



universität
wien

Diplomarbeit

Körperwahrnehmung bei Nierentransplantationspatienten

Ulrike Pia Edlinger

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2014

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: A. Univ.-Prof. Dr. Thomas Slunecko

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Berlin am, 18.11.2014

(Ulrike Edlinger)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
1.1 <i>Allgemeine Betrachtungen zur Organtransplantation</i>	8
1.1.1 Historische Entwicklung der Transplantation	8
1.1.2 Aktuelle Daten zur Transplantation in Deutschland	9
1.1.3 Lebendspende versus postmortale Spende	9
1.1.4 Lebensqualität vor und nach einer Transplantation	10
1.1.5 Gesetzliche Regelung durch das Transplantationsgesetz	12
1.2 <i>Psychologische Aspekte einer Nierentransplantation</i>	13
1.2.1 Das Maschinenmodell des Körpers in der modernen Medizin	15
1.2.2 Die Einheit von Leib sein und Körper haben	16
1.2.3 Begriffsbestimmung	17
1.2.4 Organintegration	18
1.3 <i>Kellys Theorie der persönlichen Konstrukte</i>	20
1.3.1 George A. Kelly	20
1.3.2 Der Konstruktive Alternativismus als philosophische Grundlage der Theorie der Persönlichen Konstrukte	22
1.3.3 Kellys Grundpostulat und seine elf Korollarien	24
1.3.4 Das Repertory Grid als Werkzeug der Theorie der persönlichen Konstrukte	26
1.3.5 Das „Körper-Grid“ als Modifikation der Repertory Grid Technik	28
2. Präzisierung der Fragestellung	29
2.1 <i>Hypothese 1</i>	31
2.2 <i>Hypothese 2</i>	31
3. Methode	32
3.1 <i>Datenerhebung</i>	32
3.2 <i>Datenerhebungsinstrumente</i>	32
3.3 <i>Beschreibung der Stichprobe</i>	32
3.4 <i>Versuchsablauf</i>	33
3.5 <i>Beschreibung der Datenerhebung durch den Körper-Grid</i>	34
3.6 <i>Begründung der Auswahl der Methode</i>	35
3.7 <i>Datenauswertung</i>	36

4. Ergebnisse	37
4.1 Quantitativ-strukturelle Auswertung	37
4.2 Qualitativ-inhaltliche Auswertung	41
4.3 Interpretation und Beschreibung der Eigenstrukturanalyse (ESA)	47
5. Diskussion	52
5.1 Quantitativ-strukturelle Dimension der Körperwahrnehmung	52
5.2 Qualitativ-inhaltsanalytische Dimension der Körperwahrnehmung	53
5.3 Diskussion der Methode	59
5.4 Diskussion der Stichprobe	60
6. Zusammenfassung	61
7. Ausblick	63
8. Literaturverzeichnis	65
9. Tabellenverzeichnis	73
10. Abbildungsverzeichnis	73
11. Anhang	74
Einwilligungserklärung	75
Fragebogen für NTx Empfänger	76
Kurzfassung	79
Abstract	80
Curriculum Vitae	83

1. Einleitung

„Und du, Organ, gehörst jetzt wirklich mir? Wem gehört ein transplantiertes Organ? Wurde es mir geschenkt, oder gehört es weiterhin Eurotransplant, der Klinik oder der Krankenkasse? Ist es etwa so, dass ich dich nur verwahren, versorgen, durchbluten, erhalten soll? Bin ich bloß der Behälter, der Apparat, der dich am Leben erhält? Könnte eines Tages ein Brief im Kasten liegen, in dem ich lesen muß: Herr W., wir hätten gern unsere Leber zurück, kommen Sie doch bitte am Soundsovielten ins Krankenhaus, wir haben einen Besseren gefunden, einen, der sie eher verdient, besser versorgt, mehr aus ihr macht?“

(aus dem Roman „Leben“ von David Wagner, 2013 S. 178)

Die moderne Medizin sieht im Körper einen objektiven Gegenstand, der prinzipiell form- und veränderbar ist. Doch dieser objektive Körper ist immer Körper eines Betroffenen und somit nicht nur Objekt, sondern zugleich immer auch Subjekt. Ein Subjekt, das sich nicht verändern lässt, ohne selbst betroffen zu sein. Jeder medizinische Eingriff ist eine Veränderung am Subjekt und somit eine Veränderung der "physischen, psychischen und sozialen Existenz des Menschen" (Manzei, 2003, S. 187). In Anlehnung an Plessner (1928) spricht Manzei (2003) vom *doppelten Aspekt des Körpers*. Sieht man den Körper unter diesem Aspekt, stellt jede Transplantation einen gravierenden Eingriff „in Leib und Leben der Betroffenen dar“ (Manzei, 2003, ebd.). Die besondere psychische Herausforderung einer Transplantation liegt darin, dass ein fremdes Organ „als Objekt ins Körperselbst integriert" (Decker, Borkenhagen, Wenzke & Brähler, 2000, S. 126) werden muss, um so wiederum Teil eines Subjekts werden zu können.

Die vorliegende Arbeit möchte nun anhand subjektiver Selbstzuschreibungen untersuchen, wie Nierentransplantationspatienten auf diese „existentiellen Herausforderungen" (Kalitzkus, 2003, S.45) reagieren und nach welchen Mustern diese Patienten ihre veränderte Körperwahrnehmung strukturieren. Zudem sollen über den Zugang der impliziten Körperwahrnehmung mögliche Unterschiede in der Wahrnehmung des Körpererlebens zwischen Empfängern einer Lebendspende und Empfängern einer postmortalen Spende sichtbar gemacht werden.

1.1 Allgemeine Betrachtungen zur Organtransplantation

1.1.1 Historische Entwicklung der Transplantation

Der Wunsch pathologisch veränderte Organe, Gewebe und Gliedmaßen durch funktionstüchtige zu ersetzen, reicht weit in die Menschheitsgeschichte zurück. Im Vergleich dazu beginnt die erste Phase der experimentellen Organtransplantation verhältnismäßig spät zu Beginn des 20. Jahrhunderts (Hontschik, 1999). Die Gründe hierfür sieht Manzei (2003) im Wandel der Schulmedizin von der Humoralpathologie des Mittelalters hin zur naturwissenschaftlich-technischen Medizin der Neuzeit begriffen. Dieser Wandel sorgte für eine grundlegende Veränderung der Menschenbilder und Körpervorstellungen in der Medizin. Erst die Vorstellung vom festen, klar abgegrenzten, durchsichtigen, messbaren und prinzipiell versteh- sowie beherrschbaren Körper der Moderne konnte der Transplantationsmedizin den Weg ebnen.

Als Geburtsstunde der modernen Transplantationsmedizin kann eine 1902 an Hunden durchgeführte Nierentransplantation gelten. Dabei gelingt es dem Wiener Mediziner Emerich Ullmann erstmals, nicht nur die Lebensfähigkeit eines transplantierten Organs, sondern auch dessen physiologische Funktion zu erhalten (Nagy, 1999). Dennoch dauert es weitere fünf Jahrzehnte, bis der Pariser Chirurg Michon im Jahr 1953 die Niere eines Lebendspenders überträgt. Diese Transplantation bleibt erfolglos, da es bereits nach 22 Tagen zu einer akuten Abstoßungsreaktion und infolgedessen zum Organverlust kommt. Die erste erfolgreiche Nierentransplantation mit Langzeitüberleben gelingt Joseph Murray 1954 in Boston bei eineiigen Zwillingen. Der Patient lebt weitere acht Jahre mit einer funktionstüchtigen Niere und verstirbt schließlich an einem Herzinfarkt. Damit war das Problem der Abstoßung allerdings nicht gelöst, da eineiige Zwillinge gewebesidente Menschen sind. Erst mit der, durch den Nobelpreisträger Alexis Carrel entwickelte Methode der Gefäßanastomose Mitte des 20. Jahrhunderts, sowie der Einführung der Gewebetypisierung und der Entwicklung besserer Immunsuppressiva Anfang und Mitte der 80er Jahre, konnten große Fortschritte auf dem Gebiet der Transplantationsmedizin erzielt werden. Heutzutage gilt die Transplantationsmedizin als unverzichtbare Therapieoption der westlichen Chirurgie bei Patienten mit terminalen Erkrankungen transplantierbarer Organe.

1.1.2 Aktuelle Daten zur Transplantation in Deutschland

Die erste Leichennierentransplantation in Deutschland wurde im Jahr 1963 durch Bücherl, Brosig und Nagel vorgenommen und bereits im Folgejahr wurde die erste Lebendnierentransplantation durch Brosig und Nagel durchgeführt (Sprenger-Klasen, 2004). Seither hat sich die Organtransplantation zu einem gut etablierten Behandlungsverfahren entwickelt, das in etwa 50 Kliniken der Bundesrepublik praktiziert wird. Seit dem Jahr 1963 wurden in Deutschland 116.650 Organe transplantiert und mit 75.972 transplantierten Nieren (Deutsche Stiftung Organtransplantation [DSO], 2013) stellt die Nierentransplantation die häufigste Transplantation dar. Es steht zudem außer Frage, dass diese Transplantation für Patienten mit einer chronischen Niereninsuffizienz eine deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität darstellt (Franke et al., 2000). Allerdings besteht ein großes Missverhältnis zwischen verfügbaren und dringend benötigten Organen. Im Fall der Niere wurden im vergangenen Jahr 2 272 Nieren (DSO, 2013, S.66) transplantiert, wobei in etwa dreimal so viele Patienten auf der Warteliste für eine neues Organ stehen. Diese Zahlen machen deutlich, dass die Versorgung mit passenden Spenderorganen in Deutschland, wie in vielen anderen Ländern, unzureichend ist. Jedoch hat sich die Situation Deutschland aufgrund eines Organspendeskandals im Jahr 2012 noch zusätzlich verschärft. Dieser Skandal, bei dem in verschiedenen Transplantationszentren Deutschlands gezielt Wartelistenplätze manipuliert wurden, hat dafür gesorgt, dass das Vertrauen der Bevölkerung in die Organtransplantation merklich abgenommen hat und die postmortalen Organspenden in Deutschland seither stark zurückgegangen sind. So verzeichnet die *Deutsche Stiftung Organtransplantation* (DSO) in ihrer aktuellen Pressemitteilung einen Rückgang der bundesweiten Organspender von 1.046 Spender auf nur 876 (DSO Pressemitteilung, 2014, Abs. 1). Das entspricht einem Minus von 16,3 Prozent allein im vergangenen Jahr. Infolge dieses akuten und anhaltenden Organmangels und aufgrund des besseren Outcomes werden weltweit immer häufiger Lebendspenden in Betracht gezogen.

1.1.3 Lebendspende versus postmortale Spende

Laut DSO Bericht wurden 2013 in Deutschland 1 547 Nieren nach einer postmortalen Organspende und 725 Nieren nach einer Lebendspende aus dem Eurotransplant-Verbund transplantiert (DSO, 2013, S.67). Dabei liegt Fünf-Jahres-Transplantat-Funktionsrate bei einer Nierentransplantation bei Organen von lebenden Spendern bei 87,5 Prozent und bei Organen von postmortalen Spendern bei 70,9 Prozent

(DSO, 2013, S. 69). In Deutschland handelt es sich bei Organspendern entweder um verstorbene Spender, die sich zu Lebzeiten ausdrücklich zu einer Organspende bereit erklärt haben oder um lebende Spender, in der Regel Verwandte oder dem Empfänger emotional nahestehende Personen (Köllner & Archonti, 2003).

Die Vermittlung und Koordination der postmortalen Spenderorgane in Deutschland, sowie in sechs weiteren europäischen Ländern (Belgien, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich und Ungarn) erfolgt durch die gemeinnützige Stiftung *Eurotransplant*. Diese Stiftung wurde 1967 in den Niederlanden gegründet und hat ihren Sitz in Leiden. Die Aufgabe der Stiftung ist die Organisation der länderübergreifenden Koordination des Organaustausches unter Berücksichtigung der Kriterien für eine optimale Spender- und Empfänger-Übereinstimmung. Zu diesem Zweck stellt sie eine angemessene, organisatorische, technische und wissenschaftliche Infrastruktur zur Verfügung. Zusätzlich kommt Eurotransplant eine Überwachungsfunktion zu, die das regelkonforme Verhalten aller Beteiligten gewährleisten und die „Eigennutzung“ von Organen an örtlichen Transplantationszentren verhindern soll (Manzei, 2003). Die Zuteilung der Organe durch Eurotransplant, die sogenannte Allokation „basiert dabei ausschließlich auf medizinischen und ethischen Gesichtspunkten“ (Eurotransplant, 2013, Abs. 1).

Demgegenüber steht die Lebendspende. In Deutschland ist es derzeit erlaubt, Teile der Leber oder Nieren zu spenden. Die Spende einer Niere ist möglich, da es sich bei der Niere um ein paarig angelegtes Organ handelt. Die Vorteile einer Lebendspende und die Gründe für eine bessere Funktionsrate bei Lebendspenden liegen in der genauen Planbarkeit des chirurgischen Eingriffs und in der deutlich kürzeren Ischämiezeit. Die Ischämiezeit beschreibt den Zeitraum der unterbrochenen Durchblutung eines Organs und dieser Zeitraum verkürzt sich bei einer Lebendspende deutlich, da sowohl die Organentnahme als auch die Übertragung in ein und demselben Transplantationszentrum durchgeführt werden können (Mehrabi et al., 2010).

1.1.4 Lebensqualität vor und nach einer Transplantation

Die Transplantation stellt für Patienten mit chronischem oder akutem Nierenversagen nicht die einzige lebensrettende Maßnahme dar. Diesen Patienten steht mit der Dialyse eine Ersatztherapie zur Verfügung. Grundsätzlich unterscheidet man zwei Arten der Dialyse: zum einen die Hämodialyse, die sogenannte „Blutwäsche“ und zum anderen die Peritonealdialyse, die auch Bauchfelldialyse genannt wird, da in diesem

speziellen Fall das Bauchfell als Dialysemembran fungiert. Die Zeit am Dialysegerät wird von den meisten Patienten als äußerst belastend erlebt (Kimball & Famularo, 1980), da sie häufig mit großen Einschränkungen und multiplen körperlichen und psychischen Beschwerden verbunden ist. Neben der Notwendigkeit der regelmäßigen Blutwäsche wird der Tagesablauf dieser Patienten durch diätische Maßnahmen und die regelmäßige Medikamenteneinnahme streng geregelt. Der Alltag dieser Patienten und auch der ihrer Angehörigen ist somit stark beeinflusst und die Transplantation eng mit der Hoffnung auf ein besseres und gesünderes Leben verknüpft. Damit erlangt das Organ bereits vor der Transplantation eine existentielle Bedeutung, die nach der Implantation noch einmal verstärkt wird (Manzei, 2003). Neben dieser Hoffnung auf ein besseres Leben, ist die Wartezeit auf ein neues Organ zusätzlich mit Ängsten und Schuldgefühlen verbunden. Den Patienten ist dabei durchaus bewusst, dass ihre Hoffnung eng „mit den Organen eines anderen, bisher noch lebenden Menschen verknüpft“ (Manzei, 2003, S. 193) ist. David Wagner (2013), selbst Transplantationspatient, fasst diesen Konflikt in seinem Roman *„Leben“* folgendermaßen zusammen: „Möchte ich, daß du stirbst? Nein, ich möchte nicht, dass du, wo auch immer du dich gerade aufhältst, überfahren wirst. Oder durch die Windschutzscheibe gegen einen Baum fliegst. Ich möchte nicht, daß dir ein Aneurysma platzt, ich möchte nicht, dass du wie auch immer ums Leben kommst. Eigentlich nicht“ (S. 90/91).

Nach einer Nierentransplantation kommt es rasch zu einer Besserung der Urämiespezifischen Komplikationen wie Anämie, Osteopathie, Neuropathie, Juckreiz und Impotenz und dadurch zu einer spürbaren Verbesserung der Lebensqualität (Sprenger-Klasen, 2004). Die Erfolgsquote der Nierentransplantation liegt dabei deutlich über der Erfolgsquote anderer Transplantationen und auch vom ökonomischen Standpunkt aus gesehen, ist die Nierentransplantation die kostengünstigere Nierenersatztherapie (Deutsche Gesellschaft für Nephrologie, 2014, Abs. 1). Die höchste Lebenszufriedenheit nach einer Transplantation zeigen Transplantationspatienten mit ihrem Familienleben und dem Partner, geringere Zufriedenheit besteht bezüglich des Sexuallebens, der beruflichen Situation und der geistigen Leistungsfähigkeit (Hontschik, 1999.) Ebenfalls erwähnt sei in diesem Zusammenhang das aus der Sozialwissenschaft hinlänglich bekannte „Wohlbefindensparadox“, welches sich in der medizinischen Lebensqualitätsforschung auch unter dem Namen „Zufriedenheitsparadox“ (Herschbach, 2002, S.141) findet. Hierunter wird der ungeklärte Befund verstanden, „dass sich objektiv negative Lebensumstände meist nur in relativ geringem Ausmaß auf die subjektive Lebensqualität

niederschlagen“ (Herschbach, ebd.). In vielen empirischen Studien zur Lebensqualität nach der Transplantation eines soliden Organs zeigt sich eine deutlich bessere Einschätzung der globalen Lebensqualität, „als es die Summe der einzelnen Lebensqualitätsfelder (körperliches Wohlbefinden, psychischer Status und soziale Funktionsfähigkeit) erwarten ließen“ (Langenbach, Kuhn-Régnier, Geißler und Köhle, 2003, S. 38). Doch selbst wenn durch die Transplantation diverse Einschränkungen wegfallen, so müssen Transplantationspatienten auch nach einer Transplantation ein Leben lang viele verschiedene und komplexe Faktoren berücksichtigen wie beispielsweise das Einnehmen der richtigen Medikamentendosis zum angegebenen Zeitpunkt, das Wahrnehmen der Nachsorgetermine, die Selbstbeobachtung eventueller Symptome für Infektionen oder Abstoßung und vieles mehr.

