**	
$BSKE/DT_{t3-t1}$	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
$A_{t3-t1}xB_{t3-t1}$	.687	**.000**	.743	**.000**	.598	**.000**

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle D-20

Zusammenhänge zwischen den Differenzen im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33) und dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbstbild (B) zu Reha-Beginn (t1) und den Differenzen vier Wochen nach Abschluss (t3) hinsichtlich der Befindlichkeit - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die absoluten Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A-B)t1/t3}$) der Gesamtskalen von BSKE und DT.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests					
	Positive Affektivität		**Negative Affektivität**		**Globale Stressbelastung**	
BSKE/DT	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
$A\text{-}B_{t1}xA\text{-}B_{t3}$	.447	**.009**	.358	**.042**	.456	**.008**

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) aus Subskalen *Vigilanz, Gehobene Stimmung, Introvertiertheit (I 24)* sowie *Negative Affektivität* (NA) aus Subskalen *Hostilität, Angst, Desaktiviertheit, Introvertiertheit (I 22).* DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle D-21

Vergleich der Bedeutsamkeit des Körperbildes aus Sicht der Patientin (♀; n = 33) mit der aus Sicht des Partners (♂; n = 33) zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(♀/♂)t1/t3}$) und Standardabweichungen (SD) der Gesamtskala AllWuE sowie Ergebnisse der Varianzanalyse.

					Maße des Signifikanztests								
	Vergleichsmaße				Haupteffekt Gruppe			Haupteffekt Zeitpunkt			Interaktions-effekt		
AllWuE	**$M_{(t1)}$**	**SD**	**$M_{(t3)}$**	**SD**	**F**	**p[a]**	**η²**	**F**	**p[a]**	**η²**	**F**	**p[a]**	**η²**
BedKB$_{(♀)}$	2.50	0.40	2.07	0.39	7.07	**.012**	.181	67.69	**.000**	.679	6.12	**.019**	.161
BedKB$_{(♂)}$	2.15	0.53	1.89	0.57									

Anmerkung. AllWuE-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Bedeutsamkeit des Körperbildes* (BedKB).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

F Test-Wert der zweifaktoriellen ANOVA mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni* (Freiheitsgrade: ***df*** = 1,32)

p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant

η² Partielles Eta² als Schätzer der Effektgröße (≥ .01 = klein, ≥ .06 = mittel, ≥ **.14** = groß)

Tabelle D-22

Vergleich der Bedeutsamkeit des Körperbildes aus Sicht der Patientin (♀; n = 33) und aus Sicht des Partners (♂; n = 33) zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(♀/♂)t1/t3}$), Standardabweichungen (SD) und Mittelwertsdifferenzen ($M_{(t3)}$-$M_{(t1)}$) der Gesamtskala AllWuE sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
AllWuE	**$M_{(t1)}$**	**SD**	**$M_{(t3)}$**	**SD**	**$M_{(t3)}$-$M_{(t1)}$**	**t**	**p[a]**
Bed KB$_{(♀)}$	2.50	0.40	2.07	0.39	-0.43	-13.16	**.000**
Bed KB$_{(♂)}$	2.15	0.53	1.88	0.57	-0.27	-3.76	**.001**

Anmerkung. AllWuE-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Bedeutsamkeit des Körperbildes* (BedKB).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: ***df*** = 32)

p Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant

Zusatzanalyse: ***BedKB*** $_{(♀x♂)t3\text{-}t1}$ ($r = .259$, $p = .146$)

Tabelle D-23

Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33), des durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antzipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)t1/t3}$) und Standardabweichungen (SD) der behandlungsspezifischen Gesamtskalen des BIBCQ sowie Ergebnisse der Varianzanalysen.

					Maße des Signifikanztests								
	Vergleichsmaße				Haupteffekt Gruppe			Haupteffekt Zeitpunkt			Interaktions-effekt		
BIBCQ	**$M_{(t1)}$**	**SD**	**$M_{(t3)}$**	**SD**	**F**	**p**	**η^2**	**F**	**p[a]**	**η^2**	**F**	**p**	**η^2**
Körperbild$_{(Brusterhaltende\ Therapie)}$													
$KB_{(A)}$	1.31	0.38	0.98	0.48	1.17	.292	.058	32.21	**.000**	.629	2.07	.167	.098
$KB_{(B)}$	1.17	0.41	0.96	0.37									
$KB_{(A)}$	1.31	0.38	0.98	0.48	12.61	**.002[a]**	.399	16.24	**.001**	.461	14.81	**.001[a]**	.438
$KB_{(C)}$	0.94	0.46	0.81	0.52									
$KB_{(A)}$	1.31	0.38	0.98	0.48	26.31	**.000[a]**	.581	37.38	**.000**	.663	6.78	**.017**	.263
$KB_{(D)}$	0.71	0.36	0.58	0.26									
$KB_{(B)}$	1.17	0.41	0.96	0.37	4.06	**.047**	.182	14.60	**.001**	.435	0.95	.342	.048
$KB_{(C)}$	0.94	0.46	0.81	0.52									
$KB_{(B)}$	1.17	0.41	0.96	0.37	40.30	**.000[a]**	.680	15.65	**.001**	.452	2.05	.169	.097
$KB_{(D)}$	0.71	0.36	0.58	0.26									
$KB_{(C)}$	0.94	0.46	0.81	0.52	5.31	**.033**	.218	14.61	**.001**	.435	0.03	.993	.003
$KB_{(D)}$	0.71	0.36	0.58	0.26									
Körperbild$_{(Mastektomie)}$													
$KB_{(A)}$	1.35	0.62	1.03	0.56	1.20	.295	.091	27.67	**.000**	.698	4.85	**.048**	.288
$KB_{(B)}$	1.17	0.50	0.97	0.47									
$KB_{(A)}$	1.35	0.62	1.03	0.56	13.61	**.003[a]**	.531	29.65	**.000**	.712	3.20	.105	.215
$KB_{(C)}$	0.98	0.52	0.81	0.58									
$KB_{(A)}$	1.35	0.62	1.03	0.56	5.49	**.037**	.314	56.20	**.000**	.824	7.35	**.019**	.380
$KB_{(D)}$	0.89	0.42	0.75	0.42									
$KB_{(B)}$	1.17	0.50	0.97	0.47	4.36	**.049**	.264	16.67	**.002**	.581	0.19	.673	.015
$KB_{(C)}$	0.98	0.52	0.81	0.58									
$KB_{(B)}$	1.17	0.50	0.97	0.47	9.18	**.010[a]**	.433	21.17	**.001**	.638	1.67	.221	.122
$KB_{(D)}$	0.89	0.42	0.75	0.42									
$KB_{(C)}$	0.98	0.52	0.81	0.58	0.39	.545	.031	13.48	**.003**	.529	0.22	.652	.018
$KB_{(D)}$	0.89	0.42	0.75	0.42									

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität*, *Stigmatisierung*, *Einschränkungen*, *Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

F Test-Wert der zweifaktoriellen ANOVA mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni* (Freiheitsgrade: $df_{(Ges)}$ = 1,32; $df_{(Brust)}$ = 1,19; $df_{(Mast)}$ = 1,12)

p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant

η^2 Partielles Eta² als Schätzer der Effektgröße (≥ .01 = klein, ≥ .06 = mittel, ≥ **.14** = groß)

Tabelle D-24

Signifikante Vergleiche des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33), des durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antzipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes$_{(Gesamt)}$ zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)t1/t3}$) und Standardabweichungen (SD) der Subskalen des BIBCQ sowie Ergebnisse der Varianzanalysen.