1.1.5 Gesetzliche Regelung durch das Transplantationsgesetz

Seit dem 01.12.1997 regelt das Transplantationsgesetz (TPG) in der Bundesrepublik die Spende, Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen, die entweder nach dem Tod (postmortal) oder zu Lebzeiten gespendet werden. Der Deutschen Stiftung Organtransplantation kommt hierbei die Rolle der bundesweiten Koordinierungsstelle für Organspende zu. Die DSO wurde 1984 vom Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. in Neu-Isenburg gegründet und sieht ihre Aufgabe in der „umfassenden Förderung der Organspende und -transplantation in Deutschland“ (DSO, 2013, S.14). Im Jahr 2012 wurde das Transplantationsgesetz erweitert. Die Ergänzungen betreffen zum einen die vermehrte Förderung der Bereitschaft zur Organspende in der Bevölkerung und zum anderen die Änderung technischer Abläufe und Zuständigkeiten. Als vorrangiges Ziel wird die Forderung nach mehr Transparenz und Kontrolle genannt. Die Bereitschaft in der Bevölkerung soll durch umfassende Informationen geweckt werden und zudem werden die Krankenkassen verpflichtet, den Bürgerinnen und Bürgern ab dem 16. Lebensjahr einen Organspendeausweis zukommen zu lassen. So soll eine breitere Akzeptanz von Organspenden und eine vermehrte Auseinandersetzung mit dem Thema Organspende gewährleistet werden (DSO, 2012). Diese Maßnahmen sind notwendig, da in Deutschland die sogenannte *erweiterte Informationslösung* gilt, nach der nicht nur die Betroffenen zu Lebzeiten, sondern auch deren Angehörige, orientiert an einem mutmaßlichen Willen, über die Freigabe der Organe entscheiden können. In Österreich hingegen gilt seit 1982 die sogenannte *Widerspruchslösung*, die jede nicht dokumentierte Ablehnung als Zustimmung zur

Organentnahme wertet, selbst wenn Zweifel über den mutmaßlichen Willen des Betroffenen bestehen. Diese Regelung betrifft auch ausländische Bürger, die in Österreich als hirntot diagnostiziert werden (Manzei, 2003).

Des Weiteren fordert das deutsche Transplantationsgesetz ausdrücklich die psychosomatische Mitbetreuung der Patienten an den Transplantationszentren. In §10, Abs. 4 heißt es dort: „Die Transplantationszentren sind verpflichtet, vor und nach einer Organübertragung Maßnahmen für eine erforderliche psychische Betreuung der Patienten im Krankenhaus sicherzustellen (S.14)“

1.2 Psychologische Aspekte einer Nierentransplantation

Mit zunehmendem Fortschritt stellt die moderne Medizin ihre Patienten vor immer größere werdende Herausforderungen. So erfordern etwa der apparative Ersatz eines Organs oder auch die Implantation eines fremden Organs immense physische und psychische Anpassungsleistungen (Köllner und Archonti, 2003). Um die grundlegende Veränderung der menschlichen Natur durch die technische Entwicklung in der Medizin zu beschreiben, verwendet Decker (2004) den Begriff des „Prothesengottes“ und verweist damit auf eine Passage bei Sigmund Freud. In seiner Schrift „Das Unbehagen in der Kultur“ (1930) schreibt Freud: „Der Mensch ist sozusagen eine Art Prothesengott geworden, recht großartig, wenn er alle seine Hilfsorgane anlegt, aber sie sind nicht mit ihm verwachsen und machen ihm gelegentlich noch viel zu schaffen“ (Freud 1930, S.450 f.). Für Decker (2004) birgt diese Passage weit mehr Bedeutungsnuancen, als Freud an Ort und Stelle entwickelt hat. So charakterisiert der „Prothesengott“ aus heutiger Sicht einerseits die Illusion der narzisstischen Unverwundbarkeit durch die Mittel der modernen Medizin, als auch deren erlebte Erschütterung durch den Prozess der Transplantation (Brosig & Decker, 2006).

Am Anfang einer Nierentransplantation steht zunächst die Diagnose einer terminalen Niereninsuffizienz. Diese Diagnose kann bei Betroffenen ganz gegensätzliche Reaktionen hervorrufen. Einerseits kann es im Stadium relativen Wohlbefindens häufig zu Schock und Verleugnungsreaktionen kommen (Speidel, 1985). Andererseits kann die Diagnose für Patienten mit chronischen Beschwerden, das Ende einer andauernden Ungewissheit sein und möglicherweise auch eine Art Erleichterung bedeuten. Doch spätestens mit dem Beginn der Dialyse, sehen sich die Patienten mit massiven Einschränkungen konfrontiert. Bei Dialysezeiten von fünf Stunden bis zu dreimal pro Woche stellt die Dialyse einen enormen zeitlichen Aufwand dar, der fortan den Alltag der Patienten maßgeblich

mitbestimmt. Zusätzliche Belastungen ergeben sich durch die erforderlichen Diätvorschriften und die sehr strikte Flüssigkeitsrestriktion. Darüberhinaus stellt die Dialyse einen gewaltigen Bruch im Körperbild der Patienten dar. Durch sie werden vormals unsichtbare Körperteile wie die Niere sichtbar und der Körper dadurch öffentlich (Helman, 1995). In dieser Situation verspricht die Transplantation für viele Dialyse-Patienten eine deutliche Verbesserung ihrer gegenwärtigen Situation. Sie steigert die Lebensqualität durch den Wegfall der beschriebenen Einschränkungen und ermöglicht die Unabhängigkeit von der Maschine. Damit verbinden viele Patienten die Hoffnung auf ein normales und aktiveres Leben. Aus diesem Grund setzen viele Patienten große Erwartungen in eine Transplantation. Während der Wartezeit auf ein neues Organ, verschlechtert sich allerdings häufig der allgemeine Gesundheitszustand. In dieser Zeit nimmt die Angst der Patienten zu, die Transplantation nicht mehr rechtzeitig zu erleben (Köllner & Archonti, 2003). Gleichzeitig werden die Transplantationspatienten von Schuldgefühlen geplagt, da sie nur durch den Tod eines anderen Menschen, ein besseres Leben führen können. Manche glauben sogar, dass ihr Hoffen auf ein neues Organ, den Tod des Spenders mitverschuldet haben könnte. Auch die Gewissheit, dass die „Gabe“, also das neue Organ, im Sinne eines Gabentausches (Mauss, 1994 [1925]) nicht erwidert werden kann, führt bei den Patienten häufig zu dem Gefühl, *noch etwas schuldig zu sein* (Kalitzkus, 2003a).

Die Nierentransplantation selbst unterscheidet sich von anderen Transplantationen darin, dass das alte defekte Organ nicht einfach durch ein neues Organ ersetzt wird. Die alten Nieren verbleiben grundsätzlich im Körper und werden nur Ausnahmefällen entnommen, etwa bei großen Zystennieren oder Infektionen. Die neue Niere hingegen, wird in der Regel so implantiert, dass sie viel näher an der Bauchdecke liegt als die eigenen Nieren. Dadurch kann sie von den Patienten ertastet werden.

Die unmittelbare Zeit nach der Transplantation ist von der Angst vor Abstoßungsreaktionen und anderen Komplikationen geprägt. Um die Erhaltung des Transplantats zu gewährleisten, und um eine mögliche Abstoßung zu verhindern, müssen die Patienten regelmäßig immunsuppressive Medikamente einnehmen, die zum Teil erhebliche Nebenwirkungen mit sich bringen. Zudem kann die Immunsuppression nicht zielgerichtet gegen das fremde Organ erfolgen, sondern der Patient wird allgemein geschwächt (Manzei, 2003). Hinzu kommt, dass auch die psychische Akzeptanz eines neuen Organs ein wichtiger Faktor für einen erfolgreichen Transplantationsverlauf zu sein scheint. Laederach (2003) spricht etwa vom Einfluss der psychischen Integration auf die

postoperative Lebensqualität und das Wohlbefinden. Dieser Einfluss wirkt sich in weiterer Folge auf die *Compliance* (Therapietreue) der Patienten und mit ihr sogar auf das Transplantatüberleben aus. Manche Patienten versuchen dieser Integration Ausdruck zu verleihen, in dem sie ihrem neuen Organ einen Namen geben. Andere feiern den Tag der Transplantation symbolisch als zweiten Geburtstag. Doch wenn das neue Organ ein Fremdkörper im eigenen Körper bleibt und möglicherweise sogar als Bedrohung erlebt wird (Castelnuovo-Tedesco, 1978), können die damit einhergehenden Missempfindungen anhaltende Probleme bei der Organintegration verursachen. Ein Gefühl, das der herztransplantierte Philosoph Jean Luc Nancy (2000) kennt und eindrücklich beschreibt: „Ich kann es genau fühlen, da es viel stärker ist als ein Gefühl: nie hat die Fremdheit meiner Identität, die ich stets deutlich empfunden habe, mich so heftig berührt und sich mit solcher Schärfe bemerkbar gemacht“ (S. 39). Sollte es trotz gewissenhafter Einnahme der Immunsuppressiva und Einhaltung der Kontrolltermine zu einer Abstoßungsreaktion und infolgedessen zu einer Rückkehr an die Dialyse kommen, so ist dies sicher der schwierigste Weg, den Nierentransplantationspatienten im Laufe der Erkrankung gehen müssen.

1.2.1 Das Maschinenmodell des Körpers in der modernen Medizin

Das Körperverständnis der Transplantationsmedizin basiert auf einem Körperbild, „das von einer strengen Trennung zwischen Körper und Selbst bzw. Identität ausgeht“ (Kalitzkus 2003, S. 56). Es überwiegt das Bild vom Körper als Maschine „dessen defekte Teile bei Bedarf einfach ausgetauscht und ersetzt werden können“ (Kalitzkus, 2003, ebd.). Diese systematische Trennung zwischen Geist und Körper hat ihren Ursprung im cartesianischen Dualismus. Dieser Lehre zufolge handelt es bei Körper und Geist um zwei unterschiedliche Entitäten, die durch eine unüberbrückbare Kluft voneinander getrennt sind. Auf der einen Seite die *res extensa* (Körper, ausgedehntes Ding, Äußerlichkeit) und auf der anderen Seite die *res cogitans* (Seele, Geist, unausgedehntes Ding, Innerlichkeit). Diese ontologische Differenzierung diente gleichzeitig als Grundlage für eine methodologische Unterscheidung, die den Menschen seither entweder aus einer naturwissenschaftlichen oder einer geisteswissenschaftlichen Perspektive untersucht hat. Diese Trennung ist vor allem für die Medizin von besonderer Bedeutung, da erst durch die Isolierung des Körpers, dieser als Untersuchungsgegenstand wahr- und in weiterer Folge auch auseinander genommen werden kann. Für Kalitzkus (2003, S. 57)

müssen folgende Annahmen für die Durchführung einer Organtransplantation gegeben sein:

- Was das Individuum und den Menschen ausmacht, ist gemäß dem cartesianischen Dualismus im Gehirn verankert.
- Den Organen haften keine über die physische Ebene hinaus gehenden Eigenschaften des Spenders oder der Spenderin an.
- Die Identität der Organempfängerinnen und -empfänger wird durch die Übertragung des Organs nicht verändert

1.2.2 Die Einheit von Leib sein und Körper haben

Die objektivierte Sicht auf den Körper hat in den Naturwissenschaften eine lange Tradition. Erst durch anthropologisch-phänomenologische Denkansätze wurde der Körper als Subjekt leiblicher Erfahrung wiederentdeckt und die Ganzheitlichkeit leiblicher Erfahrung in den Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses gerückt. Ausgehend von der philosophischen Anthropologie Plessners (1928), mit dem Begriff der *Doppelaspektivität* und Phänomenologen wie Merleau-Ponty (1966), mit seinem Begriff der *ambigüité*, wurde der Doppelaspekt der menschlichen Existenz hervorgehoben. Dieser Doppelaspekt des menschlichen Daseins, äußert sich in der wechselseitigen Bedingtheit von *Körpersein* und *Körperhaben*. In der Phänomenologie „ist der Körper mein Leib, ein Körper, den ich habe, und gleichzeitig ein Körper, der ich bin“ (Joraschky, 1995, S.35). Die leibliche Wahrnehmung dient somit der „Verschränkung von Subjekt und Objekt“ (Gugutzer, 2012, S. 16) und in weiterer Folge der „Verschränkung von natürlichem und kulturell geprägtem Körper“ (Gugutzer, 2004, S. 148).

Auch in der Medizin ist dieser Doppelaspekt des menschlichen Körpers von großer Bedeutung. Uexküll (1994) spricht in diesem Zusammenhang von einem *offiziellen Körpermodell* und einem *inoffiziellen Körpermodell* der Medizin. Das *offizielle Körpermodell* ist ein objektives Modell, welches die Medizin konstruiert, um den Körper messen, wiegen, zerlegen und chemisch analysieren zu können. Zweifelsohne handelt es sich hierbei um das Modell, welches den naturwissenschaftlichen Gesundheits- und Krankheitsbegriff bislang dominiert. Im Gegensatz dazu beschreibt das *inoffizielle Körpermodell* ein subjektives Modell, von dem ein Arzt ausgehen muss, wenn er seinen Patienten verstehen will. Der *offizielle Körperbegriff* ist meist nur für den Arzt verständlich, wohingegen das *inoffizielle Körpermodell*, die Rolle des Vermittlers

zwischen dem Erleben des Patienten und dem Verstehen des Arztes zukommt (Uexküll, 1994, S. 80). Im Alltag ist der Körper allgegenwärtig und selbstverständlich und aufgrund der fehlenden reflexiven Distanz scheint es oft schwierig über den eigenen Körper zu sprechen. „Weil uns unser Körper so nah ist, ist er uns so fern“ (Gugutzer, 2004, S. 12). Erst in Situationen, in denen unser Körper Widerstand leistet, besonders in Form von Schmerz und Krankheit, nehmen wir ihn bewusst wahr (Gugutzer, 2004, ebd.). Dem Arzt kommt dabei die schwierige Aufgabe zu, gemeinsam mit dem Patienten, dessen „Körper-Monolog“ (Uexküll, 1994, S.81) zu verbalisieren und zu erfassen. Die Grundlage dieser Verständigung zwischen Arzt und Patient ist allerdings immer ein interpretierter Körper. Personen greifen bei ihren Beschreibungen auf die ihnen zur Verfügung stehenden kulturellen Deutungsmuster und Wissensbestände zurück. Somit kann das sprachliche Übersetzungsproblem nie zur Gänze gelöst werden und daher scheint es umso wichtiger „sich selbstreflexiv damit auseinander zu setzen“ (Gugutzer, 2004, S. 14). In diesem Sinn ist die Erfassung des Körpererlebens der Transplantationspatienten mithilfe des Körper-Grid ein wichtiger Schritt, um diesen Reflexionsprozess in Gang zu setzen. So kann der Wechsel vom Körper als *Forschungsobjekt* zum Körper als *Forschungssubjekt* (Gugutzer, 2004) vollzogen werden.

1.2.3 Begriffsbestimmung

Aufgrund der vorherrschenden Vielfalt von Definitionen des Körpererlebens und der in der Regel uneinheitlich gebrauchten Termini sowohl in englischer als auch deutscher Sprache, hat die Arbeitsgruppe der Dresdner Körperbild-Werkstatt um Röhricht et al. (2005) mit ihrem Konsensus Papier „*Zur terminologischen Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens in Forschung und Praxis*“ den Versuch einer begrifflichen Klärung unternommen. Dadurch soll einerseits die Vergleichbarkeit verschiedener Forschungsprojekte im deutschsprachigen Raum ermöglicht werden. Andererseits soll die terminologische Anbindung an den internationalen Sprachgebrauch vollzogen werden (Röhricht et al., 2005, ebd.). Die Mitglieder der Arbeitsgruppe repräsentieren dabei die klinischen Bereiche Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatische Medizin und sind zudem ausgewiesene Experten in ihrem jeweiligen Forschungsschwerpunkt.

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, Begriffe wie *Körpererleben* und *Körpererfahrung* als Oberbegriffe zu benutzen, welche folgende Teilaspekte umfassen: Körperschema, Körperempfinden und Körperkonzepte, Körperkathexis, Körperbild und Körper-Ich

(Küchenhoff, 2013). Der Begriff „Körperbild“ wird bewusst nicht als Oberbegriff gewertet, sondern beschreibt einen Teilaspekt des Körpererlebens, „der sich erfahrungsabhängig individuell in enger Relation zur Sprachentwicklung kognitiv generiert und ausdifferenziert.“ (Röhrich, 2009, S.33). Unter diesem Aspekt erfasst das Körperbild „die im komplexen soziokulturellen Gefüge ausgestaltete persönliche Bezugnahme auf den Körper und beinhaltet wesentliche, intraindividuell ausgestaltete Funktionen wie z.B. die Körpergrenzsetzung, das Selbstgefühl und die Geschlechtsrollen-Identität.“ (Röhrich, 2009, ebd.). Das Körperbild als Teilaspekt des Körpererlebens umfasst demnach formales Wissen, Phantasien, Gedanken und Einstellungen, die den eigenen Körper betreffen (Röhrich, 2009). Zudem hängt es vom kulturellen Einfluss ab, denn „als Spiegelbilder und Projektionen kollektiver Körperideale, -phantasien und -konzepte“ (Röhrich, 2009, S. 31) unterliegt es „dem jeweiligen kulturellen Kontext mit den spezifischen körperbezogenen sozialen Umgangsformen und normativen Determinanten“ (Röhrich et al, 2005, S. 5).