					Maße des Signifikanztests								
	Vergleichsmaße				**Haupteffekt Gruppe**			**Haupteffekt Zeitpunkt**			**Interaktions-effekt**		
BIBCQ	**$M_{(t1)}$**	**SD**	**$M_{(t3)}$**	**SD**	**F**	**p**	**η^2**	**F**	**p**	**η^2**	**F**	**p**	**η^2**
Körperbild$_{(Gesamt)}$													
Vul$_{(A)}$	1.52	0.68	1.25	0.65	1.03	.318	.031	20.01	**.000**[a]	.385	2.83	.102	.081
Vul$_{(B)}$	1.54	0.46	1.43	0.51									
Sti$_{(A)}$	1.21	0.63	0.92	0.67	2.18	.150	.064	21.93	**.000**[a]	.407	7.51	**.010**[a]	.190
Sti$_{(B)}$	0.96	0.60	0.88	0.55									
KöU$_{(A)}$	1.55	0.61	1.14	0.70	0.30	.588	.009	21.47	**.000**[a]	.401	25.71	**.000**[a]	.446
KöU$_{(B)}$	1.32	0.59	1.27	0.59									
Tra$_{(A)}$	0.93	0.59	0.66	0.65	0.02	.969	.001	23.52	**.000**[a]	.424	0.32	.579	.010
Tra$_{(B)}$	0.90	0.58	0.68	0.43									
ArU$_{(A)}$	1.09	0.79	0.82	0.65	0.91	.347	.028	22.76	**.000**[a]	.416	0.70	.409	.021
ArU$_{(B)}$	1.13	0.68	0.96	0.65									
Vul$_{(A)}$	1.52	0.68	1.25	0.65	5.26	**.028**	.141	16.85	**.000**[a]	.345	2.52	.122	.073
Vul$_{(C)}$	1.23	0.54	1.11	0.56									
Sti$_{(A)}$	1.21	0.63	0.92	0.67	9.44	**.004**[a]	.228	20.70	**.000**[a]	.393	2.13	.155	.062
Sti$_{(C)}$	0.91	0.73	0.72	0.72									
KöU$_{(A)}$	1.55	0.61	1.14	0.70	44.94	**.000**[a]	.584	26.85	**.000**[a]	.456	7.83	**.009**[a]	.197
KöU$_{(C)}$	0.98	0.65	0.79	0.72									
Tra$_{(A)}$	0.93	0.59	0.66	0.65	0.33	.572	.010	17.06	**.000**[a]	.348	.003	.871	.002
Tra$_{(C)}$	0.96	0.53	0.71	0.46									
ArU$_{(A)}$	1.09	0.79	0.82	0.65	10.11	**.003**[a]	.240	6.10	**.019**	.160	3.90	**.049**	.120
ArU$_{(C)}$	0.61	0.79	0.53	0.73									
Vul$_{(A)}$	1.52	0.68	1.25	0.65	0.05	.821	.002	26.78	**.000**[a]	.456	1.67	.206	.049
Vul$_{(D)}$	1.43	0.56	1.28	0.44									
Sti$_{(A)}$	1.21	0.63	0.92	0.67	19.89	**.000**[a]	.383	21.80	**.000**[a]	.405	10.79	**.002**[a]	.252
Sti$_{(D)}$	0.51	0.52	0.45	0.47									
KöU$_{(A)}$	1.55	0.61	1.14	0.70	49.11	**.000**[a]	.605	39.18	**.000**[a]	.550	5.19	**.030**	.139
KöU$_{(D)}$	0.62	0.57	0.45	0.45									
Tra$_{(A)}$	0.93	0.59	0.66	0.65	0.01	.929	.001	28.58	**.000**[a]	.472	0.03	.875	.001
Tra$_{(D)}$	0.92	0.64	0.64	0.42									
ArU$_{(A)}$	1.09	0.79	0.82	0.65	12.27	**.001**[a]	.277	14.37	**.001**[a]	.310	0.56	.460	.017
ArU$_{(D)}$	0.59	0.71	0.44	0.63									

Fortsetzung Tabelle D-24

$Vul_{(B)}$	1.54	0.46	1.43	0.51	12.87	**.001**[a]	.287	6.61	**.015**	.171	0.01	.937	.001
$Vul_{(C)}$	1.23	0.54	1.11	0.56									
$Sti_{(B)}$	0.96	0.60	0.88	0.55	0.86	.362	.026	9.32	**.005**[a]	.226	1.15	.292	.035
$Sti_{(C)}$	0.91	0.73	0.72	0.72									
$KöU_{(B)}$	1.32	0.59	1.27	0.59	20.43	**.000**[a]	.390	5.26	**.029**	.141	3.01	.102	.097
$KöU_{(C)}$	0.98	0.65	0.79	0.72									
$Tra_{(B)}$	0.90	0.58	0.68	0.43	0.32	.575	.010	28.89	**.000**[a]	.474	0.14	.711	.004
$Tra_{(C)}$	0.96	0.53	0.71	0.46									
$ArU_{(B)}$	1.13	0.68	0.96	0.65	20.03	**.000**[a]	.385	4.38	**.044**	.120	0.51	.480	.016
$ArU_{(C)}$	0.61	0.79	0.53	0.73									
$Vul_{(B)}$	1.54	0.46	1.43	0.51	2.45	.128	.071	4.40	**.042**	.128	0.17	.682	.005
$Vul_{(D)}$	1.43	0.56	1.28	0.44									
$Sti_{(B)}$	0.96	0.60	0.88	0.55	31.05	**.000**[a]	.490	3.00	.101	.088	0.84	.774	.003
$Sti_{(D)}$	0.51	0.52	0.45	0.47									
$KöU_{(B)}$	1.32	0.59	1.27	0.59	121.64	**.000**[a]	.792	5.27	**.030**	.140	1.30	.264	.039
$KöU_{(D)}$	0.62	0.57	0.45	0.45									
$Tra_{(B)}$	0.90	0.58	0.68	0.43	0.01	.937	.001	42.88	**.000**[a]	.573	0.96	.334	.029
$Tra_{(D)}$	0.92	0.64	0.64	0.42									
$ArU_{(B)}$	1.13	0.68	0.96	0.65	35.55	**.000**[a]	.526	4.62	**.039**	.126	0.02	.886	.001
$ArU_{(D)}$	0.59	0.71	0.44	0.63									
$Vul_{(C)}$	1.23	0.54	1.11	0.56	4.09	**.049**	.115	8.41	**.007**[a]	.208	0.04	.845	.001
$Vul_{(D)}$	1.43	0.56	1.28	0.44									
$Sti_{(C)}$	0.91	0.73	0.72	0.72	6.11	**.019**	.160	6.89	**.013**[a]	.177	2.31	.139	.067
$Sti_{(D)}$	0.51	0.52	0.45	0.47									
$KöU_{(C)}$	0.98	0.65	0.79	0.72	11.14	**.002**[a]	.258	10.37	**.003**[a]	.245	0.11	.744	.003
$KöU_{(D)}$	0.62	0.57	0.45	0.45									
$Tra_{(C)}$	0.96	0.53	0.71	0.46	0.41	.529	.013	25.61	**.000**[a]	.445	0.15	.704	.005
$Tra_{(D)}$	0.92	0.64	0.64	0.42									
$ArU_{(C)}$	0.61	0.79	0.53	0.73	0.22	.646	.007	3.40	.074	.096	0.19	.664	.006
$ArU_{(D)}$	0.59	0.71	0.44	0.63									