An diesen Definitionen von Röhrich et al. (2005) orientiert sich die vorliegende Arbeit, wenn ein verändertes Körperbild infolge einer Transplantation vermutet wird und mithilfe des Körper-Grid abgebildet werden soll. So kann zwar der Begriff des Körpererlebens als globaler Oberbegriff beibehalten werden, doch korrekterweise befasst sich die Arbeit mit dem veränderten Körperbild der Transplantationspatienten.

1.2.4 Organintegration

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der psychischen Integration eines neuen, aber fremden Organs, sowie der Verortung und Auseinandersetzung mit dem eigenen, erkrankten Organ. Dabei scheint die Integration eines fremden Organs in einem phasenhaften Prozess zu verlaufen, der bei Muslin (1971) folgendermaßen beschrieben wird (S. 1185 f): In der ersten Phase, der sogenannten *foreign stage*, haben die Patienten das Gefühl, das neue Organ fühle sich „komisch“ oder „exponiert“ an. In dieser Phase wird der Körper häufig als etwas Fremdes oder Zerbrechliches erlebt. Die zweite Phase, *partial stage*, stellt eine Art Zwischenphase dar, in der weniger über das fremde Organ nachgedacht wird, sondern die neue Niere allmählich akzeptiert wird. In der letzten Phase, der *complete incorporation*, verliert der Patient jegliches Fremdheitsgefühl gegenüber dem Organ und es kommt zu einer kompletten Integration des neuen Organs in das Körperbild des Patienten

Um die Organintegration auf psychischer Ebene untersuchen zu können, braucht es geeignete Konzepte und Messwerkzeuge, damit die Körpervorstellungen, das Körperbild und das Körpergefühl der Patienten (Laederach, Bégre & Bunzel, 2002) adäquat erfasst werden können. Es gilt das subjektive Erleben des Individuums möglichst nah zu erfassen und abzubilden. Herkömmliche nomothetische Ansätze sind hierfür oft nur unzureichend geeignet, da diese meist nur abstrahierte Vorannahmen an den Einzelnen herantragen (Laederach et al., 2002) und sich weniger mit der subjektiven Perspektive des Einzelnen auseinandersetzen. Aus diesem Grund sind mithilfe standardisierter Fragebögen auch keine differenzierten und subjektspezifischen Antworten zu erwarten (Gugutzer, 2004). Um die subjektive Sicht und mit ihr die impliziten Gedanken und Vorstellungen des Einzelnen, über den eigenen Körper untersuchen zu können, haben Decker et al. (2000) den Versuch unternommen, die Aneignung des Körpers nach einer Transplantation mithilfe des Körper-Grid zu erfassen. Dieser spezielle Zugang zum Körpererleben der Patienten durch das Körper-Grid ermöglicht die Auseinandersetzung mit dem Körper, indem es versucht den „Körper-Monolog“ (Uexküll, 1994, S.81) der Patienten zu verbalisieren und zu erfassen. Die Aneignung eines neuen Organs wird dabei im Sinne einer semantischen Annäherung des Organs zum restlichen Körper, dem sogenannten Realkörper aufgefasst. Wenn das neue Organ und der Realkörper ähnlich beschrieben werden, liegen sie nah beisammen und es kann eine gelungene Integration des neuen Organs vermutet werden.

Decker et al. (2000) konnten mit diesem Vorgehen zeigen, dass sich die Abbildbarkeit des Körpererlebens gut mit dem Körper-Grid erfassen lässt. So stellte sich etwa heraus, dass sich die Position des alten, erkrankten Organs deutlich von der Position des Realkörpers unterscheidet. Das alte und kranke Organ, das bei einer Nierentransplantation nur in Ausnahmefällen entfernt wird, befindet sich nach wie vor im Körper der Transplantationspatienten. Trotzdem wird dieses Organ vom restlichen Körper abgegrenzt erlebt und isoliert wahrgenommen. Ein Umstand, der von den Forschern im Sinne einer möglichen protektiven Funktion gedeutet wird. Das neue Organ hingegen, lässt eine positive Aufladung erkennen und scheint gut integriert zu sein. Die restlichen Körperteile werden wenig differenziert erlebt und beschrieben.

In der vorliegenden Arbeit soll nun ein weiterer Schritt in der Untersuchung des veränderten Körpererlebens bei Nierentransplantationspatienten unternommen werden. Es wird das Körpererleben von Empfängern einer Lebendspende mit dem von Empfängern

einer postmortalen Spende verglichen, um so mögliche Unterschiede im Körpererleben dieser beiden Patientengruppen aufzudecken.

1.3 Kellys Theorie der persönlichen Konstrukte

Kellys Theorie der persönlichen Konstrukte nimmt zwischen den in den 50er Jahren vorherrschenden und zugleich konkurrierenden Denkansätzen des Behaviorismus und der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Theorien eine Art Sonderstellung ein (Scheer & Catina, 1993). Was diese beiden Theorien miteinander verbindet ist die Vorstellung vom Menschen als passives Wesen, das entweder seiner Umwelt oder seinen unbewussten inneren Trieben nahezu willenlos ausgeliefert zu sein scheint. Doch für Kelly ist der Mensch mehr als nur ein Opfer seiner inneren und äußeren Umstände:

The man who orders his life in terms of many special and inflexible convictions about temporary matters makes himself the victim of circumstances. Each little prior conviction that is not open to review is a hostage he gives to fortune; it determines whether the events of tomorrow will bring happiness or misery. The man whose prior convictions encompass a broad perspective, and are cast in terms of principles rather than rules, has a much better chance of discovering those alternatives which will lead eventually to his emancipation. (Kelly, 1963, S.22)

Der Mensch ist kein Gefangener seiner Überzeugungen und Umstände, sondern erfindet oder vielmehr *konstruiert*, ganz im Sinne des *radikalen Konstruktivismus* von Glasersfeld (1981), seine Wirklichkeit selbst und trägt so die volle Verantwortung für sein Tun (Scheer & Catina, 1993). Im Einklang mit seiner philosophischen Überzeugung betrachtet Kelly auch seine Theorie als eine von vielen möglichen Konstruktionen mit einem begrenzten, sich fortlaufend verändernden Anwendbarkeitsbereich. Die Position dieser Theorie ist für Kelly ein offenes und vorläufiges System, dessen Wert sich in der Ausarbeitung und Weiterführung zeigen werde (Bonarius, Angleitner & John, 1984).

1.3.1 George A. Kelly

Um Kelly und seine Theorie besser verstehen zu können, ist es sinnvoll, sich seinen bewegten Lebenslauf vor Augen zu halten. Er war ein Mann aus einfachen Verhältnissen, der sich aufgrund seiner breit gefächerten Interessen, vielfältige Kompetenzen angeeignet hat und oftmals gezwungen war, sich völlig neu zu positionieren und zu bewähren (Westmeyer & Weber, 2011). Aus ihm spricht der Pionier, der mit seinem Werk der Psychologie eine neue Perspektive eröffnet hat (Westmeyer &

Weber, ebd.), ein Ingenieur, Physiker und Mathematiker, der den Versuch unternommen hat, individuelle Interpretationen und Konstruktionsprozesse nomologisch bzw. mathematisch zu erfassen. Der Humanist, der das menschliche Potential und seine vielfältigen Möglichkeiten in den Mittelpunkt gestellt hat, und der Pragmatiker und Psychotherapeut, der mit seiner Repertory Grid Technik ein Handwerkszeug geschaffen hat, das die Umsetzung seiner Theorie in der Praxis gewährleisten sollte.

Kelly wurde am 28. April 1905 als Sohn streng religiöser Eltern auf einer Farm in Perth, Kansas geboren und wuchs in einfachen Verhältnissen auf. Seine Mutter war Lehrerin und sein Vater Presbyterianischer Geistlicher, der sein Amt niedergelegt hatte, um als Farmer zu arbeiten. 1909 zieht seine Familie als eine von vielen Siedlerfamilien an die mexikanisch-amerikanische Grenze, wo für sie vier beschwerliche Jahre in Armut und Isolation folgen sollten. 1913 kehrt die Familie nach Kansas zurück. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte Kelly noch keine Schule besucht und wurde lediglich von seinen Eltern unterrichtet.

Kellys schulische Laufbahn beginnt im Alter von dreizehn Jahren, als er auf ein Internat geschickt wird. Mit sechzehn beginnt er ein Studium an der Friends University (Kansas), doch für sein Abschlussjahr wechselt Kelly an das Park College (Missouri). Dort beendet er 1926 sein Studium mit einem Bachelor Degree in Mathematik und Physik. Anschließend besucht Kelly die Universität von Kansas und schreibt sich für einen Studiengang in Bildungssoziologie ein. Nachdem er dieses Studium mit einem Master Degree abgeschlossen hat, geht Kelly zwischenzeitlich nach Minneapolis, um Immigranten in Bürgerrecht und Gewerkschafter der American Bankers Association in Rhetorik zu unterrichten. Wenig später schreibt er sich an der Universität von Minnesota für Soziologie und Biometrie ein, doch als man feststellt, dass er seine Studiengebühren nicht zahlen kann, muss er die Universität vorzeitig verlassen. Daraufhin findet Kelly einen Job als Lehrer am Sheldon Junior College in Iowa, an dem er Psychologie unterrichtet und nebenbei Theaterkurse leitet. In seiner Zeit am Sheldon Junior College erhält Kelly ein Angebot der University of Edinburgh, an deren Austauschprogramm teilzunehmen. Er geht nach Schottland, macht seinen Bachelor in Erziehungswissenschaften und promoviert schließlich an der Universität von Iowa über Sprach- und Leseschwierigkeiten bei Kindern.

Anfang der dreißiger Jahre, am Höhepunkt der Weltwirtschaftskrise beendet Kelly schließlich seine akademische Ausbildung. Er findet eine Anstellung am Fort Hays Kansas State College und gründet angesichts der großen Not, welche die Rezession über

weite Teile der Bevölkerung gebracht hat, einen mobilen psychologischen Betreuungsdienst. Mithilfe seiner Studenten fährt er in entlegene Gebiete und bietet der ländlichen Bevölkerung psychologische Unterstützung an.

Nach Ausbruch des zweiten Weltkriegs arbeitet Kelly zwischenzeitlich für die U.S. Navy im Bereich der Luftfahrtpsychologie. 1946 nimmt er ein Angebot der Ohio State University an und folgt Carl Rogers als Vorstand der Abteilung für Klinische Psychologie nach. Hier entsteht unter dem geistigen Einfluss von Alfred Korzybskis *Allgemeiner Semantik* und Jacob Morenos *Psychodrama* sein zweibändiges Hauptwerk „*The Psychology of Personal Constructs*“ (1955). Zusätzlich entwickelt Kelly die *Repertory Grid Technique* (1955), die ihm in der Praxis als Hilfswerkzeug für die Anwendung seiner Theorie dienen soll. Nach neunzehn Jahren an der Ohio State University, folgt Kelly 1965 einer Einladung Abraham Maslows und geht an die Brandeis Universität in Boston, wo er im März 1967 völlig unerwartet stirbt.

1.3.2 Der Konstruktive Alternativismus als philosophische Grundlage der Theorie der Persönlichen Konstrukte

Kelly selbst sieht in seiner Position eine konstruktivistische, die man vielleicht am treffendsten als "individuumbezogenen Konstruktivismus" (Westmeyer & Weber, 2011, S. 86) bezeichnen könnte. Der Konstruktivismus geht davon aus, dass ein Individuum seine psychische und soziale Umwelt aktiv *konstruiert* und individuelle Weltbilder aus einer Geschichte von Interaktionen geformt werden (Simon 2012, S. 68). Dabei ist dieses Konstruieren keineswegs ein bewusster Prozess, für den sich ein Individuum aktiv entscheidet, sondern vielmehr ein unbewusster Prozess, „bei dem Erfahrungen geordnet und zueinander mehr oder weniger konsistent in Beziehung gesetzt werden“ (Simon, 2012, S. ebd.). Ebenso ist dieser Prozess keineswegs final, sondern steht für die Wahl *alternativer Konstruktionen* jederzeit offen (Scheer & Catina, 1993). Unsere Welt, wie wir sie wahrnehmen, ist demnach ein Produkt von Bedeutungszuschreibungen. Von der Welt *an sich*, im Sinne von Kant, können wir kein gesichertes Wissen haben, da unser Wissen immer ein individuell wahrgenommenes, selektiertes, geordnetes und interpretiertes Wissen ist (Fromm, 1995). „Das heißt ganz allgemein, die Welt, die wir erleben, ist und muss so sein, wie sie ist, weil wir sie so gemacht haben“ (Glaserfeld, 1998, S.29). In Abhängigkeit von den jeweiligen Erfahrungen und den daraus resultierenden Interpretationen und Bewertungen, entwickelt jede Person ihr eigenes, individuelles Konstruktsystem (Bonarius et al., 1984). „Was wir erleben und erfahren,

erkennen und wissen, ist notwendigerweise aus unseren eigenen Bausteinen gebaut und lässt sich nur auf Grund unserer Bauart erklären“ (Watzlawick, 1998, S. 35). Die Grundelemente oder, um bei den Worten Watzlawicks zu bleiben, Bausteine dieses Konstruktionsprozesses, nennt Kelly *Konstrukte*. Dem Konstruktionsprozess (*construing process*) kommt hierbei eine zentrale Bedeutung zu, da in ihm laut Kelly der Kern der psychischen Existenz zu finden ist (Scheer & Catina, 1993). Diese Konstruktionsprozesse werden in der Regel immer von Emotionen begleitet. Je nachdem, welche Konstrukte von einer Revision betroffen sind und wie umfangreich diese Veränderungen sind, unterscheidet Kelly verschiedene Emotionen. Veränderungen, die beispielsweise die Kernkonstrukte betreffen, rufen bei dem jeweiligen Individuum höchste Verunsicherung hervor und es wird mit Furcht auf diese Veränderungen reagieren. Der Fall, dass Ereignisse nicht richtig eingeordnet werden können oder keine adäquaten Konstruktsysteme zur Verfügung stehen, wird beim Individuum Angst auslösen. Die Unangemessenheit von Kernkonstrukten mündet in Gefühlen der Scham und der Schuld. Aggressivität entsteht, wenn aktiv eine qualitative Veränderung angestrebt wird. Feindseligkeit entwickelt sich, wenn ein Individuum eine anstehende Revision nicht wahrnehmen will und das Gefühl hat, sein Konstrukt um jeden Preis verteidigen zu müssen (Scheer & Catina, 1993).

Zusätzlich prägt Kelly die Metapher vom Menschen als Wissenschaftler - „man as a scientist“, der auf seiner Suche nach Antworten unterschiedliche Hypothesen an der Realität testet und sein Verhalten auf diese Weise zum Experiment macht (Fransella, 2007). Zudem möchte Kelly mit dieser Metapher die Diskrepanz zwischen Beobachter und Subjekt in der Wissenschaft zum Ausdruck bringen. Nach Kellys Vorstellungen sollte der Wissenschaftler nicht länger als Wissender über dem Menschen stehen, sondern ihm vielmehr auf Augenhöhe begegnen. „It is as though the psychologist were saying to himself, ‘I being a psychologist, and therefore a scientist, am performing this experiment in order to improve the predictions and control of certain human phenomena; but my subject, being merely a human organism, is obviously propelled inexorable drives welling up within him, or else he is in gluttonous pursuit of sustenance and shelter’“ (Kelly, 1963, S.5). Folgerichtig sieht Kelly sich in seiner Rolle als Psychotherapeut in erster Linie als Partner und das psychotherapeutische Setting als geschützten Raum für die „Experimente“ seiner Patienten. “The psychotherapy room is a protected laboratory where hypotheses can be formulated, test-tube sized experiments can be performed, field trails planned, and outcomes evaluated” (Kelly, 1977, S.360).

Mit seiner Theorie hat Kelly einen wichtigen Beitrag zur kognitiven Wende geleistet (Walker & Winter, 2007) und seine Metapher vom Menschen als Wissenschaftler hat den „Grundstein für einen subjektwissenschaftlichen Ansatz in der Psychologie“ (Westmeyer & Weber 2011, S. 82) gelegt.

1.3.3 Kellys Grundpostulat und seine elf Korollarien

Kellys Grundpostulat zur *Theorie der Persönlichen Konstrukte* lautet: „A person's processes are psychologically channelized by the way in which he anticipates events“ (Kelly, 1963, S.46). Die psychischen Prozesse einer Person werden also durch ihre Art Vorannahmen zu treffen, geleitet. Diesem Grundpostulat stellt Kelly elf sogenannte Hilfskorollarien zur Seite, die sich dem Grundpostulat logisch anschließen und es genauer zu erklären versuchen. Seine in diesem Zusammenhang ungewöhnliche Wortwahl der *Korollarien* (*corollaries*) ist seiner mathematischen Ausbildung geschuldet und beschreibt in diesem Zusammenhang einen Satz, der sich aus einem bewiesenen Satz ableitet. Nachfolgend werden diese elf Korollarien im originalen Wortlaut und in einer freien Übersetzung der Autorin wiedergegeben:

1. „*Construction Corollary*“ (*Konstruktions-Hilfssatz*): “A person anticipates events by construing their replications” (Kelly, 1963, S.50). Personen nehmen Ereignisse vorweg, indem sie eine Nachbildung dieser Ereignisse erstellen. Auf diese Weise werden vergangene und zukünftige Ereignisse miteinander verknüpft und bilden so die Grundlage für die Entscheidungen des Individuums (Scheer & Catina, 1993). Konstruieren darf allerdings keineswegs mit Verbalisieren verwechselt werden. Konstrukte können zwar einen verbalen Charakter haben, doch gibt es ebenso genügend prä- und non-verbale Konstrukte.

2. „*Individuality Corollary*“ (*Individualitäts-Hilfssatz*): “Persons differ from each other in their construction of events” (Kelly, 1963, S.55). Personen unterscheiden sich darin, wie sie Ereignisse konstruieren. Wenn Personen ein ähnliches Verhalten an den Tag legen, bedeutet das nicht, dass ihnen das gleiche Konstruktsystem zugrunde liegt. Individuen unterscheiden sich oft darin, wie sie den dichotomen Gegenpol eines Konstrukts beschreiben. (Scheer und Catina, 1993).

3. „*Organization Corollary*“ (*Organisations-Hilfssatz*): “Each person characteristically evolves, for his convenience in anticipating events, a construction system embracing ordinal relationships between constructs” (Kelly, 1963, S.56). Personen entwickeln ein individuelles Konstruktsystem, um Ereignisse zu antizipieren. Die Konstrukte stehen

dabei in Relation zueinander und sind hierarchisch aufgebaut. An der Spitze dieser Hierarchie stehen Konstrukte, die das Selbst definieren und meist in einem präverbalen Entwicklungsstadium gebildet wurden. Diese Konstrukte bezeichnet Kelly als Kernkonstrukte (*core constructs*), da sie zentrale Bereiche der Persönlichkeit beschreiben und in hohem Maße änderungsresistent sind.

4. „*Dichotomy Corollary*” (*Dichotomie-Hilfssatz*): “A person’s construction system is composed of a finite number of dichotomous constructs” (Kelly, 1963, S.59). Das Konstruktsystem einer Person besteht aus einer begrenzten Anzahl dichotomer Konstrukte, denn für Kelly gibt es vom psychologischen Standpunkt aus keine anderen als dichotome Denkansätze (Scheer & Catina, 1993).

5. „*Choice Corollary*” (*Wahl-Hilfssatz*): “A person chooses for himself that alternative in a dichotomized construct through which he anticipates the greater possibility for extension and definition of his system” (Kelly, 1963, S.64). Eine Person wählt diejenige Alternative eines dichotomen Konstrukts, von der sie sich eine Erweiterung und Präzisierung ihres eigenen Systems erwartet.

6. „*Range Corollary*” (*Bereichs-Hilfssatz*): “A construct is convenient for the anticipation of a finite range of events only” (Kelly, 1963, S.68). Ein Konstrukt ist nur für die Antizipation eines endlichen Bereichs von Ereignissen geeignet. Konstrukte funktionieren immer in einem bestimmten Geltungsbereich und diese Geltungsbereiche sind individuell sehr unterschiedlich breit gefasst. Nur weil ein Konstrukt innerhalb eines bestimmten Bereichs funktioniert, bedeutet das nicht automatisch, dass es auch außerhalb dieses Bereichs funktioniert.

7. „*Experience Corollary*” (*Erfahrungs-Hilfssatz*): “A person’s construction system varies as he successively construes the replication of events” (Kelly, 1963, S.72). Ein Konstruktsystem verändert sich, indem es erfolgreich auf wiederkehrende Ereignisse angewandt wird. Bestätigungen wirken dabei stabilisierend, während Widersprüche eine Veränderung herbeiführen können.

8. „*Modulation Corollary*” (*Modulations-Hilfssatz*): “The variation in a person’s construction system is limited by the permeability of the constructs within whose range of convenience the variants lie” (Kelly, 1963, S.77). Die Veränderbarkeit individueller Konstruktsysteme hängt sowohl von der Durchlässigkeit dieser Konstrukte, als auch vom Geltungsbereich dieser Veränderungen ab. Der Geltungsbereich für das Konstruktsystem ist somit nicht nur individuell unterschiedlich breit gefasst, sondern auch dadurch

bestimmt, wie durchlässig (permeabel) das individuelle Konstruktsystem auf Veränderungen oder Erneuerungen reagiert.

9. „*Fragmentation Corollary*” (*Fragmentations-Hilfssatz*): “A person may successively employ a variety of construction subsystems which are inferentially incompatible with each other” (Kelly, 1963, S.83). Eine Person kann unterschiedliche Subsysteme von Konstrukten anwenden, obwohl diese einander logisch ausschließen. Diese scheinbare Widersprüchlichkeit lässt sich unter anderem darauf zurückführen, dass neue Systeme sich nicht logisch an alte Systeme anschließen müssen.

10. „*Communality Corollary*” (*Ähnlichkeits-Hilfssatz*): “To the extent that one person employs a construction of experience which is similar to that employed by another, his psychological processes are similar to those of the other person” (Kelly, 1963, S.90). Personen ähneln sich in ihren psychischen Prozessen, wenn sie ihre Erfahrungen übereinstimmend konstruieren. Hierbei handelt es sich um Konstrukte, die mehrere Individuen aufgrund ihrer gemeinsamer Kultur, Sprache oder aufgrund einer gemeinsamen Gruppenerfahrung (Beruf, soziale Gruppen, Familie etc.) erworben haben. Der Nachteil dieser Gemeinsamkeiten sind oft Vorurteile, die sich in rigiden, ungeprüften und manchmal auch kulturspezifischen Konstrukten äußern (Scheer & Catina, 1993).

11. „*Sociality Corollary*” (*Sozialitäts-Hilfssatz*): “To the extent that one person construes the construction processes of another, he may play a role in a social process involving the other person” (Kelly, 1963, S.95). In dem Ausmaß, in dem eine Person, den Konstruktionsprozess einer anderen Person konstruiert, kann sie eine Rolle in den sozialen Prozessen dieser Person spielen. Dieser Prozess entspricht am ehesten der Fähigkeit und dem Versuch sich in andere Personen hinein zu versetzen.

1.3.4 Das Repertory Grid als Werkzeug der Theorie der persönlichen Konstrukte

Die Repertory Grid Technik, als integraler Bestandteil von Kellys Theorie der Persönlichen Konstrukte (Fransella, 2007), ist der Versuch, die individuellen Konstrukte einer Person einer Untersuchung zugänglich zu machen. Üblicherweise werden dabei Konstrukte als „verbale Repräsentanzen innerer Vorgänge evoziert“ (Scheer & Catina, 1993, S. 24), indem man dem Probanden unterschiedliche Elemente (beispielsweise Personen, Situationen oder wie in der vorliegenden Studie Körperteile), auf die sich der Konstruktionsprozess beziehen soll, entweder zu zweien (*dyadisch*) oder dreien (*triadisch*) vorlegt und den Probanden bittet, Ähnlichkeiten oder Unterschiede (*opposite method*) zu benennen. Mit der Benennung gibt der Proband Auskunft über seine

Konstrukte, mit deren Hilfe er seine Umwelt erfasst und Ereignisse antizipiert (Scheer & Catina, 1993). Der Begriff *Repertory* bezieht sich dabei auf das Repertoire von Elementen, das je nach Forschungsfrage sehr unterschiedlich ausfallen kann. Der Ausdruck *Grid* steht für die äußere Form und spiegelt die Anordnung der Elemente in Form eines Rasters oder Gitters (engl. *grid*) wider. Das wesentliche an diesem Verfahren ist der idiographische Zugang, bei dem der Untersuchungsleiter seine Konstrukte nicht an den Befragten heranträgt, sondern vielmehr ihn dabei unterstützt, sein eigenes individuelles Bezugssystem zu entwickeln. Der Befragte bildet somit hinsichtlich der Fragestellung seinen individuellen, semantischen und psychologischen Konstruktraum (Rosenberger & Freitag, 2009). Aber nicht nur dem Befragten, sondern auch dem Untersucher werden mit diesem Verfahren gewisse Freiheiten eingeräumt. Scheer und Catina (1993) weisen darauf hin, dass der Untersucher ähnlich wie bei einem non-direktiven Interview oder teilstrukturiertem Interview frei ist, sein persönliches Repgrid-Verfahren zu entwickeln, sofern er sich an die allgemeinen Regeln und Grundsätze dieser Technik hält. Je nach Interesse und Fragestellung kann das so entstandene Grid unterschiedlich ausfallen.

Trotz der fehlenden Standardisierung hat sich so etwas wie ein *Standardverfahren* der Repertory Grid-Technik etabliert. Dieses Verfahren wird bei Scheer und Catina (1993) folgendermaßen beschrieben: Sobald das Thema einer Untersuchung feststeht, vollzieht sich die Grid-Erhebung in drei Schritten. Im ersten Schritt können die Elemente vorgegeben oder gemeinsam mit dem Probanden entwickelt werden. Im zweiten Schritt werden die Konstrukte anhand des Vergleichs von zwei (*dyadisch*) oder drei (*triadisch*) Elementen gebildet. Anschließend wird zu jedem Konstrukt der Kontrastpol erfragt. Und im dritten und letzten Schritt wird der Proband gebeten, jedes einzelne Element innerhalb der Kontrastpole mithilfe einer Likert-Skala zu bewerten. In diesem letzten Schritt verbirgt sich der quantitative Anteil dieser Methode. Wenn man sowohl Elemente als auch die Konstrukte vorgibt, kann man das Verfahren standardisieren und das Grid ähnelt in seiner Form einem *semantischen Differential* nach Osgood. Dieses Vorgehen ermöglicht den Vergleich mehrerer Grids, doch gleichzeitig verzichtet man auf den idiographischen Zugang. In den meisten Fällen wird das Grid *halbstandardisiert* vorgegeben. Das bedeutet, dass die Elemente bereits vor der Untersuchung feststehen und lediglich die Konstrukte individuell ermittelt werden.

Eine Grid-Untersuchung kann gut und gerne eineinhalb bis zwei Stunden in Anspruch nehmen und es empfiehlt sich, den Prozess der Grid-Erhebung zu dokumentieren, da

Randbemerkungen und Gelegenheitsbeobachtungen ein wertvoller Beitrag für die spätere Interpretation der persönlichen Konstrukte sein können. Gelegentlich muss der Untersucher den Befragten auch unterstützen und Artikulationshilfe leisten, wie etwa durch Nachfragen (Catina und Scheer, 1993). Besondere Vorsicht ist bei jeglicher Form von Einflussnahme geboten, da natürlich immer die Gefahr von Suggestionseffekten besteht.

Kelly hat das Potential seiner Repertory Grid-Technik vorrangig im psychotherapeutischen Kontext verwirklicht gesehen.

1.3.5 Das „Körper-Grid“ als Modifikation der Repertory Grid Technik

Weber et. al (2001) weisen darauf hin, dass die im deutschen Sprachraum gebräuchlichen und herkömmlichen Ansätze zur empirischen Erfassung des Körpererlebens, wie etwa der Fragebögen zum Körperbild (FKB-20 von Clement & Löwe, 1996), der Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek von Strauss & Appelt, 1996) und die Frankfurter Körper Konzept Skalen (FKKS Frankfurter Körperkonzeptskalen von Deusinger, 1998), dem komplexen Gegenstand des Körpererlebens meist nur unzureichend gerecht werden (S. 206). Sie alle sind psychometrische Verfahren, denen ein nomothetischer Zugang zum Körper zugrunde liegt, der zwar einerseits quantitativ verwert- und vergleichbare Daten liefert, doch auf der anderen Seite den subjektwissenschaftlichen Zugang zur Körperwahrnehmung und mit ihm, die Gefühle und Gedanken des Einzelnen zum eigenen Körper, vernachlässigt. Um Aussagen über die psychische Repräsentanz einzelner Körperteile und kognitiv semantische Dimensionen des Körpererlebens machen zu können, wurde von Borkenhagen und Klapp (1999) das sogenannte *Körper-Grid* entwickelt. Beim Körper-Grid handelt es sich um eine Modifikation des in Kapitel 1.3.4 vorgestellten *Repertory Grid* von Kelly (1955) und den Versuch implizite Strukturen der Körperwahrnehmung sichtbar und einer Untersuchung zugänglich zu machen.

Zusätzlich ermöglicht das Körper-Grid die methodologische Verknüpfung von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden zum Körpererleben. „Die entscheidende Veränderung gegenüber dem ‚klassischen‘ Repertory-Grid besteht dabei in der Vorgabe von Körperteilen und -organen, sowie der beiden die Körperselbst-Repräsentanz konstituierenden Komponenten (*Real- und Idealkörper*) anstelle von Personen“ (Borkenhagen, 2009, S. 157). Als Standardelemente werden Realkörper, Idealkörper und 10 Körperorgane vorgegeben. Der Realkörper versucht dabei die

subjektive Körperwahrnehmung und der Idealkörper die soziokulturellen Wertvorstellungen und Normen zu erfassen (Decker et al., 2000). Bei den zehn Standardelementen des Körper-Grid handelt es sich in der Regel um *Haut, Herz, Magen, Darm, Muskulatur, Rücken, Gehirn, Lunge, Blase, Bauch*. Diese zehn Elemente können je nach Fragestellung erweitert werden. In Anlehnung an Weber et al. (2001) werden die einzelnen Organe folgendermaßen beschrieben: Der *Realkörper* repräsentiert den ganzen Körper, so wie er vom Individuum gegenwärtig wahrgenommen wird. Die *Haut* bildet die äußerste Schicht des Körpers. Sie kann als das Organ bezeichnet werden, welches den Körper gewissermaßen „beinhaltet“ (Anzieu, 1996 zit. n. Weber et al., 2001). Man denke etwa an die Redewendung „es geht mir unter die Haut“. Das *Herz* sichert die Blutzirkulation und ist stark mit emotionalen Inhalten verbunden. Beispielsweise „bricht uns jemand das Herz“. Der *Magen* spielt eine zentrale Rolle in der Nahrungsaufnahme und auch er ist emotional besetzt „etwas schlägt uns auf den Magen“. Der *Darm* ist ein wichtiger Teil des Verdauungstraktes. Die *Muskeln* sind ein wichtiger Teil der Aktivität. Der *Rücken* trägt unseren Körper und hält uns aufrecht. Das *Gehirn* ist mit intellektuellen Funktionen, Gefühlen und Emotionen verbunden. Die *Lungen* sorgen für die Aufnahme von Sauerstoff. Und der *Idealkörper*, als Idee eines Wunschkörpers ist eng mit soziokulturellen Normen und Wertvorstellungen verknüpft.

2. Präzisierung der Fragestellung

In diesem Kapitel soll auf die zentralen Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Arbeit eingegangen werden. Die Arbeit beschäftigt sich mit der Körperwahrnehmung von Nierentransplantationspatienten, indem sie die Integration der neuen Niere und die Verortung der alten Niere im Körperbild dieser Patientengruppe untersucht. Dabei ist die Frage nach der Integration der neuen Niere eine naheliegende, doch ebenso wichtig ist die Frage nach der Verortung des alten Organs, da dieses in der Regel nicht entfernt wird, sondern im Körper der Transplantationspatienten verbleibt. Desweiteren werden Unterschiede in der Integration des neuen Organs und der Verortung des alten Organs zwischen der Gruppe der Lebendspendeempfänger und der Gruppe der Empfänger einer postmortalen Spende vermutet, welche mithilfe des Körper-Grid aufdeckt und abgebildet werden sollen.

Je nachdem, um welche Art von Organspende es sich handelt, verläuft der Transplantationsprozess unter unterschiedlichen Voraussetzungen. Der erste gravierende Unterschied zwischen diesen beiden Patientengruppen ist der Umstand, wonach den

Lebendspendeempfängern im Gegensatz zur Gruppe der Empfänger einer postmortalen Spende ihr Organspender grundsätzlich bekannt ist. Bei Lebendspendern handelt es sich in erster Linie um Personen, die mit dem Empfänger verwandt sind oder diesem in besonderer Weise nahestehen. Aufgrund dieser besonderen Konstellation kann es bereits im Vorfeld einer Transplantation zu Problemen kommen. So kann etwa ein Organ aufgrund eines missverstandenen Pflichtgefühls gespendet werden. Ein weiterer interessanter Befund in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass sich deutlich mehr Frauen als Männer zu einer Lebendspende bereiterklären (Biller-Adorno, 2002). Diese Verbindlichkeiten können beim Empfänger postoperativ Schuldgefühle auslösen und den weiteren Transplantationsverlauf möglicherweise negativ beeinflussen. Andererseits kann die emotionale Nähe zum Spender auch mit einer besseren Therapietreue (Compliance bzw. Adhärenz¹) einhergehen, da der Empfänger aufgrund dieser besonderen Verbundenheit das Gefühl hat, besser auf sein neues Organ achten zu müssen.

Im Gegensatz dazu bekommen die Empfänger einer postmortalen Spende ihr Organ aus dem Eurotransplant-Verbund zugewiesen. In diesem Fall handelt es sich um Organe hirntoter Patienten, die bereits zu Lebzeiten einer postmortalen Organentnahme zugestimmt haben. Wenn dies nicht der Fall war, können auch Verwandte nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen eine Entscheidung treffen. In Deutschland ist es derzeit nicht vorgesehen, dass Empfänger einer postmortalen Spende Informationen über ihren Organspender bekommen. Dadurch ist es den Empfängern einer solchen Spende nicht möglich, sich in irgendeiner Weise persönlich bei den Hinterbliebenen zu bedanken. Auch aus transplantationsmedizinischer Sicht ergeben sich grundlegende Unterschiede für diese beiden Patientengruppen. Im Fall der Lebendspende haben beide Seiten im Vorfeld der Operation die nötige Zeit sich medizinisch und psychisch auf die anstehende Operation vorzubereiten. Zudem kann die Operation unter den bestmöglichen Bedingungen geplant und durchgeführt werden und das Spenderorgan befindet sich oft in einem besseren Zustand, als ein Organ, welches von einer postmortalen Spende stammt. Im Fall einer postmortalen Spende geht der Operation zunächst eine lange Wartezeit an der Dialyse voraus. Da es sich bei Organen um eine knappe Ressource handelt, beträgt die durchschnittliche Wartezeit auf eine neue Niere zwischen fünf und sechs Jahren

¹ Der Begriff der Adhärenz (engl. Adherence) ersetzt in der Medizin zunehmend den Begriff der Compliance. Er betont die Bedeutung der Zusammenarbeit von Arzt und Patient für einen gelungenen Therapieverlauf.