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

F Test-Wert der zweifaktoriellen ANOVA mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni* (Freiheitsgrade: ***df*** = 1,32)

p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant

η^2 Partielles Eta² als Schätzer der Effektgröße (≥ .01 = klein, ≥ .06 = mittel, ≥ **.14** = groß)

Tabelle D-25

Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33), des durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich der Befindlichkeit zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)t1/t3}$), Standardabweichungen (SD) und Mittelwertsdifferenzen ($M_{(t3)}$-$M_{(t1)}$) der Gesamtskalen des BIBCQ sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
BIBCQ	**$M_{(t1)}$**	**SD**	**$M_{(t3)}$**	**SD**	**$M_{(t3)}$-$M_{(t1)}$**	**t**	**p**
Körperbild$_{(Gesamt)}$							
KB$_{(A)}$	1.32	0.48	1.01	0.52	-0.31	7.01	**.000[a]**
KB$_{(B)}$	1.17	0.44	1.07	0.44	-0.10	2.46	**.020**
KB$_{(C)}$	0.94	0.49	0.77	0.49	-0.17	3.87	**.001[a]**
KB$_{(D)}$	0.78	0.39	0.66	0.37	-0.12	3.43	**.002[a]**
Körperbild$_{(Brusterhaltende\ Therapie)}$							
KB$_{(A)}$	1.31	0.38	0.98	0.48	-0.33	5.08	**.000[a]**
KB$_{(B)}$	1.17	0.41	0.96	0.37	-0.21	3.45	**.003[a]**
KB$_{(C)}$	0.94	0.46	0.81	0.52	-0.13	3.26	**.004[a]**
KB$_{(D)}$	0.71	0.36	0.58	0.26	-0.13	3.27	**.004[a]**
Körperbild$_{(Mastektomie)}$							
KB$_{(A)}$	1.35	0.62	1.03	0.56	-0.32	5.61	**.000[a]**
KB$_{(B)}$	1.17	0.50	0.97	0.47	-0.20	5.00	**.000[a]**
KB$_{(C)}$	0.98	0.52	0.81	0.58	-0.17	3.64	**.003[a]**
KB$_{(D)}$	0.89	0.42	0.75	0.42	-0.14	2.56	**.025**

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

t Test-Wert des t-Tests für abhängige Stichproben (Freiheitsgrade: $df_{(Ges)}$ = 32; $df_{(Brust)}$ = 19; $df_{(Mast)}$ = 12)

p Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant

Tabelle D-26

Zusammenhänge zwischen den Veränderungen im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst-(B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd-(C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die absoluten Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C/D)t3-t1}$) der Gesamtskalen des BIBCQ.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests											
	$A_{t3-t1}xB_{t3-t1}$		**$A_{t3-t1}xC_{t3-t1}$**		**$A_{t3-t1}xD_{t3-t1}$**		**$B_{t3-t1}xC_{t3-t1}$**		**$B_{t3-t1}xD_{t3-t1}$**		**$C_{t3-t1}xD_{t3-t1}$**	
BIBCQ	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
$KB_{(Ges)}$	.143	.426	.540	**.001**	.225	.209	.061	.735	.250	.161	.126	.486
$KB_{(Brust)}$	.167	.508	.651	**.003**	.051	.842	.100	.693	.382	.118	.076	.765
$KB_{(Mast)}$	.064	.836	.553	**.049**	.081	.792	.113	.713	.433	.161	.437	.158

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. Behandlungsspezifische Skalen "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle D-27

Vergleich der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd-(C) bzw. dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) und den Differenzen vier Wochen nach Abschluss (t3) hinsichtlich des negativen Körperbildes - Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)t1/t3}$-$M_{(B/C/D)t1/t3}$), Standardabweichungen (SD) und Differenz der Mittelwertsdifferenzen ($Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$) der behandlungsspezifischen Gesamtskalen des BIBCQ sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					**Maße des Signifikanztests**	
	t1		**t3**				
BIBCQ	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(B)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
$KB_{(Brust)}$	0.14	0.48	0.02	0.27	-0.12	-1.44	.167
$KB_{(Mast)}$	0.18	0.47	0.06	0.36	-0.12	-2.20	**.048**
	$M_{(A)}$-$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(C)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
$KB_{(Brust)}$	0.37	0.40	0.17	0.31	-0.20	-3.85	**.001**
$KB_{(Mast)}$	0.37	0.35	0.22	0.30	-0.15	-1.80	.101
	$M_{(A)}$-$M_{(D)}$	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(D)}$**	**SD**	**$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$**	**t**	**p**
$KB_{(Brust)}$	0.60	0.49	0.40	0.45	-0.20	-2.60	**.017**
$KB_{(Mast)}$	0.46	0.60	0.28	0.56	-0.18	-2.71	**.019**

Fortsetzung Tabelle D-27

	$M_{(B)}$-$M_{(C)}$	SD	$M_{(B)}$-$M_{(C)}$	SD	$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$	t	p
$KB_{(Brust)}$	0.22	0.52	0.14	0.40	-0.08	-0.98	.342
$KB_{(Mast)}$	0.19	0.40	0.15	0.24	-0.04	-0.43	.673
	$M_{(B)}$-$M_{(D)}$	SD	$M_{(B)}$-$M_{(D)}$	SD	$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$	t	p
$KB_{(Brust)}$	0.46	0.31	0.38	0.33	-0.08	-1.43	.169
$KB_{(Mast)}$	0.27	0.29	0.21	0.31	-0.06	-1.29	.221
	$M_{(C)}$-$M_{(D)}$	SD	$M_{(C)}$-$M_{(D)}$	SD	$Diff_{(t3)}$-$Diff_{(t1)}$	t	p
$KB_{(Brust)}$	0.24	0.52	0.24	0.45	0.00	0.01	.993
$KB_{(Mast)}$	0.09	0.44	0.06	0.45	-0.03	-0.46	.652

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: ***df*** = 32)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle D-28

Vergleich der veränderten Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich des negativen Körperbildes vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A\text{-}B/A\text{-}C/A\text{-}D/B\text{-}C/B\text{-}D/C\text{-}D)t3\text{-}t1}$), Standardabweichungen (SD) und Differenz der Mittelwertsdifferenzen ($Diff_{(1)}$-$Diff_{(2)}$) der Gesamtskalen des BIBCQ sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
BIBCQ	$M_{(A\text{-}B)t3\text{-}t1}$	SD	$M_{(A\text{-}C)t3\text{-}t1}$	SD	$Diff_{(A\text{-}B)\text{-}(A\text{-}C)t3\text{-}t1}$	t	p
$KB_{(Ges)}$	-0.21	0.32	-0.15	0.25	-0.07	-0.93	.359
	$M_{(A\text{-}B)t3\text{-}t1}$	SD	$M_{(A\text{-}D)t3\text{-}t1}$	SD	$Diff_{(A\text{-}B)\text{-}(A\text{-}D)t3\text{-}t1}$	t	p
$KB_{(Ges)}$	-0.21	0.32	-0.19	0.37	-0.03	-0.61	.543
	$M_{(A\text{-}B)t3\text{-}t1}$	SD	$M_{(B\text{-}C)t3\text{-}t1}$	SD	$Diff_{(A\text{-}B)\text{-}(B\text{-}C)t3\text{-}t1}$	t	p
$KB_{(Ges)}$	-0.21	0.32	0.07	0.34	-0.28	-3.92	**.000**
	$M_{(A\text{-}B)t3\text{-}t1}$	SD	$M_{(B\text{-}D)t3\text{-}t1}$	SD	$Diff_{(A\text{-}B)\text{-}(B\text{-}D)t3\text{-}t1}$	t	p
$KB_{(Ges)}$	-0.21	0.32	0.03	0.27	-0.24	-3.02	**.005**
	$M_{(A\text{-}B)t3\text{-}t1}$	SD	$M_{(C\text{-}D)t3\text{-}t1}$	SD	$Diff_{(A\text{-}B)\text{-}(C\text{-}D)t3\text{-}t1}$	t	p
$KB_{(Ges)}$	-0.21	0.32	-0.04	0.36	-0.18	-2.70	**.011**
	$M_{(A\text{-}C)t3\text{-}t1}$	SD	$M_{(A\text{-}D)t3\text{-}t1}$	SD	$Diff_{(A\text{-}C)\text{-}(A\text{-}D)t3\text{-}t1}$	t	p
$KB_{(Ges)}$	-0.15	0.25	-0.19	0.37	0.04	0.63	.530
	$M_{(A\text{-}C)t3\text{-}t1}$	SD	$M_{(B\text{-}C)t3\text{-}t1}$	SD	$Diff_{(A\text{-}C)\text{-}(B\text{-}C)t3\text{-}t1}$	t	p
$KB_{(Ges)}$	-0.15	0.25	0.07	0.34	-0.22	-2.78	**.009**
	$M_{(A\text{-}C)t3\text{-}t1}$	SD	$M_{(B\text{-}D)t3\text{-}t1}$	SD	$Diff_{(A\text{-}C)\text{-}(B\text{-}D)t3\text{-}t1}$	t	p
$KB_{(Ges)}$	-0.15	0.25	0.03	0.27	-0.18	-2.71	**.011**
	$M_{(A\text{-}C)t3\text{-}t1}$	SD	$M_{(C\text{-}D)t3\text{-}t1}$	SD	$Diff_{(A\text{-}C)\text{-}(C\text{-}D)\ t3\text{-}t1}$	t	p
$KB_{(Ges)}$	-0.15	0.25	-0.04	0.36	-0.11	-1.12	.270

Fortsetzung Tabelle D-28

	$M_{(A-D)t3-t1}$	SD	$M_{(B-C)t3-t1}$	SD	$Diff_{(A-D)-(B-C)t3-t1}$	t	p
$KB_{(Ges)}$	-0.19	0.37	0.07	0.34	-0.26	-3.08	**.004**
	$M_{(A-D)t3-t1}$	SD	$M_{(B-D)t3-t1}$	SD	$Diff_{(A-D)-(B-D)t3-t1}$	t	p
$KB_{(Ges)}$	-0.19	0.37	0.03	0.27	-0.22	-2.79	**.009**
	$M_{(A-D)t3-t1}$	SD	$M_{(C-D)t3-t1}$	SD	$Diff_{(A-D)-(C-D)t3-t1}$	t	p
$KB_{(Ges)}$	-0.19	0.37	-0.04	0.36	-0.15	-2.49	**.018**
	$M_{(B-C)t3-t1}$	SD	$M_{(B-D)t3-t1}$	SD	$Diff_{(B-C)-(B-D)t3-t1}$	t	p
$KB_{(Ges)}$	0.07	0.34	0.03	0.27	0.04	0.62	.530
	$M_{(B-C)t3-t1}$	SD	$M_{(C-D)t3-t1}$	SD	$Diff_{(B-C)-(C-D)t3-t1}$	t	p
$KB_{(Ges)}$	0.07	0.34	-0.04	0.36	0.11	1.11	.271
	$M_{(B-D)t3-t1}$	SD	$M_{(C-D)t3-t1}$	SD	$Diff_{(B-D)-(C-D)t3-t1}$	t	p
$KB_{(Ges)}$	0.03	0.27	-0.04	0.36	0.07	0.98	.350

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*.

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: ***df*** = 32)

p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$).

Zusatzanalyse: Behandlungsspezifische Skalen "Brusterhaltende Therapie" ($n = 20$) und "Mastektomie" ($n = 13$): $p > .10$.

Tabelle D-29

Zusammenhänge zwischen den Differenzen im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) und den Differenzen vier Wochen nach Abschluss (t3) hinsichtlich des negativen Körperbildes - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die absoluten Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A-B/A-C/A-D/B-C/B-D/C-D)t1/t3}$) der Gesamtskalen des BIBCQ.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests											
	$A\text{-}B_{t1}xA\text{-}B_{t3}$		**$A\text{-}C_{t1}xA\text{-}C_{t3}$**		**$A\text{-}D_{t1}xA\text{-}D_{t3}$**		**$B\text{-}C_{t1}xB\text{-}C_{t3}$**		**$B\text{-}D_{t1}xB\text{-}D_{t3}$**		**$C\text{-}D_{t1}xC\text{-}D_{t3}$**	
BIBCQ	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
$KB_{(Ges)}$	.753	**.000**	.669	**.000**	.783	**.000**	.690	**.000**	.629	**.000**	.708	**.000**
$KB_{(Brust)}$	.654	**.002**	.816	**.000**	.738	**.000**	.710	**.000**	.693	**.001**	.768	**.000**
$KB_{(Mast)}$	.926	**.000**	.576	**.039**	.919	**.000**	.700	**.008**	.847	**.000**	.898	**.000**

Anmerkung. BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB) aus Subskalen *Vulnerabilität, Stigmatisierung, Einschränkungen, Körper-* und *Arm-Unzufriedenheit* sowie *Transparenz*. Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" ($n = 20$) und "Mastektomie" ($n = 13$).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)

p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle D-30

Zusammenhänge zwischen der Veränderung der Befindlichkeit und der Veränderung des negativen Körperbildes im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die absoluten Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C/D)t3\text{-}t1}$) der Gesamtskalen von BSKE und DT mit BIBCQ.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests					
	Körperbild$_{(Ges)}$		**Körperbild$_{(Brust)}$**		**Körperbild$_{(Mast)}$**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
BSKE/DT - $A_{t3\text{-}t1}$			**BIBCQ - $A_{t3\text{-}t1}$[a]**			
Positive Affektivität	-.227	.204	-.078	.759	-.382	.197
Negative Affektivität	.398	**.022**	.331	.180	.576	**.039**
Globale Stressbelastung	.502	**.003**	.452	.111	.281	.352
			BIBCQ - $B_{t3\text{-}t1}$[a]			
Positive Affektivität	-.026	.884	-.170	.501	-.549	**.048**
Negative Affektivität	.266	.135	.305	.218	.179	.558
Globale Stressbelastung	.013	.941	.047	.854	.204	.504
			BIBCQ - $C_{t3\text{-}t1}$			
Positive Affektivität	.154	.391	.272	.276	.066	.831
Negative Affektivität	-.092	.611	-.064	.801	-.464	.110
Globale Stressbelastung	-.265	.137	-.212	.398	-.350	.242
			BIBCQ - $D_{t3\text{-}t1}$			
Positive Affektivität	.232	.195	.068	.788	.159	.603
Negative Affektivität	-.281	.113	-.190	.450	-.475	.101
Globale Stressbelastung	-.104	.565	-.103	.684	-.156	.610
BSKE/DT - $B_{t3\text{-}t1}$			**BIBCQ - $A_{t3\text{-}t1}$[a]**			
Positive Affektivität	-.205	.254	-.132	.602	-.294	.330
Negative Affektivität	.356	**.042**	.008	.975	.555	**.049**
Globale Stressbelastung	.400	**.019**	.105	.678	.409	.165
			BIBCQ - $B_{t3\text{-}t1}$[a]			
Positive Affektivität	-.034	.850	-.141	.576	-.553	**.045**
Negative Affektivität	.212	.236	.358	.145	.106	.730
Globale Stressbelastung	.016	.929	.025	.922	.102	.740
			BIBCQ - $C_{t3\text{-}t1}$			
Positive Affektivität	.258	.147	.282	.256	.287	.341
Negative Affektivität	-.231	.196	-.147	.560	-.440	.132
Globale Stressbelastung	-.254	.146	-.122	.630	-.400	.176
			BIBCQ - $D_{t3\text{-}t1}$			
Positive Affektivität	.058	.746	-.063	.805	.169	.581
Negative Affektivität	-.187	.298	-.049	.847	-.400	.176
Globale Stressbelastung	-.197	.273	-.008	.975	-.463	.111

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) sowie *Negative Affektivität* (NA). DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS). BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB). Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (*n* = 20) und "Mastektomie" (*n* = 13).