(DSO, 2013) und kann in Einzelfällen sogar deutlich länger ausfallen. Allerdings wird die Zeit an der Dialyse aufgrund medizinischer Notwendigkeiten und psychosozialer Faktoren als Belastung und deutliche Einbuße der Lebensqualität erlebt (Kimball & Famularo, 1980). Neben den Belastungen durch die Dialyse, ist die Wartezeit geprägt vom Warten auf den Tod eines anderen Menschen. Dieses Wissen ruft bei den Patienten mitunter große Schuldgefühle hervor. Im Missverhältnis zu dieser langen Wartezeit an der Dialyse steht der unmittelbare Entscheidungsprozess, der erfolgen muss, sobald der Anruf aus dem Transplantationszentrum eingeht und sich die Patienten so rasch als möglich im Krankenhaus für die Transplantation einzufinden haben. In dieser Situation, in der alles sehr schnell gehen muss, bleibt meist kein Raum für eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit der Situation.

Um nun zu überprüfen, ob sich diese Unterschiede postoperativ auf die Integration des neuen Organs und die Verortung des alten Organs auswirken, wurde die Körperwahrnehmung dieser beiden Patientengruppen mithilfe des Körper-Grid erhoben und systematisch verglichen.

2.1 Hypothese 1

Die erste Hypothese bedient sich der strukturellen Ebene der Körperwahrnehmung und untersucht die Integration der neuen Niere, sowie die Verortung des alten Organs im Körperbild. Es wird von der Annahme ausgegangen, dass es einen Unterschied in der Verortung der neuen und alten Niere im Körperselbstbild der Lebendspendeempfänger und der Empfänger einer postmortalen Spende gibt. Es stellt sich die Frage, wie das neue und alte Organ im Körper verortet sind und ob sich aufgrund des Spendertyps Unterschiede in der Verortung feststellen lassen.

2.2 Hypothese 2

Die zweite Hypothese bedient sich der inhaltlichen Ebene und untersucht die semantische Integration der neuen Niere, sowie die Verortung des alten Organs im Körperbild. Auch in diesem Fall wird von der Annahme ausgegangen, dass es einen Unterschied zwischen der Gruppe der Lebendspendeempfänger und der Empfänger einer postmortalen Spende hinsichtlich der semantischen Akzentuierung in Bezug auf ihr Körperselbstbild gibt. Es stellt sich die Frage, wie Transplantationspatienten ihr altes und neues Organ erleben und beschreiben und ob sich aufgrund des Spendertyps Unterschiede in der Wahrnehmung und Beschreibung ergeben.

3. Methode

3.1 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte von 9. Jänner bis 3. Dezember 2012 an der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik der Charité Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit der Medizinischen Klinik Schwerpunkt Nephrologie der Charité Campus Mitte (CCM). Die Daten wurden mittels Körper-Grid zu einem Messzeitpunkt nach der Transplantation erhoben, wobei die Transplantation nicht weniger als ein Jahr und nicht länger als fünf Jahre zurückliegen sollte. Die Daten wurden im direkten Kontakt mit den Patienten erhoben, anschließend digitalisiert und mithilfe einer speziellen Software analysiert.

3.2 Datenerhebungsinstrumente

Als zentrales Erhebungsinstrument wurde das *Körper-Grid* (Borkenhagen & Klapp, 1999) verwendet, das mithilfe der Auswertungssoftware *Sci:vesco*® Version 3.0 (2011) digitalisiert und ausgewertet wurde. Zusätzlich wurde den Patienten ein Kurzfragebogen (siehe Anhang) vorgelegt, der unterschiedliche Aspekte zur Dialyse (Frage 1), zur Transplantation (Fragen 2 bis 6) und zur körperlichen (Frage 7 und 8), sowie zur psychischen Befindlichkeit (Frage 9) erfassen sollte.

3.3 Beschreibung der Stichprobe

Ursprünglich waren für die Studie 30 Transplantationspatienten vorgesehen, wobei es im Laufe der Untersuchung zu einem Dropout von drei Versuchsteilnehmern gekommen ist. Eine Patientin verweigerte am Tag der Untersuchung kurzfristig ihre Teilnahme und zwei weitere Versuchsteilnehmer brachen die Untersuchung mit dem Verweis auf zeitliche Unstimmigkeiten ab.

Die verbleibende Stichprobe besteht somit aus 27 Transplantationspatienten (11 Frauen und 16 Männer), die an der Nephrologischen Abteilung der Charité Campus Mitte (CCM) betreut werden. Die Patienten haben ein durchschnittliches Alter von 48,49 Jahren (SD 11,2; Range 30-69), wobei 12 dieser Patienten eine Lebendspende erhalten haben und 15 Empfänger einer postmortalen Spende sind. Die Patienten waren vor der Transplantation im Durchschnitt 46,98 (SD 38,3; Range 1,5-120) Monate an der Dialyse. Die Einschlusskriterien für die Stichprobe waren in erster Linie die freiwillige Teilnahme, die eingangs durch die Unterzeichnung einer Einwilligungserklärung (siehe Anhang)

bestätigt wurde und die Volljährigkeit der Patienten. Zudem sollte die Transplantation nicht weniger als ein Jahr und nicht länger als fünf Jahre zurückliegen. Zusätzlich wurden für die Untersuchung gute Deutschkenntnisse vorausgesetzt, da es sich beim Körper-Grid um ein stark sprachgebundenes Verfahren handelt. Eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe findet sich in Tabelle 1.

Merkmale		Lebendspende	Postmortale Spende
Alter	Mittelwert (+/-SD)	44,00 (+/- 11,20)	52,06 (+/- 10,99)
Geschlecht	männlich	66,70%	53,30%
	weiblich	33,30%	46,70%
Dialyse (in Monaten)	Mittelwert (+/-SD)	13,22 (+/- 13,89)	73,50 (+/- 29,03)
Beruf	Vollzeit	58,30%	6,7%
	Teilzeit	8,30%	13,30%
	Studium	8,30%	73,30%
	Pension	16,70%	6,7%
	keine Angabe	8,30%	6,7%
Gesundheitszustand	Sehr gut	25%	13,30%
(Selbsteinschätzung)	Gut	58,30%	33,30%
	Mittel	16,70%	46,70%
	Schlecht	0%	6,7%

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe

3.4 Versuchsablauf

Der Erstkontakt zu den Transplantationspatienten erfolgte telefonisch und mit Unterstützung der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Nephrologie. Das Gespräch selbst fand in den Räumlichkeiten der Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik statt, wobei die Datenerfassung klassisch mit Papier und Bleistift erfolgte. Die Patienten wurden eingangs umfassend informiert und im Anschluss gebeten eine Einwilligungserklärung zu unterzeichnen. Zunächst wurde den Patienten ein Kurzfragebogen vorgelegt, den sie entweder eigenhändig oder mit Unterstützung ausfüllen konnten. Dieser Fragebogen erfasste Details zur Dialyse und der

Transplantation sowie der physischen wie psychischen Gesundheit der Patienten. Die Vorgabedauer dieses Fragebogens lag in der Regel zwischen 10-15 Minuten. Im Anschluss an diesen Kurzfragebogen wurde der Körper-Grid vorgegeben. Die Vorgabe der Körper-Grids erfolgte bei jedem Patienten in der gleichen Art und Weise dauerte in der Regel eine bis eineinhalb Stunden.

3.5 Beschreibung der Datenerhebung durch den Körper-Grid

Den Ausgangspunkt einer solchen Grid-Untersuchung bildet dabei eine Matrix (siehe Anhang), in der die jeweiligen Elemente und Konstrukte eingetragen und zueinander in Beziehung gesetzt werden. Die Elemente werden üblicherweise in die Kopfspalten eingetragen und die individuellen Beschreibungs- bzw. Bewertungsdimensionen, die sogenannten Konstrukte, werden in die Zeilen eingefügt (Rosenberger, 2009, S.480). Im Fall des Körper-Grid handelt es sich bei den Elementen um unterschiedliche Körperteile (siehe 1.3.6). Diese Körperteile wurden für die vorliegende Arbeit um folgende Komponenten erweitert: alte Niere, neue Niere und Kreatininwert. Beim Kreatininwert handelt es sich streng genommen nicht um einen Körperteil, jedoch liefert dieser Wert einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung der Nierenfunktion und ist somit für Nierentransplantationspatienten von großer Bedeutung. Bei den Konstrukten wiederum handelt es sich um Eigenschaftsbegriffe, die von den Patienten mit diesen Körperteilen vorrangig assoziiert werden. Scheer und Catina (1993) beschreiben diese Konstrukte auch als "verbale Repräsentanzen innerer Vorgänge" (S. 24). Diese verbalen Repräsentanzen werden immer in Bezug auf den Realkörper ermittelt und der Patient wird gebeten zu überlegen, ob ein Körperteil dem Realkörper in dieser Eigenschaft gleicht oder es sich in dieser Eigenschaft vom Realkörper unterscheidet. Auf diese Weise erarbeitet man sich ein Konstrukt nach dem anderen. Für die unterschiedlichen Bedeutungszuschreibungen der einzelnen Körperteile wird nun in einem zweiten Schritt für jedes dieser Konstrukte das Gegenteil erfragt. Dadurch erhält man unterschiedliche Konstruktpaare oder vielmehr Konstruktpole. Im dritten und letzten Schritt werden nun alle Körperteile anhand einer 7-stufigen Likert-Skala innerhalb dieser Konstruktpole bewertet und am Ende erhält man eine Datenmatrix, die nach der englischen Bezeichnung für „Gitter“, *Grid* genannt wird. Die wörtliche Anleitung für die Vorgabe des Körper-Grid findet sich bei Borkenhagen (2000) und lautet folgendermaßen: „Bitte überlegen Sie, ob es für Sie ganz persönlich eine Eigenschaft oder einen Aspekt gibt, in dem sich ihr erlebter Körper, den wir hier der Einfachheit halber als Realkörper

bezeichnet haben, und das folgende Organ [dabei werden der Patientin der Reihe nach Karteikarten mit den vom Untersucher ausgewählten Organen und Körperteilnamen... vorgelegt] ähneln oder sich unterscheiden. Bitte nennen sie eine Eigenschaft und teilen sie mit, ob es sich bei der Eigenschaft um eine Ähnlichkeit oder einen Unterschied handelt.“ (S. 159).

3.6 Begründung der Auswahl der Methode

Bei der Methode des Körper-Grid handelt es sich um eine Modifikation der Repertory-Grid-Technik nach Kelly (1955) und eine wertvolle Ergänzung etablierter nomothetischer Ansätze zur Körperwahrnehmung. Im Gegensatz zu den herkömmlichen Verfahren, die bereits abstrahierte Vorannahmen an den Einzelnen herantragen, schafft sich der Patient mithilfe der Körper-Grid-Technik seinen eigenen, individuellen körperlichen Bezugsrahmen. Neben diesem subjektivistischen Zugang erlaubt das Körper-Grid zudem quantitative Berechnungen und damit einhergehend auch einen interindividuellen Vergleich. In einigen klinischen Studien zum Körper-Grid mit Schmerzpatienten (Vinnemann, 1995), Krebspatienten (Weber et al., 2001), Anorexiepatienten (Borkenhagen & Klapp, 1999) und Transplantationspatienten (Decker et al., 2000) konnte gezeigt werden, dass sich diese Methode sehr gut eignet, um die Körperwahrnehmung dieser Patientengruppen zu erfassen und abzubilden. Die große Stärke des Körper-Grid, der quantitative und qualitative Zugang zur Körperwahrnehmung, spiegelt sich in der vorliegenden Arbeit in den beiden Forschungshypothesen wider. Die erste Hypothese nähert sich der Körperwahrnehmung über die quantitativ-strukturelle Ebene und vergleicht unterschiedliche Körperteildistanzen miteinander. Für diesen Vergleich werden die euklidischen Distanzen bestimmter Körperteile, von denen man annehmen kann, dass mit der Transplantation in einem besonderen Zusammenhang stehen, ermittelt und in Relation zueinander gesetzt. Nähe und Distanz werden in diesem Zusammenhang mit guter und weniger guter Integration gleichgesetzt. Je kleiner also die Distanz beispielsweise zwischen *neuer Niere* und *Realkörper* ist, desto besser scheint das neue Organ im Körperselbst integriert zu sein. Je größer allerdings der Abstand zwischen *alter Niere* und *Realkörper* ist, desto isolierter scheint das alte Organ vom Patienten wahrgenommen zu werden. Die euklidischen Distanzen lassen sich über unterschiedliche Körperteile rechnen und ergeben so ein charakteristisches Bild der individuellen Körperwahrnehmung. Die zweite Hypothese nähert sich der Körperwahrnehmung über die qualitativ-semantische Ebene

und untersucht Zusammenhänge zwischen individuellen Eigenschaftszuschreibungen unterschiedlicher Körperteile. Die Grundlage dieses Zugangs ist die Annahme, wonach Körperteile, die ähnlich wahrgenommen werden, von den Patienten mit ähnlichen Attributen beschrieben werden. Je ähnlicher also das neue Organ und die restlichen Organe inklusive *Real-* und *Idealkörper* beschrieben werden, desto ähnlicher werden sie von den Patienten wahrgenommen und desto besser scheint das neue Organ integriert zu sein. Umgekehrt gilt, je unterschiedlicher die Körperteile beschrieben werden, desto unähnlicher werden sie wahrgenommen und desto isolierter scheinen sie zu sein.

3.7 Datenauswertung

Um die Informationen einer Kelly Matrix zur Gänze ausschöpfen zu können, ist es ratsam ein spezialisiertes Auswertungsprogramm zu verwenden (Raeithel, 1993). In der vorliegenden Arbeit wurde mit dem Programm *Sci:vesco*® (Rosenberger, 2011) gearbeitet, da diese Software den interindividuellen Vergleich mehrerer Grids ermöglicht. Dabei liegt der Grid-Auswertung die Idee der Hauptkomponentenanalyse zugrunde, die wiederum Ähnlichkeiten und Unterschiede der Elemente und Konstrukte zueinander berechnet. Die Daten der Matrix werden so umgewandelt, dass man für die Elemente und Konstruktpole neue Koordinaten auf den sogenannten *Hauptachsen* erhält. Diese Achsen beschreiben – wie in einer Faktorenanalyse üblich – den „kognitiven Ähnlichkeitsraum“ (Raeithel 1993, S.53) der Versuchsperson. Die so entstandene Beziehung der Variablen untereinander und zu den jeweiligen Hauptkomponenten kann grafisch anhand eines Koordinatenkreuzes visualisiert werden. Diese grafische Darstellung in Zusammenhang mit der Grid-Technik wird auch als *Biplot* bezeichnet. (Fromm und Paschelke, 2010, S.107). Die Bezeichnung Biplot rührt daher, dass in der grafischen Darstellung sowohl die Elemente als auch die Konstrukte Eingang in ein gemeinsames Koordinatensystem finden und als Punkte in diesem Koordinatenraum abgebildet werden (Fromm und Paschelke, 2010, ebd.). Bei *Sci:vesco*® wird diese spezielle Form der Darstellung auch als Eigenstrukturanalyse (ESA) bezeichnet. Diese grafische Darstellung der Eigenstrukturanalyse (siehe Abbildungen 2, 3 und 4) kann eine wertvolle Ergänzung für die Interpretation der Ergebnisse sein. Für die methodische Gegenüberstellung der quantitativen und qualitativen Themenkomplexe wurde für den *qualitativ-inhaltlichen Auswertungsansatz* (Borkenhagen & Klapp, 2009) eine inhaltsanalytische Interpretation nach Mayring (1996) vorgenommen und im Anschluss die Signifikanzprüfung der Häufigkeitsunterschiede mithilfe eines Chi-Quadrat-Tests gerechnet. Für die Berechnung

des *quantitativ-strukturellen Auswertungsansatzes* (Borkenhagen & Klapp, 2009) wurden mit dem statistischen Ähnlichkeitsmaß nach Pearson Korrelationen miteinander verglichen und Mittelwertsunterschiede der euklidischen Distanzen mit dem Mann-Whitney-U-Test gerechnet. Da aufgrund der geringen Stichprobe die Grundannahme der Normalverteilung verletzt ist, wurde auf diesen Test zurückgegriffen, da es sich bei dem Mann-Whitney-U-Test im Gegensatz zum T-Test um ein parameterfreies Verfahren handelt. Alle statistischen Analysen und Berechnungen wurden mit Statistikprogramm SPSS 19 durchgeführt. Testgütekriterien wie Objektivität, Reliabilität und Validität (Lienert & Raatz, 1998) sind in der üblichen Weise nur eingeschränkt anwendbar, da es sich beim Körper-Grid um ein idiographisches Verfahren handelt und keine überindividuell gültigen Testkennwerte vorhanden sind.

4. Ergebnisse

Die große Stärke des Körper-Grid liegt im quantitativen wie auch qualitativen Zugang zum Körpererleben. Dabei sollte jedoch unbedingt berücksichtigt werden, dass die „quantitativen Daten der Grid-Matrix phänotypisch mathematische Zahlen sind und die Zusammenhänge von Elementen und Konstrukten zueinander wie auch untereinander zwar berechnet werden können, jedoch erst die qualitativen Informationen den quantitativen Werten einen Sinn geben“ (Rosenberger, 2013, S. 153). Für die Berechnung der quantitativ-strukturellen Ebene wurden anhand der Datenmatrix unterschiedliche Korrelationen berechnet und zum anderen euklidische Distanzmaße bestimmter Elemente anhand von Mittelwertsunterschieden verglichen. Für den qualitativ-inhaltlichen Auswertungsansatz wurden semantische Differenzen inhaltsanalytisch interpretiert und anhand eines Chi-Quadrat Tests die Häufigkeiten der Bedeutungszuschreibungen miteinander verglichen.