Fortsetzung Tabelle D-30

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r (Partielle) Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] auch unter Kontrolle der Ausgangswerte signifikant

Tabelle D-31

Zusammenhänge zwischen der Veränderung der Befindlichkeit und der Veränderung des negativen Körperbildes in der Differenz des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33), des durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die absoluten Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A\text{-}B/A\text{-}C/A\text{-}D/B\text{-}C/B\text{-}D/C\text{-}D)t3\text{-}t1}$) der Gesamtskalen von BSKE und DT mit BIBCQ.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests					
	Körperbild$_{(Ges)}$		**Körperbild$_{(Brust)}$**		**Körperbild$_{(Mast)}$**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
BSKE/DT - A-B$_{t3\text{-}t1}$			**BIBCQ - A-B$_{t3\text{-}t1}$**			
Positive Affektivität	-.136	.450	-.040	.868	-.044	.886
Negative Affektivität	.453	**.008**	.529	**.016**	.218	.474
Globale Stressbelastung	.413	**.017**	.521	**.019**	.183	.549
			BIBCQ - A-C$_{t3\text{-}t1}$			
Positive Affektivität	-.247	.166	-.284	.224	-.010	.973
Negative Affektivität	.422	**.014**	.456	**.044**	.480	.101
Globale Stressbelastung	.345	**.049**	.452	**.047**	.065	.833
			BIBCQ - A-D$_{t3\text{-}t1}$			
Positive Affektivität	-.281	.113	-.137	.565	-.337	.260
Negative Affektivität	.496	**.005**	.553	**.012**	.481	.102
Globale Stressbelastung	.524	**.001**	.587	**.006**	.098	.751
			BIBCQ - B-C$_{t3\text{-}t1}$			
Positive Affektivität	-.056	.756	-.219	.355	-.018	.952
Negative Affektivität	.108	.548	.307	.188	.356	.233
Globale Stressbelastung	.186	.301	.250	.287	.188	.539
			BIBCQ - B-D$_{t3\text{-}t1}$			
Positive Affektivität	-.224	.211	-.244	.301	-.488	.109
Negative Affektivität	.143	.428	.022	.926	.432	.141
Globale Stressbelastung	.229	.199	.037	.878	.071	.818
			BIBCQ - C-D$_{t3\text{-}t1}$			
Positive Affektivität	-.112	.534	-.055	.817	-.414	.160
Negative Affektivität	.207	.247	.316	.174	.152	.620
Globale Stressbelastung	.267	.133	.299	.201	.213	.484

Anmerkung. BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) sowie *Negative Affektivität* (NA). DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS). BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild$_{(Gesamt)}$* (KB). Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Anhang D zu Fragestellung 3

Tabelle D-32

Signifikante Vergleiche des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33), des durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) - Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)}$), Standardabweichungen (SD) und Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)}$-$M_{(B/C/D)}$) der Items der PQ sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					Maße des Signifikanztests	
PQ	**$M_{(A)}$**	**SD**	**$M_{(D)}$**	**SD**	**$M_{(A)}$-$M_{(D)}$**	**t**	**p**
Persönliche Belastung	2.70	0.59	2.06	0.86	0.64	5.93	**.000**[a]
Partnerschafts-Belastung	1.27	1.13	0.70	0.85	0.57	5.33	**.001**[a]
Partnerschaft-Stärkung	1.91	0.76	2.30	0.92	-0.39	-4.10	**.011**[a]
	$M_{(B)}$	**SD**	**$M_{(C)}$**	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(C)}$**	**t**	**p**
Unterstützung	2.27	0.82	2.61	0.70	-0.34	-3.24	**.020**
	$M_{(B)}$	**SD**	**$M_{(D)}$**	**SD**	**$M_{(B)}$-$M_{(D)}$**	**t**	**p**
Unterstützung	2.27	0.82	2.62	0.79	-0.35	-3.36	**.018**
Persönliche Belastung	2.39	0.66	2.06	0.86	0.33	3.15	**.025**
	$M_{(C)}$	**SD**	**$M_{(D)}$**	**SD**	**$M_{(C)}$-$M_{(D)}$**	**t**	**p**
Kommunikations-Probleme	1.12	1.02	0.64	0.99	0.48	4.86	**.004**[a]
Persönliche Belastung	2.52	0.62	2.06	0.86	0.46	4.73	**.008**[a]
Partnerschafts-Belastung	1.18	1.10	0.70	0.85	0.48	4.85	**.005**[a]
Partnerschaft-Stärkung	1.92	0.84	2.30	0.92	-0.38	-3.98	**.014**[a]

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*.

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: ***df*** = 32)

p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant

Tabelle D-33

Zusammenhänge zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)}$) der Gesamtskalen der PQ.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests							
	$PQ_{(A)}$		**$PQ_{(B)}$**		**$PQ_{(C)}$**		**$PQ_{(D)}$**	
PQ	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
$PQ_{(A)}$	1	**.**	.703	**.000**	.811	**.000**	.611	**.000**
$PQ_{(B)}$			1	**.**	.725	**.000**	.684	**.000**
$PQ_{(C)}$					1	**.**	.648	**.000**
$PQ_{(D)}$							1	**.**

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*.

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle D-34

Zusammenhänge der Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die absoluten Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)}$-$M_{(B/C/D)}$) der Gesamtskalen der PQ.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests											
	$PQ_{(A-B)}$		**$PQ_{(A-C)}$**		**$PQ_{(A-D)}$**		**$PQ_{(B-C)}$**		**$PQ_{(B-D)}$**		**$PQ_{(C-D)}$**	
PQ	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
$PQ_{(A-B)}$	1	.	.503	**.003**	.660	**.000**	-.680	**.000**	.424	**.014**	.360	**.049**
$PQ_{(A-C)}$			1	.	.595	**.000**	-.292	.100	.103	.568	.420	**.019**
$PQ_{(A-D)}$					1	.	-.400	**.021**	.557	**.001**	.654	**.000**
$PQ_{(B-C)}$							1	.	-.226	.205	-.549	**.001**
$PQ_{(B-D)}$									1	.	.388	**.026**
$PQ_{(C-D)}$											1	.

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*.

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle D-35

Signifikante Vergleiche des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33), des durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)t1/t3}$) und Standardabweichungen (SD) der Items der PQ sowie Ergebnisse der Varianzanalysen.

	Vergleichsmaße				Maße des Signifikanztests								
					Haupteffekt Gruppe			Haupteffekt Zeitpunkt			Interaktions-effekt		
PQ	**$M_{(t1)}$**	**SD**	**$M_{(t3)}$**	**SD**	**F**	**p**	**η²**	**F**	**p**	**η²**	**F**	**p**	**η²**
$I1_{(C)}$	2.46	0.71	2.48	0.62	4.00	**.049**	.105	0.23	.638	.007	0.07	.801	.002
$I1_{(D)}$	2.61	0.70	2.67	0.48									
$I2_{(A)}$	0.79	1.05	0.48	0.83	0.19	.703	.005	9.77	**.004**[a]	.234	0.30	.586	.009
$I2_{(B)}$	0.80	1.02	0.33	0.65									
$I2_{(A)}$	0.79	1.05	0.48	0.83	4.74	**.037**	.129	4.02	**.048**	.109	0.05	.825	.002
$I2_{(C)}$	1.12	1.22	0.76	1.06									
$I2_{(B)}$	0.80	1.02	0.33	0.65	4.03	**.048**	.106	6.49	**.016**	.169	0.07	.791	.002
$I2_{(C)}$	1.12	1.22	0.76	1.06									
$I2_{(C)}$	1.12	1.22	0.76	1.06	4.82	**.035**	.131	1.38	.249	.041	1.09	.304	.033
$I2_{(D)}$	0.64	0.99	0.58	0.66									
$I3_{(A)}$	2.48	0.80	2.67	0.69	2.41	.130	.070	7.33	**.011**[a]	.186	0.80	.377	.024
$I3_{(B)}$	2.27	0.84	2.61	0.61									
$I4_{(A)}$	2.70	0.59	2.48	0.71	22.15	**.000**[a]	.409	35.29	**.000**[a]	.524	10.24	**.003**[a]	.242
$I4_{(B)}$	2.39	0.66	1.70	0.53									
$I4_{(A)}$	2.70	0.59	2.48	0.71	19.64	**.000**[a]	.380	36.01	**.000**[a]	.529	8.18	**.007**[a]	.204
$I4_{(C)}$	2.52	0.62	1.79	0.42									
$I4_{(A)}$	2.70	0.59	2.48	0.71	26.27	**.000**[a]	.451	4.05	**.047**	.105	0.03	.865	.001
$I4_{(D)}$	2.06	0.86	1.88	0.55									
$I4_{(B)}$	2.39	0.66	1.70	0.53	1.04	.315	.032	66.81	**.000**[a]	.676	0.03	.876	.001
$I4_{(C)}$	2.52	0.62	1.79	0.42									
$I4_{(B)}$	2.39	0.66	1.70	0.53	0.37	.549	.011	17.92	**.000**[a]	.359	6.63	**.015**	.172
$I4_{(D)}$	2.06	0.86	1.88	0.55									
$I4_{(C)}$	2.52	0.62	1.79	0.42	2.81	.103	.081	22.54	**.000**[a]	.413	5.22	**.029**	.140
$I4_{(D)}$	2.06	0.86	1.88	0.55									
$I5_{(A)}$	2.21	1.02	2.58	0.71	1.86	.182	.055	9.71	**.004**[a]	.233	1.09	.304	.033
$I5_{(B)}$	2.39	0.79	2.61	0.61									
$I5_{(A)}$	2.21	1.02	2.58	0.71	0.04	.839	.001	12.26	**.001**[a]	.277	1.82	.187	.054
$I5_{(C)}$	2.36	0.70	2.48	0.62									
$I5_{(A)}$	2.21	1.02	2.58	0.71	0.58	.451	.018	4.00	**.049**	.108	1.62	.213	.048
$I5_{(D)}$	2.45	0.79	2.55	0.56									
$I5_{(B)}$	2.39	0.79	2.61	0.61	0.29	.595	.009	5.50	**.025**	.147	0.42	.521	.013
$I5_{(C)}$	2.36	0.70	2.48	0.62									

Fortsetzung Tabelle D-35

I6$_{(A)}$	1.27	1.13	0.91	1.01	1.23	.276	.037	4.47	**.042**	.122	0.24	.630	.007
I6$_{(C)}$	1.18	1.07	0.70	1.02									
I6$_{(A)}$	1.27	1.13	0.91	1.01	13.89	**.001**[a]	.303	1.95	.172	.058	2.59	.117	.075
I6$_{(D)}$	0.70	0.85	0.67	0.99									
I6$_{(B)}$	0.97	1.08	0.94	0.83	5.80	**.022**	.153	0.04	.842	.001	0.01	.998	.001
I6$_{(D)}$	0.70	0.85	0.67	0.99									
I7$_{(A)}$	1.91	0.77	2.03	0.95	2.27	.141	.066	4.36	**.045**	.120	4.04	**.047**	.108
I7$_{(C)}$	1.92	0.84	2.30	0.73									
I7$_{(A)}$	1.91	0.77	2.03	0.95	6.48	**.016**	.168	2.07	.160	.061	0.02	.997	.002
I7$_{(D)}$	2.21	0.92	2.33	0.93									
I7$_{(B)}$	2.00	0.97	2.12	0.78	0.30	.585	.009	4.00	**.049**	.108	1.85	.184	.055
I7$_{(C)}$	1.92	0.84	2.30	073									
I7$_{(B)}$	2.00	0.97	2.12	0.78	6.77	**.014**	.175	2.58	.118	.075	0.01	.998	.001
I7$_{(D)}$	2.21	0.92	2.33	0.93									
I7$_{(C)}$	1.92	0.84	2.30	0.73	4.63	**.039**	.141	8.69	**.006**[a]	.214	0.95	.337	.029
I7$_{(D)}$	2.21	0.92	2.33	0.93									

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit (I1)*, *Kommunikations-Probleme (I2)*, *Unterstützung (I3)*, *Persönliche Belastung (I4)*, *Verständnis (I5)*, *Partnerschafts-Belastung (I6)* und *Partnerschafts-Stärkung (I7)*.

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

F Test-Wert der zweifaktoriellen ANOVA mit Anpassung für Mehrfachvergleiche nach *Bonferroni* (Freiheitsgrade: ***df*** = 1,32)

p Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant

η² Partielles Eta² als Schätzer der Effektgröße (≥ .01 = klein, ≥ .06 = mittel, ≥ **.14** = groß)

Tabelle D-36

Vergleich des Selbstbildes (A) der Patientin (n = 33), des durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), des durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und des Fremdbildes (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität zu Reha-Beginn (t1) und vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)t1/t3}$), Standardabweichungen (SD) und Mittelwertsdifferenzen ($M_{(t3)}$-$M_{(t1)}$) der Gesamtskalen der PQ sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					**Maße des Signifikanztests**	
PQ	**$M_{(t1)}$**	**SD**	**$M_{(t3)}$**	**SD**	**$M_{(t3)}$-$M_{(t1)}$**	**t**	**p**
PQ$_{(A)}$	1.90	0.66	2.14	0.59	-0.24	-3.61	**.001**[a]
PQ$_{(B)}$	2.00	0.58	2.28	0.37	-0.28	-3.27	**.003**[a]
PQ$_{(C)}$	1.93	0.51	2.24	0.36	-0.31	-3.31	**.002**[a]
PQ$_{(D)}$	2.21	0.39	2.30	0.34	-0.09	-1.49	.147

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*.