4.1 Quantitativ-strukturelle Auswertung

Die Überprüfung der quantitativ-strukturellen Auswertung erfolgt anhand von zwei Schritten. Im ersten Schritt wird zunächst der Frage nach dem Integrationsgrad der neuen und alten Niere nachgegangen. Im zweiten Schritt wird geprüft inwieweit sich Lebendspendeempfänger hinsichtlich dieses Integrationsgrades von Empfängern einer postmortalen Spende unterscheiden. Für die Beantwortung der ersten Fragestellung werden Korrelationen miteinander verglichen, die mithilfe der Grid-Auswertungssoftware Sci:vesco® berechnet wurden. Hierfür wertet Sci:vesco® die ausgefüllte Datenmatrix des

Körper-Grid mit deskriptiv-statistischen Verfahren aus und setzt die einzelnen Elemente und Konstrukte zueinander in Beziehung. Im Fall der Elemente zeigt sich bei allen Transplantationspatienten ganz deutlich, dass zwischen der neuen Niere und den restlichen Körperteilen ein positiver Zusammenhang und zwischen der alten Niere und den übrigen Körperteilen, mit Ausnahme der Muskulatur, ein negativer Zusammenhang besteht. Um diese Korrelationen sinnvoll interpretieren zu können, empfiehlt es sich zusätzlich die Grafiken der Eigenstrukturanalyse (ESA) heranzuzuziehen. Diese Grafiken zeigen den interindividuellen *Körperraum* der Transplantationspatienten und ihnen ist zudem die genaue Lage der einzelnen Organe zueinander zu entnehmen. Die exakten Korrelationen sind der Tabelle 2 zu entnehmen und die Grafiken der Eigenstrukturanalyse finden sich in den Abbildungen 2, 3 und 4 auf den Seiten 49 bis 51.

Elemente	neue Niere	alte Niere
Realkörper	0,63	-0,4
Haut	0,59	-0,4
Herz	0,77	-0,5
Magen	0,61	-0,4
Darm	0,63	-0,5
Muskulatur	0,17	0,01
Rücken	0,26	-0,1
Gehirn	0,78	-0,6
Lunge	0,66	-0,4
Idealkörper	0,75	-0,6
Blase	0,77	-0,6
Bauch	0,54	-0,4
Geschlechtsorgane	0,69	-0,5
neue Niere	1	-0,7
alte Niere	-0,7	1
Kreatininwert	0,75	-0,5

Tabelle 2: Korrelationen der alten und neuen Niere mit allen Körperteilen über alle Transplantationspatienten hinweg

Zur Überprüfung der zweiten Fragestellung hinsichtlich eines Unterschieds in der Integration zentraler Organe zwischen Lebendspendeempfängern und Empfängern einer postmortalen Spende wurden euklidische Distanzmaße anhand von Mittelwertsunterschieden über beide Patientengruppen hinweg gerechnet. Euklidische Distanzen ergeben sich dabei aus der Quadratwurzel der „Summe der quadrierten Differenzen der Rating-Abweichungen zweier Elemente von den Rating-Mittelwerten aller Konstrukte“ (Schoeneich, 1994, S. 16). Dieser so berechnete Distanzwert ist zwar abhängig von der Anzahl der Konstrukte sowie der Spannweite der Ratings (Schoeneich, 1994, ebd.), doch er erlaubt den Vergleich der Elementabstände. Da in der vorliegenden Studie allen Versuchspersonen die gleiche Anzahl an Elementen vorgelegt wurde, die ebenso von allen Versuchspersonen auf einer 7-stufigen Likert-Skala beurteilt wurden, lassen sich die euklidischen Distanzen über alle Versuchspersonen hinweg berechnen und interindividuell vergleichen. Um Mittelwertsunterschiede der unterschiedlichen Patientengruppen zu ermitteln, wurde aufgrund der geringen Stichprobe von einem T-Test abgesehen und mit einem robusteren Verfahren, nämlich dem Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Für den systematischen Vergleich wurden jene Körperteile ausgewählt, von denen man annehmen kann, dass sie mit der Transplantation in einem besonderen Zusammenhang stehen.

Verglichen wurden also die euklidischen Distanzen zwischen Realkörper und Idealkörper, alter Niere und Realkörper, neuer Niere und Realkörper, alter Niere und Idealkörper, sowie neuer Niere und Idealkörper. Die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests für unabhängige Stichproben konnten keinen signifikanten Unterschied der Distanzen feststellen. Das heißt, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen Lebendspendeempfängern und Empfängern einer postmortalen Spende in der Integration des neuen Organs oder der Isolation des alten Organs gibt. Die Ergebnisse werden im Folgenden detailliert beschrieben:

- Die euklidische Distanz von Realkörper und Idealkörper für Lebendspendeempfänger ($Mdn = 26.00$) unterschied sich nicht signifikant von der für postmortale Spendeempfänger ($Mdn = 27.00$), $U = 86$, $z = -.195$, *ns*.
- Die euklidische Distanz von Realkörper und alter Niere für Lebendspendeempfänger ($Mdn = 65.18$) unterschied sich nicht signifikant von der für postmortale Spendeempfänger ($Mdn = 65.41$), $U = 89$, $z = -.049$, *ns*.

- Die euklidische Distanz von Realkörper und neuer Niere für Lebendspendeempfänger (Mdn = 33.59) unterschied sich nicht signifikant von der für postmortale Spendeempfänger (Mdn = 30.22), $U = 74$, $z = -.781$, *ns*.
- Die euklidische Distanz von Idealkörper und alter Niere für Lebendspendeempfänger (Mdn = 83.00) unterschied sich nicht signifikant von der für postmortale Spendeempfänger (Mdn = 89.00), $U = 70$, $z = -.976$, *ns*.
- Die euklidische Distanz von Idealkörper und neuer Niere für Lebendspendeempfänger (Mdn = 35.50) unterschied sich nicht signifikant von der für postmortale Spendeempfänger (Mdn = 21.71), $U = 64$, $z = -1.269$, *ns*.

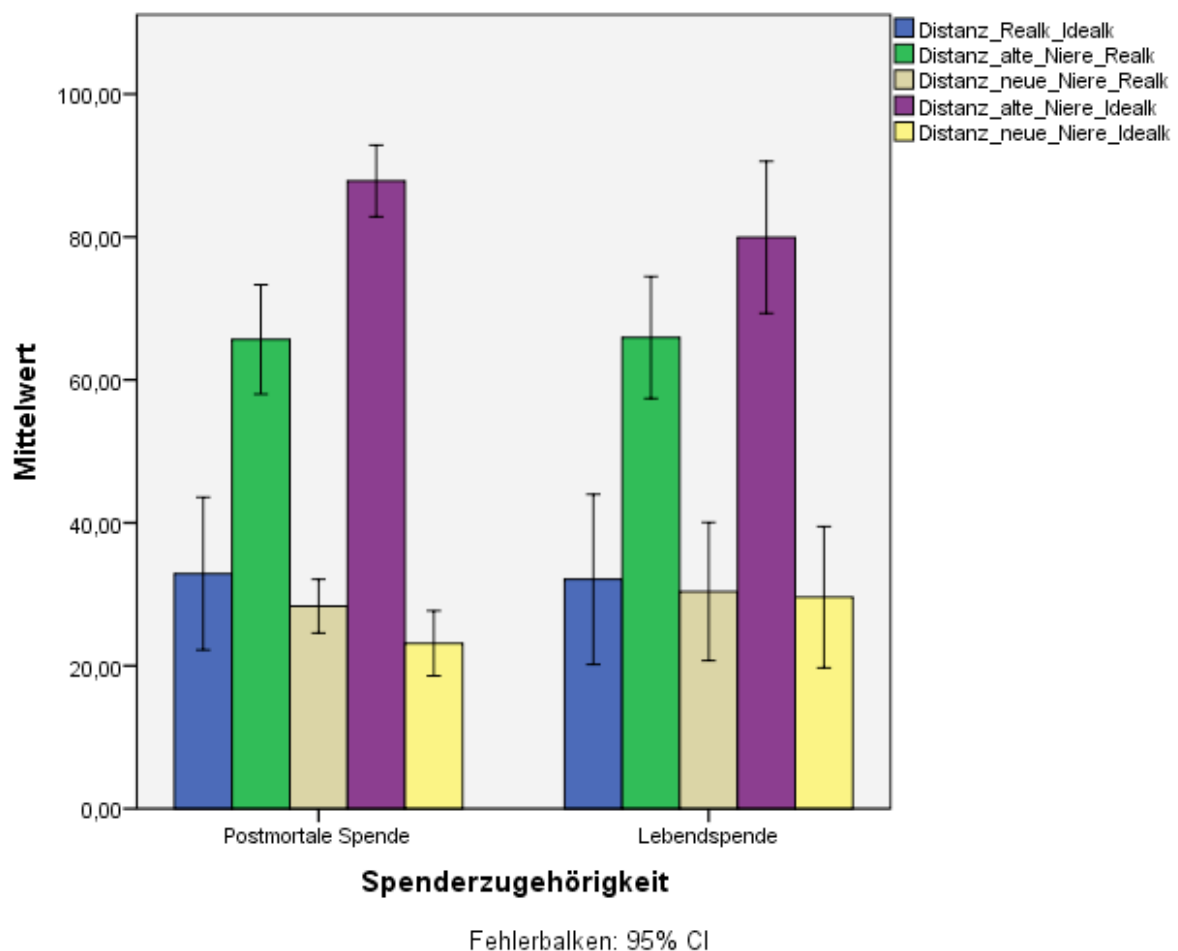


Abbildung 1: Unterschiede zwischen Lebendspendeempfängern und Empfängern einer postmortalen Spende hinsichtlich unterschiedlicher Körperteile und deren Distanzen zueinander

4.2 Qualitativ-inhaltliche Auswertung

Die Beantwortung der Frage, ob sich Lebendspendeempfänger hinsichtlich ihrer körperbezogenen Eigenschaftszuschreibungen in einem signifikanten Ausmaß von Empfängern einer postmortalen Spende unterscheiden und ob sich infolge dieser körperbezogenen Eigenschaftszuschreibungen mögliche thematische Unterschiede zwischen diesen beiden Patientengruppen ergeben, wurde anhand einer Inhaltsanalyse überprüft. Mithilfe der Inhaltsanalyse wurde versucht, das Körperbild der Transplantationspatienten zu kategorisieren, um so implizite Strukturen der Körperwahrnehmung aufzudecken und mögliche Unterschiede, sowohl im Körperbild von Empfängern einer Lebendspende, als auch Empfängern einer postmortalen Spende, sichtbar zu machen. Das Datenmaterial für die Inhaltsanalyse stammt dabei aus Körper-Grid-Interviews, welche von der Autorin mit Transplantationspatienten der Charité Campus Mitte (CCM) im Jahr 2012 geführt wurden. Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei diesen Körper-Grid-Interviews um halb standardisierte Interviews, die das individuelle Körpererleben zum Gegenstand haben (siehe Kapitel 1.3.5).

Die Fragestellung des Körper-Grid bezieht sich dabei immer auf ein bestimmtes Körperteil, wobei die genaue Anzahl der Körperteile von der jeweiligen Forschungsfrage abhängt. In der vorliegenden Arbeit, wurden den Patienten 15 Körperteile zur Beurteilung vorgegeben. Zu jedem dieser 15 Körperteile, sollten die Patienten eine Eigenschaft nennen, die mit ihrem jetzigen Körper (dem sogenannten Realkörper) entweder übereinstimmt oder sich von diesem unterscheidet. Als typisches Beispiel sei an dieser Stelle die Frage nach der Eigenschaft angeführt, welche die *Haut* mit dem *Realkörper* gemeinsam hat oder sich in dieser von ihm unterscheidet. Sehr häufig wird die Haut von den Patienten als *trocken* erlebt und das Gegenteil wird von den meisten Patienten als *feucht* angegeben. Hierbei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten und dem Interviewer ist es lediglich gestattet, gegebenenfalls Artikulationshilfe zu leisten. Sobald eine Eigenschaft gefunden wurde, werden die Transplantationspatienten dazu aufgefordert, das subjektiv empfundene Gegenteil der gewählten Eigenschaft zu benennen. *Subjektiv empfunden* deshalb, weil die so erfragten Gegensätze oft recht unterschiedlich und ungewöhnlich ausfallen können. Auch hier gibt es weder richtige noch falsche Antworten. Pro Patient erhält man auf diese Weise 30 Eigenschaftsbegriffe und bei 27 Transplantationspatienten können folglich 810 Eigenschaftsbegriffe abstrahiert werden. Das so gewonnene Datenmaterial ist relativ homogen und liegt sowohl in

handschriftlicher, als auch digitaler Form vor und kann computerunterstützt weiter bearbeitet werden.

Diese 810 Eigenschaftsbegriffe bildeten die Auswertungseinheiten für die Inhaltsanalyse und dienten zugleich als Ausgangsmaterial für die weitere Kategorienbildung. Zunächst wurde das gesamte Datenmaterial gesichtet und sortiert, um so einen ersten Überblick über die unterschiedlichen Themen und Motive der Patienten bezüglich ihres eigenen Körpers, zu bekommen. Dafür wurden bedeutungsidentische Begriffe und Begriffe mit ähnlicher Bedeutung zusammengefasst. Es wurde jedoch nicht unterschieden, ob diese Begriffe positiv, negativ oder neutral gebraucht wurden. Anschließend wurden die vorherrschenden Themen inhaltlich strukturiert. Bei diesem Schritt konnte auf Vorerfahrungen von Weber et al. (2001) und Borkenhagen und Klapp (2009) zurückgegriffen werden, die anhand von Körper-Grid-Interviews bereits ähnliche Kategoriensysteme entwickelt hatten. In diesen beiden Fällen stammte das Datenmaterial allerdings von Körper-Grid-Interviews, die zum Einen an Patientinnen erhoben wurden, die sich zuvor einer künstlichen Befruchtung (IVF) unterzogen hatten und zum anderen von Körper-Grid-Interviews, die mit Bulimie-Patientinnen geführt wurden.

Mithilfe dieser Vorerfahrungen wurde das Datenmaterial nun von zwei Beurteilerinnen (C.P. und U.E.) in iterativen Durchgängen bearbeitet und analysiert. Dabei zeigte sich in der vorliegenden Arbeit, wie schon in den Arbeiten von Weber (2001) et al. und Borkenhagen und Klapp (2009) eine klare Tendenz für *funktionale* und *vitale* Themen. Desweiteren konnten *sensible* und *emotionale* Attribute abstrahiert werden, sowie Eigenschaften, die sich mit dem *äußeren Erscheinungsbild* beschäftigen. Ursprünglich wurde versucht, zwischen *körperlicher* und *geistiger* Vitalität zu differenzieren. Jedoch wurde diese Unterscheidung später aufgegeben, um ein vergleichbares Abstraktionsniveau der Kategorien gewährleisten zu können. Auch die Metakategorie *Valenz* wurde aufgegeben, da sie sich im letzten Schritt als impraktikabel erwiesen hat. Begriffe wie *gut*, *sehr gut* oder *schlecht* wurden schließlich im Sinne des Funktionierens aufgefasst und in der Kategorie Funktionalität kodiert. Schlussendlich konnten aus den 810 Eigenschaftsbegriffen folgende fünf Kategorien abgeleitet werden: *Funktionalität*, *Vitalität*, *Sensibilität*, *Emotionalität* und *äußere Erscheinung*. Eigenschaftsbeschreibungen, die keiner dieser Kategorien eindeutig zuzuordnen waren, sollten in einer *Residualkategorie* zusammengefasst werden. Um die Entscheidungsprozesse transparent und nachvollziehbar zu machen, wurden explizite Kodierregeln aufgestellt, die zudem mit einigen prototypischen Beispielen versehen

wurden. Über alle Eigenschaftsbegriffe und Kategorien hinweg, wurde nicht unterschieden, ob die jeweiligen Begriffe positiv, negativ oder neutral gebraucht wurden:

Kategorie: *Funktionalität*; FU

Definition der Kategorien: Attribute, die technischen Ursprungs sind.

Ankerbeispiele: *funktionstüchtig vs. kaputt, intakt vs. defekt, arbeitend vs. fehlerhaft.*

Kodierregeln: Eigenschaftsbegriffe, die sich auf mechanische Ursachen zurückführen lassen oder durch bestimmte Mechanismen gekennzeichnet sind. Begriffe wie *gut, schlecht, perfekt* usw. werden ebenfalls im Sinne des Funktionierens erfasst und unter dieser Kategorie kodiert.

Kategorie: *Vitalität*; VI

Definition der Kategorien: Attribute, die sich sowohl auf die körperliche, als auch geistige Leistungsfähigkeit beziehen.

Ankerbeispiele: *stark vs. schwach, konzentriert vs. vergesslich, lebendig vs. tot.*

Kodierregeln: Eigenschaftsbeschreibungen die Lebendigkeit, Aktivität und Leistungsfähigkeit ausdrücken. Der Begriff Leistungsfähigkeit ist dabei sowohl auf körperliche, als auch auf geistige Leistungsfähigkeit zu beziehen.

Kategorie: *Sensibilität*; SE

Definition der Kategorien: Attribute, die sich auf die sinnliche Feinfühligkeit des Körpers beziehen.

Ankerbeispiele: *entspannt vs. verspannt, schmerzfrei vs. schmerzvoll, trocken vs. feucht.*

Kodierregeln: Eigenschaften, die sich auf die sinnliche Wahrnehmung und Empfindsamkeit beziehen. Auch Begriffe wie *schmerzhaft* und *angenehm* werden hier kodiert.