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: ***df*** = 32)

p Signifikanz des Testwertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] nach Adjustierung für Mehrfachvergleiche signifikant

Tabelle D-37

Zusammenhänge zwischen den Veränderungen im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die absoluten Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C/D)t3\text{-}t1}$) der Gesamtskalen der PQ.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests							
	$PQ_{(A)t3\text{-}t1}$		**$PQ_{(B)t3\text{-}t1}$**		**$PQ_{(C)t3\text{-}t1}$**		**$PQ_{(D)t3\text{-}t1}$**	
PQ	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
$PQ_{(A)t3\text{-}t1}$	1	**.**	.290	.101	.406	**.019**	.139	.441
$PQ_{(B)t3\text{-}t1}$			1	**.**	.445	**.009**	.201	.263
$PQ_{(C)t3\text{-}t1}$					1	**.**	.292	.100
$PQ_{(D)t3\text{-}t1}$							1	**.**

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit, Kommunikations-Probleme, Unterstützung, Persönliche Belastung, Verständnis, Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*.

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle D-38

Vergleich der veränderten Differenzen zwischen dem Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners hinsichtlich der Partnerschaftsqualität vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) - Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A\text{-}B/A\text{-}C/A\text{-}D/B\text{-}C/B\text{-}D/C\text{-}D)t3\text{-}t1}$), Standardabweichungen (SD) und Differenz der Mittelwertsdifferenzen ($Diff_{(1)}$-$Diff_{(2)}$) der Gesamtskalen der PQ sowie Ergebnisse der t-Tests.

	Vergleichsmaße					**Maße des Signifikanztests**	
PQ	**$M_{(A\text{-}B)t3\text{-}t1}$**	**SD**	**$M_{(A\text{-}C)t3\text{-}t1}$**	**SD**	**$Diff_{(A\text{-}B)\text{-}(A\text{-}C)t3\text{-}t1}$**	**t**	**p**
PQ	0.04	0.53	0.07	0.51	0.03	0.18	.857
	$M_{(A\text{-}B)t3\text{-}t1}$	**SD**	**$M_{(A\text{-}D)t3\text{-}t1}$**	**SD**	**$Diff_{(A\text{-}B)\text{-}(A\text{-}D)t3\text{-}t1}$**	**t**	**p**
PQ	0.04	0.53	-0.15	0.48	-0.19	-2.15	**.039**
	$M_{(A\text{-}B)t3\text{-}t1}$	**SD**	**$M_{(B\text{-}C)t3\text{-}t1}$**	**SD**	**$Diff_{(A\text{-}B)\text{-}(B\text{-}C)t3\text{-}t1}$**	**t**	**p**
PQ	0.04	0.53	-0.03	0.55	-0.07	-0.77	.635
	$M_{(A\text{-}B)t3\text{-}t1}$	**SD**	**$M_{(B\text{-}D)t3\text{-}t1}$**	**SD**	**$Diff_{(A\text{-}B)\text{-}(B\text{-}D)t3\text{-}t1)}$**	**t**	**p**
PQ	0.04	0.53	-0.19	0.56	-0.23	-2.32	**.021**
	$M_{(A\text{-}B)t3\text{-}t1}$	**SD**	**$M_{(C\text{-}D)t3\text{-}t1}$**	**SD**	**$Diff_{(A\text{-}B)\text{-}(C\text{-}D)t3\text{-}t1}$**	**t**	**p**
PQ	0.04	0.53	-0.22	0.55	-0.26	-2.66	**.015**

Fortsetzung Tabelle D-38

	$M_{(A-C)t3-t1}$	SD	$M_{(A-D)t3-t1}$	SD	$Diff_{(A-C)-(A-D)t3-t1}$	t	p
PQ	0.07	0.51	-0.15	0.48	-0.22	-2.28	**.030**
	$M_{(A-C)t3-t1}$	SD	$M_{(B-C)t3-t1}$	SD	$Diff_{(A-C)-(B-C)t3-t1}$	t	p
PQ	0.07	0.51	-0.03	0.55	-0.10	-0.97	.477
	$M_{(A-C)t3-t1}$	SD	$M_{(B-D)t3-t1}$	SD	$Diff_{(A-C)-(B-D)t3-t1}$	t	p
PQ	0.07	0.51	-0.19	0.56	-0.26	-2.66	**.015**
	$M_{(A-C)t3-t1}$	SD	$M_{(C-D)t3-t1}$	SD	$Diff_{(A-C)-(C-D)t3-t1}$	t	P
PQ	0.07	0.51	-0.22	0.55	-0.29	-2.79	**.006**
	$M_{(A-D)t3-t1}$	SD	$M_{(B-C)t3-t1}$	SD	$Diff_{(A-D)-(B-C)t3-t1}$	t	p
PQ	-0.15	0.48	-0.03	0.55	0.12	1.29	.306
	$M_{(A-D)t3-t1}$	SD	$M_{(B-D)t3-t1}$	SD	$Diff_{(AD)-(B-D)t3-t1}$	t	p
PQ	-0.15	0.48	-0.19	0.56	-0.04	-0.21	.835
	$M_{(A-D)t3-t1}$	SD	$M_{(C-D)t3-t1}$	SD	$Diff_{(A-D)-(C-D)t3-t1}$	t	p
PQ	-0.15	0.48	-0.22	0.55	-0.07	-0.56	.577
	$M_{(B-C)t3-t1}$	SD	$M_{(B-D)t3-t1}$	SD	$Diff_{(B-C)-(B-D)t3-t1}$	t	p
PQ	-0.03	0.55	-0.19	0.56	-0.16	-2.09	**.049**
	$M_{(B-C)t3-t1}$	SD	$M_{(C-D)t3-t1}$	SD	$Diff_{(B-C)-(C-D)t3-t1}$	t	p
PQ	-0.03	0.55	-0.22	0.55	-0.19	-2.25	**.032**
	$M_{(B-D)t3-t1}$	SD	$M_{(C-D)t3-t1}$	SD	$Diff_{(B-D)-(C-D)t3-t1}$	t	p
PQ	-0.19	0.56	-0.22	0.55	-0.03	-0.18	.857

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*.

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
t Test-Wert des t-Tests bei gepaarten Stichproben (Freiheitsgrade: ***df*** = 32)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle D-39

Zusammenhänge zwischen den Differenzen im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) bzw. dem Fremdbild (D) des Partners zu Reha-Beginn (t1) und den Differenzen vier Wochen nach Abschluss (t3) hinsichtlich der Partnerschaftsqualität - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die absoluten Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A-B/A-C/A-D/B-C/B-D/C-D)t1/t3}$) der Gesamtskalen der PQ.

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests											
	$PQ_{(A-B)}$		$PQ_{(A-C)}$		$PQ_{(A-D)}$		$PQ_{(B-C)}$		$PQ_{(B-D)}$		$PQ_{(C-D)}$	
PQ	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
PQ_{t1}xPQ_{t3}	.351	**.049**	.455	**.008**	.504	**.003**	.243	.173	.054	.765	.078	.666

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ) aus Subskalen *Zufriedenheit*, *Kommunikations-Probleme*, *Unterstützung*, *Persönliche Belastung*, *Verständnis*, *Partnerschafts-Belastung* und *Partnerschafts-Stärkung*.

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe
r Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)
p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$)

Tabelle D-40

Nicht-signifikante Zusammenhänge zwischen der Partnerschaftsqualität und der Befindlichkeit im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners (bzw. deren Differenzen) zu Reha-Beginn (t1) sowie zwischen den Veränderungen vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)}$) der Gesamtskalen von PQ mit BSKE und DT sowie für deren absolute Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)}$-$M_{(B/C/D)t1}$ resp. $M_{(t3)}$-$M_{(t1)}$).