Kategorie: *Emotionalität*; EM

Definition der Kategorien: Attribute die das Gefühlsleben beschreiben

Ankerbeispiele: *hoffnungsvoll vs. hoffnungslos, wünschenswert vs. wunschlos, sorgenvoll vs. sorgenfrei.*

Kodierregeln: Begriffe, die sich auf den Gemütszustand und Gemütsregung beziehen.

Kategorie: *Äußere Erscheinung*; ÄE

Definition der Kategorien: Attribute, die sich mit der äußeren Erscheinung beschäftigen.

Ankerbeispiele: *geschrumpft vs. zu groß, dünn vs. dick, vernarbt vs. nicht vernarbt, groß vs. klein.*

Kodierregeln: Begriffe, die sich einerseits mit dem Aussehen, andererseits ganz generell mit der äußeren Erscheinung beschäftigen.

Kategorie: *Residualkategorie*; REST

Definition der Kategorien: Begriffe, die in keiner der fünf Kategorien zugeordnet werden können.

Ankerbeispiele: *beobachtet vs. unbeobachtet, grenzenlos, beliebig, wie früher.*

Kodierregeln: Begriffe, die keine der fünf Kategorien eindeutig zugeordnet werden können.

In einem finalen Analysedurchgang wurden zur Überprüfung dieser Kategorien alle 810 Begriffe von beiden Beurteilerinnen unabhängig voneinander kodiert und anschließend die Interraterreliabilität berechnet. Ein gängiges Verfahren zur Berechnung der Übereinstimmung zweier Rater ist dabei das zufallskorrigierte Übereinstimmungsmaß Cohens-Kappa. Nach Robson (1993) ergeben sich dabei folgende Werte für die Beurteilerübereinstimmung:

- Werte zwischen .40 und .60 sind brauchbar
- Werte zwischen .60 und .75 gelten als gut
- Werte die über .75 gelten als sehr gut

Für die vorliegende Arbeit ergab sich in der Beurteilerübereinstimmung für alle Begriffe über alle Patienten ein Kappa-Koeffizient von .911. Dieser Wert entspricht einer sehr guten Übereinstimmung von 91%. Zusätzlich wurde die Übereinstimmung hinsichtlich des Spendertyps gerechnet.

- Dabei ergab sich bei Empfängern einer Lebendspende ein Kappa-Koeffizient von .903, das entspricht einer sehr guten Beurteilerübereinstimmung von 90%.
- Bei Empfängern einer postmortalen Spende ergab sich ein Kappa-Koeffizient von .911, das entspricht einer sehr guten Übereinstimmung von 91%.

Um zu prüfen inwieweit die Unterschiede der beobachteten Häufigkeiten der kognitiv-semantischen Dimensionen des Körperbildes zwischen Lebendspendeempfängern und Empfängern einer postmortalen Spende statistisch signifikant sind, wurde ein Chi-Quadrat-Test gerechnet. Dabei wurden zunächst in einem ersten Schritt die Häufigkeiten aller körperbezogenen Kategoriezuschreibungen verglichen. Die Ergebnisse dieses Chi-Quadrat-Test zeigen, dass die Häufigkeit der Kategorien statistisch nicht unabhängig vom Spendertyp sind ($\chi^2_{(4)} = 19.03$; $p = .001$), Spendertyp und semantisch-kognitive Dimensionen des Körperbildes also miteinander assoziiert sind. Auf der nachfolgenden Seite finden sich die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests (Tabelle 3) und die Kreuztabelle der beobachteten und erwarteten Häufigkeiten der semantisch-kognitiven Dimensionen (Tabelle 4).

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2- seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	19,031 ^a	4	,001
Likelihood-Quotient	19,210	4	,001
Anzahl der gültigen Fälle	746		

Anmerkungen. a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner
5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 32,88.

Tabelle 3: Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests über die Häufigkeiten der semantisch
kognitiven Dimensionen in Abhängigkeit vom Spendertyp über alle Körperteile

Kategorie * Spendertyp Kreuztabelle

			Spendertyp		Gesamt
			Postmortale Spende	Lebendspende	
Kategorie	Aussehen	Anzahl	36	39	75
		Erwartete Anzahl	42,1	32,9	75,0
		% der Gesamtzahl	4,8%	5,2%	10,1%
	Emotionalität	Anzahl	38	37	75
		Erwartete Anzahl	42,1	32,9	75,0
		% der Gesamtzahl	5,1%	5,0%	10,1%
	Funktionalität	Anzahl	139	75	214
		Erwartete Anzahl	120,2	93,8	214,0
		% der Gesamtzahl	18,6%	10,1%	28,7%
	Sensibilität	Anzahl	67	34	101
		Erwartete Anzahl	56,7	44,3	101,0
		% der Gesamtzahl	9,0%	4,6%	13,5%
	Vitalität	Anzahl	139	142	281
		Erwartete Anzahl	157,8	123,2	281,0
		% der Gesamtzahl	18,6%	19,0%	37,7%
Gesamt		Anzahl	419	327	746
		Erwartete Anzahl	419,0	327,0	746,0
		% der Gesamtzahl	56,2%	43,8%	100,0%

Tabelle 4: Beobachtete und erwartete Häufigkeiten der semantisch kognitiven
Dimensionen in Abhängigkeit vom Spendertyp über alle Körperteile

Mit der qualitativ-inhaltsanalytischen Auswertung der Körper-Grids konnte gezeigt werden, dass Lebendspendeempfänger ihren Körper hinsichtlich der kognitiv-semantischen Dimensionen anders strukturieren und wahrnehmen als die Empfänger einer postmortalen Spende. So zeigt sich, dass Begriffe, die in die Kategorie *Vitalität* fallen, zwar von beiden Patientengruppen gleichermaßen verwendet werden. Doch lässt sich ein großer Unterschied zwischen den beiden Gruppen in der Kategorie *Funktionalität*, dem objekthaften Aspekt der Körperwahrnehmung, erkennen. Diese Kategorie wird von Empfängern einer postmortalen Spende genau so oft besetzt wie die Kategorie *Vitalität*. Bei den Empfängern einer Lebendspende hingegen zeigt sich, dass Begriffe, die in die Kategorie *Funktionalität* fallen, deutlich seltener verwendet wurden - ein auffälliger Gegensatz zu den Empfängern einer postmortalen Spende. Ähnlich sieht es in der Kategorie *Sensibilität* aus, die insgesamt weniger oft genannt wurde, jedoch bei genauer Betrachtung deutlich öfter von Empfänger einer postmortalen Spende mit dem eigenen Körper in Verbindung gebracht wurde, als von den Empfängern einer Lebendspende. Die Kategorien *Emotionalität* und *Aussehen* werden hingegen ähnlich oft bzw. selten benutzt.

4.3 Interpretation und Beschreibung der Eigenstrukturanalyse (ESA)

In einer abschließenden Frage soll nun geklärt werden, wie die einzelnen Körperteile der Nierentransplantationspatienten zueinander in Beziehung stehen und wie sie im Körper verortet sind. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wird der *Konstrukttraum* oder besser gesagt der *Körperraum* der Transplantationspatienten mithilfe einer Hauptkomponentenanalyse berechnet und visualisiert. Die Hauptkomponentenanalyse setzt dabei alle Elemente und Konstrukte der Transplantationspatienten miteinander in Beziehung und ermöglicht so die Darstellung dieser Beziehungsstruktur in einem dreidimensionalen Raum. Dieser Raum kann mithilfe einer Auswertungssoftware entweder für jedes Grid individuell oder anhand akkumulierter Grids interindividuell errechnet und veranschaulicht werden und somit einen Einblick in die Konstrukträume bestimmter Personen und Gruppen geben. Im vorliegenden Fall wurde der Konstruktraum mithilfe der Auswertungssoftware Sci:vesco® errechnet und diese Analyse wird bei Sci:vesco® als Eigenstrukturanalyse bezeichnet. Dabei werden die Körperteile zur besseren Veranschaulichung als Kugeln und die körperbezogenen Eigenschaften als Punkte in einem dreidimensionalen Raum visualisiert. Grundsätzlich gilt, je näher Körperteile beisammen liegen, desto ähnlicher

werden sie beschrieben und wahrgenommen und je weiter sie voneinander entfernt sind, desto isolierter werden sie erlebt. Die Mitte des Koordinatenkreuzes bildet einen Indifferenzbereich, in dem die Körperteile eher ungenau und unklar beschrieben wurden. Je weiter außen die Körperteile liegen, desto eindeutiger wurden sie durch die im Rande stehenden Konstrukte erfasst. Die Ähnlichkeit der Konstrukte kann dabei mithilfe der Achsen des Koordinatenkreuzes interpretiert werden, die den Konstruktraum grob in vier Felder teilen. Nachfolgend finden sich die, mithilfe der Hauptkomponentenanalyse gewonnenen Grafiken der Eigenstrukturanalyse, zum Konstrukt- bzw. Körperraum der Transplantationspatienten (Abbildung 2, 3 und 4). Die erste Grafik zeigt den interindividuellen Vergleich aller Transplantationspatienten (Abbildung 2), die zweite Grafik konzentriert sich auf den Vergleich der Lebendspendeempfänger (Abbildung 3) und die dritte Grafik (Abbildung 4) widmet sich der Darstellung des Körperraumes bei Empfängern einer postmortalen Spende.

Ad Abbildung 2: Bei Betrachtung der Eigenstrukturanalyse für alle Transplantationspatienten fällt als erstes auf, dass die alte Niere deutlich exponiert und von den restlichen Organen isoliert erlebt wird. Ebenso werden der Rücken und die Muskulatur abgegrenzt erlebt. Jedoch nicht annähernd so deutlich wie die alte Niere. Die restlichen Körperteile werden homogen wahrgenommen, wobei der Idealkörper hervor tritt und die neue Niere nah am Idealkörper verortet ist.

Ad Abbildung 3: Auch bei der Gruppe der Lebendspendeempfängern lässt sich eine deutliche Isolierung der alten Niere feststellen. Ebenso scheinen Muskulatur und Rücken etwas abgegrenzt. Der deutlichste und zugleich auffälligste Befund ist die exponierte Lage des Kreatininwerts. Der Idealkörper und die neue Niere hingegen scheinen integriert und weniger exponiert zu sein, als es bei der Betrachtung aller Transplantationspatienten den Anschein hat.

Ad Abbildung 4: Die Empfänger einer postmortalen Spende gleichen in ihrer Tendenz der Gesamtheit aller Transplantationspatienten. Auch hier wird die alte Niere, deutlich isoliert erlebt. Der Idealkörper tritt wieder etwas deutlicher hervor und der Kreatininwert ist in dieser Gruppe bei weitem nicht so exponiert, wie in der Gruppe der Lebendspendeempfänger und ist zudem eher am Idealkörper angesiedelt.

5. Diskussion

Im ersten Teil dieses Kapitels werden die Ergebnisse der quantitativ-strukturellen und der qualitativ-inhaltsanalytischen Auswertung vor dem Hintergrund, der im Theorieteil dargestellten Studien analysiert, interpretiert und diskutiert. Das Hauptaugenmerk der Arbeit liegt dabei auf einem möglichen Unterschied in der Körperwahrnehmung zwischen der Gruppe der Lebenspendeempfänger und der Gruppe der Empfänger einer postmortalen Spende. Aufgrund der Ergebnisse, konnten die entsprechenden Hypothesen nur teilweise bestätigt werden. Im zweiten Teil dieses Kapitels soll zudem der methodologische Hintergrund der Arbeit diskutiert werden.

5.1 Quantitativ-strukturelle Dimension der Körperwahrnehmung

Die Isolation der alten Niere, wie sie in einer Studie zum Körpererleben der Nierentransplantationspatienten von Decker et al. (2000) beschrieben wurde, konnte auch für die vorliegende Studie repliziert werden. Die Ergebnisse der Korrelationen (Tabelle 2) in Verbindung mit den Grafiken der Eigenstrukturanalyse (Abbildung 2, 3 und 4), legen die Vermutung nahe, dass die Nierentransplantationspatienten ihr altes, krankes Organ vom restlichen Körper isoliert wahrnehmen. Diese auffällige Distanz zwischen alter Niere und Realkörper wurde von Decker et al. (2000) im Sinne einer möglichen protektiven Abspaltung des alten Organs interpretiert.

In der vorliegenden Arbeit konnte zudem gezeigt werden, dass die neue Niere gut integriert zu sein scheint und im Vergleich zu den restlichen Körperteilen, dem Realkörper und auch dem Idealkörper ähnlich wahrgenommen und beschrieben wird (siehe Tabelle 2 und Abbildung 2).

Zur Beantwortung der Fragestellung, ob sich nun hinsichtlich der Isolation der alten und der Integration der neuen Niere Unterschiede in der Körperwahrnehmung zwischen Empfängern einer postmortalen Spende und Empfängern einer Lebendspende ergeben, wurden mithilfe des Körper-Grid, unterschiedliche Körperteil Distanzen miteinander verglichen. Bei den Distanzen handelt es sich um euklidische Distanzen, die einen interindividuellen Vergleich über alle Patienten erlauben. Für den systematischen Vergleich der Körperteile wurden jene Körperteile gewählt, von denen man annehmen kann, dass sie mit der Transplantation in einem besonderen Zusammenhang stehen. Konkret wurden die euklidischen Distanzen von Realkörper und Idealkörper, Realkörper und alter Niere, Realkörper und neuer Niere, Idealkörper und alter Niere und Idealkörper

und neuer Niere für jede dieser beiden Gruppen gesondert ermittelt und anhand von Mittelwertsunterschieden miteinander verglichen. Bei einem großen Abstand von einem Körperteil und Realkörper kann eine schlechte Integration vermutet werden und je näher ein Körperteil und der Real-, aber auch der Idealkörper sind, desto besser scheint es integriert zu sein.

Aufgrund der geringen Stichprobe wurde von einem Mittelwertsvergleich mit einem T-Test abgesehen und alternativ ein robustes Verfahren, der Mann-Whitney-U-Test, verwendet. Der systematische Vergleich der Mittelwertsunterschiede dieser beiden Patientengruppen zeigte dabei keinen signifikanten Unterschied in der Verortung der alten und neuen Niere zwischen Empfängern einer postmortalen Spende und Lebendspendeempfängern. Demnach muss die erste Hypothese, wonach es einen Unterschied in der Verortung des alten und des neuen Organs zwischen der Gruppe von Lebendspendeempfänger und den Empfängern einer postmortalen Spende gibt, verworfen werden. Das bedeutet, dass es den Transplantationspatienten unabhängig vom Spendertyp gelingt ihr neues Organ zu integrieren und gleichzeitig isolieren beide Patientengruppen ihr altes Organ vom restlichen Körper.

5.2 Qualitativ-inhaltsanalytische Dimension der Körperwahrnehmung

Die Ergebnisse der qualitativ-inhaltsanalytischen Auswertung haben gezeigt, dass es einen signifikanten Unterscheid zwischen den Empfängern einer postmortalen Spende und den Empfänger einer Lebendspende gibt, wenn man die semantisch-kognitive Ebene betrachtet, nach der diese beiden Patientengruppen ihren Körper beschreiben und strukturieren. Nach Auswertung der individuellen Eigenschaftszuschreibungen der Nierentransplantationspatienten hinsichtlich ihres Körpers, konnten mithilfe einer Inhaltsanalyse fünf verschiedene Kategorien gefunden werden. Bei den Kategorien handelt es sich um die Themenbereiche: *Funktionalität*, *Vitalität*, *Sensibilität*, *Emotionalität* und *Äußere Erscheinung*. In Anlehnung an Studien von Borkenhagen und Klapp (2009) lassen sich die Kategorien *Funktionalität* und *Äußere Erscheinung* dem *objekthaften Aspekt* der Körperwahrnehmung zuordnen und die Kategorien *Vitalität*, *Sensibilität* und *Emotionalität* beschreiben den *subjekthaften Aspekt* der Körperwahrnehmung.

Die Auswertung der Häufigkeitsverteilungen mithilfe des Chi-Quadrat-Tests (Tabelle 4) hat gezeigt, dass es sich bei den vorherrschenden Kategorien zur Beschreibung der Körperwahrnehmung von Nierentransplantationspatienten, um die Kategorien *Vitalität*,

mit einer Auftrittswahrscheinlichkeit von 37,7% und *Funktionalität*, mit einer Auftrittswahrscheinlichkeit von 28,7%, handelt. Die übrigen Kategorien wie *Sensibilität* mit einer Auftrittswahrscheinlichkeit von 13,5%, *Emotionalität* mit einer Auftrittswahrscheinlichkeit von 10,1%, und *Äußere Erscheinung* mit einer Auftrittswahrscheinlichkeit von ebenso 10,1%, liegen in ihrer Auftrittswahrscheinlichkeit deutlich hinter diesen beiden Kategorien zurück. Wenn man nun die Ergebnisse der beiden Hauptkategorien *Vitalität* und *Funktionalität* genauer betrachtet zeigt sich, dass Bedeutungszuschreibungen, die in die Kategorie *Vitalität* fallen, von Empfängern einer postmortalen Spende mit einer Auftrittswahrscheinlichkeit von 18,6 % und den Empfänger einer Lebendspende mit einer Auftrittswahrscheinlichkeit von 19% in etwa gleich häufig verwendet werden. Dieser Befund erscheint nicht weiter verwunderlich wenn man bedenkt, dass die Patienten vor einer Transplantation unter einer chronischen Nierenerkrankung gelitten haben und die Transplantation eine deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität darstellt. Diverse Einschränkungen, wie etwa im Beruf, bei Reisen oder auch beim Sport werden aufgrund der Transplantation aufgehoben und es kommt zu einer raschen Verbesserung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Zudem erleben die Patienten eine neu gewonnene Unabhängigkeit von der Dialyse. Unter diesen Aspekten scheint es mehr als plausibel, dass Transplantationspatienten ihren Körper vorrangig mit Begriffen wie *lebendig*, *fit*, *leistungsfähig*, *agil*, *aktiv*, *schlau* usw. beschreiben.