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests					
	Positive Affektivität		**Negative Affektivität**		**Globale Stressbelastung**	
PQ	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
			BSKE/DT - A_{t1}			
$PQ_{(C)t1}$	.074	.684	-.109	.545	-.204	.255
$PQ_{(D)t1}$	.234	.189	-.162	.369	-.290	.104
			BSKE/DT - B_{t1}			
$PQ_{(C)t1}$	.107	.553	-.146	.416	-.208	.245
$PQ_{(D)t1}$	.236	.186	-.147	.415	-.283	.107
			BSKE/DT - A-B_{t1}			
$PQ_{(A-B)t1}$	.045	.805	-.077	.671	-.223	.213
$PQ_{(A-C)t1}$	.289	.103	-.242	.175	-.260	.140
$PQ_{(A-D)t1}$	.092	.609	-.040	.825	-.179	.319
$PQ_{(B-C)t1}$	.196	.275	-.290	.102	-.059	.745
$PQ_{(B-D)t1}$	.057	.753	-.142	.431	-.056	.757
$PQ_{(C-D)t1}$	.160	.375	-.179	.319	-.121	.501
			BSKE/DT - A_{t3-t1}			
$PQ_{(B)t3-t1}$	.190	.306	-.202	.276	-.036	.847
			BSKE/DT - B_{t3-t1}			
$PQ_{(B)t3-t1}$	.018	.923	-.252	.171	-.027	.886

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ). BSKE-Gesamtskalen (Ratingskala = 0-6): *Positive Affektivität* (PA) sowie *Negative Affektivität* (NA). DT-Gesamtskala (Analogskala = 0-10): *Globale Stressbelastung* (GS).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

r (Partielle) Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)

p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] auch unter Kontrolle der Ausgangswerte nicht signifikant

Tabelle D-41

Nicht-signifikante Zusammenhänge zwischen der Partnerschaftsqualität und dem negativen Körperbild im Selbstbild (A) der Patientin (n = 33), dem durch den Partner (n = 33) antizipierten Selbst- (B), dem durch die Patientin antizipierten Fremd- (C) und dem Fremdbild (D) des Partners (bzw. deren Differenzen) zu Reha-Beginn (t1) sowie zwischen den Veränderungen vom Reha-Beginn (t1) bis vier Wochen nach Abschluss (t3) - Ergebnisse der Korrelationsanalysen für die Mittelwerte ($M_{(A/B/C/D)}$) der Gesamtskalen von PQ mit BIBCQ sowie für deren absolute Mittelwertsdifferenzen ($M_{(A/B/C)}$-$M_{(B/C/D)t1}$ resp. $M_{(t3)}$-$M_{(t1)}$).

	Zusammenhangsmaße und Maße des Signifikanztests					
	Körperbild$_{(Ges)}$		**Körperbild$_{(Brust)}$**		**Körperbild$_{(Mast)}$**	
PQ	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
			BIBCQ - A-B$_{t1}$			
PQ$_{(A-B)t1}$	.112	.534	.144	.545	.059	.849
PQ$_{(A-C)t1}$	.018	.919	.021	.932	.004	.989
PQ$_{(A-D)t1}$	.025	.889	.117	.622	.093	.762
PQ$_{(B-C)t1}$	.140	.437	.188	.427	.044	.886
PQ$_{(B-D)t1}$	.168	.351	.347	.134	.073	.813
PQ$_{(C-D)t1}$	.013	.942	.119	.618	.126	.682
			BIBCQ - A-C$_{t1}$			
PQ$_{(A-B)t1}$	-.059	.745	-.100	.675	-.030	.922
PQ$_{(A-C)t1}$	-.194	.280	-.145	.542	-.051	.869
PQ$_{(A-D)t1}$	-.061	.735	-.127	.593	-.154	.616
PQ$_{(B-C)t1}$	-.099	.582	-.226	.338	-.076	.804
PQ$_{(B-D)t1}$	-.146	.419	-.007	.976	-.177	.563
PQ$_{(C-D)t1}$	-.257	.149	-.273	.244	-.272	.369
			BIBCQ - A-D$_{t1}$			
PQ$_{(A-B)t1}$	-.176	.327	-.231	.328	-.096	.756
PQ$_{(A-C)t1}$	-.165	.359	-.140	.556	-.235	.440
PQ$_{(A-D)t1}$	-.238	.182	-.174	.464	-.261	.390
PQ$_{(B-C)t1}$	-.055	.760	-.176	.462	-.159	.605
PQ$_{(B-D)t1}$	-.072	.689	-.126	.596	-.262	.387
PQ$_{(C-D)t1}$	-.134	.457	-.081	.733	-.107	.729
			BIBCQ - B-C$_{t1}$			
PQ$_{(A-B)t1}$	-.068	.706	-.211	.372	-.095	.758
PQ$_{(A-C)t1}$	-.165	.360	-.130	.584	-.040	.898
PQ$_{(A-D)t1}$	-.021	.908	-.012	.961	-.243	.424
PQ$_{(B-C)t1}$	-.215	.229	-.349	.132	-.118	.700
PQ$_{(B-D)t1}$	-.058	.748	-.318	.173	-.239	.431
PQ$_{(C-D)t1}$	-.181	.315	-.099	.679	-.384	.195
			BIBCQ - B-D$_{t1}$			
PQ$_{(A-B)t1}$	-.133	.461	-.139	.558	-.102	.739
PQ$_{(A-C)t1}$	-.291	.100	-.254	.281	-.476	.100
PQ$_{(B-C)t1}$	-.116	.521	-.018	.939	-.398	.178
PQ$_{(C-D)t1}$	-.249	.162	-.314	.177	-.017	.955

Fortsetzung Tabelle D-41

	BIBCQ - C-D_{t1}					
$PQ_{(A-B)t1}$	-.148	.412	-.292	.212	-.155	.612
$PQ_{(A-C)t1}$	-.039	.827	-.021	.931	-.281	.352
$PQ_{(A-D)t1}$	-.290	.100	-.259	.269	-.451	.106
$PQ_{(B-C)t1}$	-.130	.471	-.335	.148	-.156	.610
$PQ_{(B-D)t1}$	-.181	.313	-.113	.636	-.402	.181
$PQ_{(C-D)t1}$	-.227	.163	-.284	.225	-.365	.220
	BIBCQ - A_{t1-t3}					
$PQ_{(B)t1-t3}$	-.029	.876	-.174	.520	-.386	.241
$PQ_{(C)t1-t3}$	-.189	.308	-.158	.559	-.373	.258
$PQ_{(D)t1-t3}$	-.193	.297	-.161	.551	-.223	.510
	BIBCQ - D_{t1-t3}					
$PQ_{(A)t1-t3}$	-.157	.398	-.215	.423	-.352	.288
$PQ_{(B)t1-t3}$	-.210	.258	-.241	.269	-.132	.699
$PQ_{(C)t1-t3}$	-.028	.881	-.318	.229	-.068	.841
$PQ_{(D)t1-t3}$	-.150	.422	-.063	.817	-.425	.193

Anmerkung. PQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Partnerschaftsqualität* (PQ). BIBCQ-Gesamtskala (Ratingskala = 0-3): *Negatives Körperbild*$_{(Gesamt)}$ (KB). Behandlungsspezifische Skalen: "Brusterhaltende Therapie" (n = 20) und "Mastektomie" (n = 13).

n Anzahl der Personen in der Teilstichprobe

r (Partielle) Korrelation nach *Pearson* (≥ .10 = klein, ≥ **.30** = mittel, ≥ **.50** = groß)

p Signifikanz des Test-Wertes (2-seitig) (**signifikant**, mind. $p < .05$); [a] auch unter Kontrolle der Ausgangswerte nicht signifikant