Im Vergleich dazu fällt in der Kategorie *Funktionalität* als erstes auf, dass diese Kategorie von Empfängern einer postmortalen Spende mit einer Auftrittswahrscheinlichkeit von 18,6 % gleich häufig verwendet wird, wie die Kategorie *Vitalität*, die ebenfalls eine Auftrittswahrscheinlichkeit von 18,6% aufweist. Der wesentliche Unterschied wird jedoch deutlich, wenn diese Auftrittswahrscheinlichkeit, mit der Auftrittswahrscheinlichkeit der Kategorie *Funktionalität* bei den Empfängern einer Lebendspende verglichen wird. Diese liegt mit 10,1% deutlich hinter der Auftrittswahrscheinlichkeit für Empfänger einer postmortalen Spende mit 18,6%. Somit werden funktionale Bedeutungszuschreibungen von Empfängern einer Lebendspende nur halb so oft genannt, wie Bedeutungszuschreibungen im Zusammenhang mit vitalen Themen.

Dieser Befund kann nun unter zwei verschiedenen Gesichtspunkten interpretiert werden. Zum einen, könnte man argumentieren, dass die Lebendspendeempfänger ihr Organ von einem lebenden Menschen erhalten haben, der ihnen darüberhinaus bekannt ist und sie

aus diesem Grunde geneigt sind, ihr neues Organ primär unter einem vitalen und subjektiven Aspekt zu betrachten. Demgegenüber bekommen die Empfänger einer postmortalen Spende ihr Organ aus dem Eurotransplant-Verbund zugewiesen. Diese Patienten könnten ihre Gedanken an die sogenannte „Leichenniere“, wie ein solches Transplantat auch genannt wird, möglicherweise dadurch kompensieren, indem sie sich vordergründig auf den funktionalen und objektiven Aspekt dieses Organs konzentrieren.

Der andere interpretative Gesichtspunkt gewinnt an Form, sobald man die Dialysedauer in die Interpretation miteinbezieht. Die Auswertung der Dialysedauer zeigt, dass Empfänger einer postmortalen Spende, welche ihren Körper primär unter einem funktional-objektiven Aspekt strukturieren, im Durchschnitt viel länger an der Dialyse waren, als Empfänger einer Lebendspende. Lebendspendeempfänger waren demnach im Durchschnitt nur 13,2 Monate (SD 13,9; Range 1,5-48) an der Dialyse und Empfänger einer postmortalen Spende durchschnittlich 73,5 Monate (SD 29,0; Range 24-120). Das entspricht in etwa einem Zeitraum von 6 Jahren und ist beinahe fünf Mal so lang wie die Dialysedauer der Lebendspendeempfänger. Auch hier scheint es plausibel, dass die Empfänger einer postmortalen Spende, die länger an der Dialyse waren, ihren Körper vorrangig mit Attributen wie *funktionstüchtig*, *defekt*, *unbeschädigt* usw. beschreiben. Allerdings erschwert dieser Befund die Interpretation der Ergebnisse, da sich nicht eindeutig sagen lässt, ob der Unterschied in der Körperwahrnehmung auf den Spendertyp oder auf die deutlich längere Zeit an der Dialyse zurückführen ist.

Im Fall des Spendertyps, könnte sich das veränderte Körperbild erst postoperativ herauskristallisiert haben und im Fall der Dialysedauer, könnte es bedeuten, dass sich die Empfänger einer postmortalen Spende den apparativen Ersatz bereits präoperativ, also in der längeren Zeit an der Dialyse *einverleiben* und in dieser Zeit beginnen, ihren Körper vorrangig unter einer funktional-objektiven Dimension zu erleben.

Um diese Aussagen konkretisieren zu können, muss man sich die Stichprobe noch einmal genauer ansehen. Allerdings ist es im vorliegenden Fall aufgrund der geringen Stichprobe nicht möglich die Dialysezeiten systematisch und aussagekräftig miteinander zu vergleichen. Um die Ergebnisse verallgemeinern zu können, fehlen in beiden Gruppen die Extremausprägungen in statistisch vergleichbarem Umfang. Es besteht jedoch die Möglichkeit aussagekräftige Extremfälle aus der Grundgesamtheit der Stichprobe (siehe Tabelle 5) herauszugreifen, zu beschreiben und zu vergleichen, um auf diese Weise eine Tendenz sichtbar zu machen, welche die Vermutung des Einflusses der Dialyse auf die

funktional-objekthafte Dimension der Körperwahrnehmung unterstützen oder widerlegen könnte. Für den Extremgruppenvergleich wurden jene Empfänger einer postmortalen Spende herausgenommen, welche relativ kurz an der Dialyse waren, den Lebendspendeempfängern gegenübergestellt, welche im Vergleich zur Gesamtgruppe der Lebendspendeempfänger relativ lange an der Dialyse waren. Ebenso werden drei Fälle verglichen, welche in vergleichbarer Länge an der Dialyse waren. Abschließend wurde noch jener Patient, der am kürzesten und jener Patient der am längsten an der Dialyse war, herausgegriffen und beschrieben. Die Tabellen mit den Dialysezeiten (5) und den Extremfällen (6), sowie die Beschreibung der Extremfälle, finden sich auf den nachfolgenden Seiten.

Proband	Lebendspende	Postmortale Spende
N.A	3 Monate	x
N.M	X	84 Monate
Q.N	X	54 Monate
J.G	X	120 Monate
K.U	X	96 Monate
S.U	X	84 Monate
J.M	48 Monate	x
Q.Q	X	51 Monate
K.Q.T	X	24 Monate
K.T	3 Monate	x
E.H	6 Monate	x
G.N	X	108 Monate
P.L	24 Monate	x
N.O	1,5 Monate	x
B.F	9 Monate	x
G.L	24 Monate	x
B.P	9 Monate	x
F.M	X	keine Angabe
T.Q	X	60 Monate
I.I	X	72 Monate
N.C	6 Monate	x
J.Q	X	84 Monate
Q.G	X	108 Monate
D.H	X	48 Monate
L.L	X	36 Monate
K.U	12 Monate	x
D.X	keine Angabe	x
Σ	145,5	1029
M	13,2	73,5
σ	13,9	29,0

Tabelle 5: Vergleich der Dialysedauer (in Monaten) zwischen Empfängern einer Lebendspende und Empfängern einer postmortalen Spende

	Dialysedauer	FU	VI	SE	EM	ÄE
Lebendspende	1,4 Monate	7	13	3	1	3
Lebendspende	24 Monate	5	12	3	4	0
Lebendspende	24 Monate	6	13	0	3	2
Lebendspende	48 Monate	3	9	7	9	0
Postmortale Spende	24 Monate	6	14	2	4	2
Postmortale Spende	108 Monate	9	8	7	4	2
Postmortale Spende	108 Monate	8	4	4	6	6
Postmortale Spende	120 Monate	6	14	2	4	2

Tabelle 6: Vergleich zwischen Empfängern einer Lebendspende und Empfängern einer postmortalen Spende hinsichtlich Begriffszuschreibung und Dialysedauer (in Monaten)

Um vergleichende Aussagen treffen zu können, wurde aus der Gruppe der Lebendspendeempfänger der Proband N.O ausgewählt, der mit 1,5 Monaten nur sehr kurz an der Dialyse war. Man sieht, dass in seinem Fall die vitalen Attribute mit 13 Nennungen, die funktionalen Attribute mit nur 7 Nennungen übertreffen. Diesem Ergebnis wird der Proband J.M gegenübergestellt, der mit 48 Monaten im Vergleich zur Gruppe der Lebendspender am längsten an der Dialyse war. Auch hier überwiegen vitale Attribute mit 9 Nennungen im Gegensatz zu funktionalen Attributen mit nur 3 Nennungen. Auffällig ist, dass sensible Attribute mit 7 Nennungen und emotionale Attribute mit 9 Nennungen von diesem Patienten vergleichsweise häufig genannt werden. Dieser Befund könnte darauf hindeuten, dass der Wechsel vom subjekthaften Aspekt des Körpers zum funktional-objekthaften Aspekt des Körpers von starken Emotionen begleitet wird. Bei den Empfängern einer postmortalen Spende wird mit dem Probanden K.Q.T jemand herausgegriffen, der mit 24 Monaten im Vergleich zur Gruppe der Empfänger einer postmortalen Spende relativ kurz an der Dialyse war. Auch in diesem Fall überwiegen vitale Attribute mit 14 Nennungen. Demgegenüber stehen funktionale Attribute mit nur 6 Nennungen. Diesem Ergebnis werden in einem direkten Vergleich zwei Probanden aus der Gruppe der Lebendspendeempfänger gegenübergestellt, die ebenfalls 24 Monate an der Dialyse waren. Beide Probanden, P.L und G.L, nennen mit 12 bzw. 13 Nennungen doppelt so häufig vitale Attribute im Vergleich zu 5 bzw. 6 Attributen, welche mit Funktionalität und der damit einhergehenden objekthaften Dimension des Körpererlebens zusammenhängen. Des Weiteren wird mit J.G, ein

Empfänger einer postmortalen Spende herausgegriffen, der mit 120 Monaten am längsten an der Dialyse war. Entgegen der Erwartung, nennt auch dieser Proband mit 14 Nennungen vorrangig vitale Attribute und mit 6 Nennungen deutlich weniger funktionale Attribute in Zusammenhang mit seinem Körperbild. Dieser Befund überrascht und widerspricht der allgemeinen Tendenz. Um diesen Befund in einen größeren Zusammenhang zu stellen, werden noch zwei weitere Empfänger einer postmortalen Spende herausgegriffen, Q.G und G.N, die mit jeweils 108 Monaten ebenfalls sehr lange an der Dialyse waren. Hier zeigt sich wieder die Bevorzugung von funktionalen Themen, die mit 9 bzw. 8 Attributen knapp häufiger genannt werden, als vitale Themen mit 8 bzw. 4 Nennungen.

Abschließend lässt sich sagen, dass man zwar eine allgemeine Tendenz erkennen kann, wonach die Dialysedauer einen Einfluss auf die Wahrnehmung und Beschreibung der Körperwahrnehmung haben könnte, jedoch müsste man diesen Befund anhand einer breiteren Stichprobe systematisch überprüfen.

5.3 Diskussion der Methode

In der vorliegenden Arbeit wurde die psychische Verarbeitung einer Nierentransplantation mithilfe des Körper-Grid untersucht, einer Methode, die sich stark an Kelly und seiner Repertory Grid Technik orientiert. Beim Körper-Grid handelt es sich um den Versuch das Körpererleben und die Körperwahrnehmung auf eine völlig neue Art und Weise zu erfassen. Jedoch bleibt es ein Instrument, welches Daten produziert, die „auf Introspektion beruhen und die explizit oder implizit im System der Sprache ausgedrückt sind“ (Wiedemann, 1995, S. 200). Somit ist das Körper-Grid ein sprachgebundenes Verfahren, dessen Qualität sehr stark von der sprachlichen Differenziertheit der Untersuchungsteilnehmer abhängt. Küchenhoff (2013) geht sogar davon aus, dass die Diskrepanz zwischen "Artikulierbarem und nicht sprachlich fassbarem Körperempfinden" (S.7) ein Leben lang erhalten bleibt und es letztlich nie gelingt, das "Körpererleben ganz in Sprache zu überführen“ (Küchenhoff, ebd.).

Neben diesem sprachlichen Bias, handelt es sich beim Körper-Grid um ein Instrument das Daten generiert, welche auf einem dichotomen Zugang zur Körperwahrnehmung beruhen. Zwar ist dieser dichotome Zugang die Grundlage einer jeden Grid-Technik nach Kelly, doch stellt er eine sehr starke Vereinfachung der Realität dar. Die Eindimensionalität dieses Zugangs negiert jegliche Nuancen und Graustufen der Realität und fördert dadurch klassisches Schwarz-Weiß-Denken. Ebenso diskussionswürdig ist Kellys Idee vom

starken Subjekt, das sich seine Handlungsmöglichkeiten stets im hellen Lichte seines Bewusstseins vergegenwärtigt und meistens zweckvoll denkt und handelt. Es stellt sich die Frage, ob ein Subjekt sich jemals aller Alternativen bewusst sein kann und ob es zudem immer die Wahl hat, völlig frei zu entscheiden.

Eine weitere Schwierigkeit verbirgt sich in der computerunterstützten Auswertung der Grids. Wie bereits eingangs erwähnt, gibt es die Grid-Technik schon seit den 50er Jahren. Erst im Zuge der Computerisierung im ausgehenden 20. Jahrhundert wurde diese Technik von unterschiedlichen Forschungsrichtungen wiederentdeckt, da mit dem Einsatz spezieller Computerprogramme und Auswertungssoftwares die Handhabung dieses Instruments deutlich vereinfacht und das Potential dieses Verfahrens in vollem Umfang nutzbar gemacht werden konnte. Allerdings hat sich bis dato keines dieser Auswertungsprogramme etablieren können und so fehlt es nach wie vor an einem Standardverfahren für diese Technik. Ein solches Standardverfahren würde die Anwendung und den Vergleich verschiedener Grids und Studien deutlich vereinfachen.

5.4 Diskussion der Stichprobe

Der Stichprobenumfang von 27 Transplantationspatienten ist für den statistischen Vergleich sicher nicht optimal. Zudem ist der Spendertyp nicht gleichmäßig über die gesamte Stichprobe verteilt. Der Gruppe der Empfänger einer Lebendspende mit $N=12$, steht die größeren Gruppe der Empfänger einer postmortalen Spende mit $N=15$ gegenüber. Dieser Stichprobenbias spiegelt jedoch ein generelles Problem der klinischen Forschung wider, da es sich in diesem Kontext häufig um Gelegenheitsstichproben handelt. Des Weiteren fehlen für die vorliegende Arbeit Vergleichsdaten aus der präoperativen Zeit und einer breit angelegten gesunden Referenzstichprobe. Denn ebenso wie die Körperwahrnehmung vor der Transplantation, sollte geprüft werden, nach welchen Mustern eine gesunde Vergleichspopulation ihre Körperwahrnehmung strukturiert und beschreibt. Es stellt sich die Frage, ob der Dualismus von Vitalismus und Mechanismus auch bei einer gesunden Vergleichsgruppe auftritt oder ob es sich bei diesem Dualismus um eine Beschreibungsdimension handelt, die speziell der Gruppe von Transplantationspatienten zu Eigen ist.

6. Zusammenfassung

Mit dieser Studie wurde der Versuch unternommen impliziten Strukturen der Körperwahrnehmung von Transplantationspatienten anhand des Körper-Grid sichtbar zu machen und eventuelle Unterschiede zwischen Empfängern einer Lebendspende und Empfängern einer postmortalen Spende auszumachen. Die Isolation der alten Niere und die Integration der neuen Niere, wie sie etwa bei Decker et al. (2000) beschrieben wurden, konnte auch für die vorliegende Studie repliziert werden. Dafür wurden Korrelationen zwischen der neuen und der alten Niere in Verbindung mit einer grafischen Darstellung ausgewertet und interpretiert. Die Ergebnisse der Arbeit legen wie bei Decker et al. (2000) die Vermutung nahe, dass die Nierentransplantationspatienten ihr altes, krankes Organ abspalten und vom restlichen Körper isolieren. Gleichzeitig scheint es ihnen allerdings zu gelingen, die neue Niere in ihr Körperselbst zu integrieren.

Um der Frage nachzugehen, ob es in der Gruppe der Transplantationspatienten Unterschiede in der Verortung des alten und des neuen Organs zwischen den Empfänger einer Lebendspende und den Empfängern einer postmortalen Spende gibt, wurden unterschiedliche Körperteil Distanzen mithilfe des Körper-Grid ermittelt und miteinander verglichen. Es handelt sich um Distanzen, von denen man annehmen kann, dass sie in der Körperwahrnehmung von Nierentransplantationspatienten eine wichtige Rolle spielen. Konkret wurden die euklidischen Distanzen von Realkörper und Idealkörper, Realkörper und alter Niere, Realkörper und neuer Niere, Idealkörper und alter Niere und Idealkörper und neuer Niere für jede dieser beiden Gruppen gesondert ermittelt und anhand von Mittelwertsunterschieden miteinander verglichen. Dabei konnte kein signifikanter Unterschied in der Verortung der betroffenen Körperteile zwischen den beiden Patientengruppen festgestellt werden. Das heißt, dass beide Patientengruppen die Verortung dieser Körperteile und damit auch die Integration der neuen und die Isolation der alten Niere gleichermaßen wahrnehmen.

Der Punkt, an dem sich diese beiden Patientengruppen signifikant voneinander unterscheiden, ist die semantisch-kognitive Ebene, nach der diese Patienten ihr Körperbild strukturieren und organisieren. Bei einem inhaltsanalytischen Vergleich der Eigenschaftszuschreibungen, welche die Nierentransplantationspatienten vorrangig verwenden, um ihren Körper zu beschreiben, konnten mithilfe einer Inhaltsanalyse fünf distinkte Grundkategorien ermittelt werden. Bei diesen Kategorien handelt es sich um die Themenbereiche *Funktionalität*, *Vitalität*, *Sensibilität*, *Emotionalität* und *Aussehen*.

Ähnlich wie bei Borkenhagen und Klapp (2009) können die Kategorien *Funktionalität* und *Aussehen* eher dem objekthaften Aspekt der Körperwahrnehmung zugeordnet werden. Die Kategorien *Vitalität*, *Sensibilität* und *Emotionalität* hingegen, können unter dem subjekthaften Aspekt der Körperwahrnehmung zusammengefasst werden. Die Kategorie, die von beiden Patientengruppen gleichermaßen genannt wird, um ihre Körperwahrnehmung zu strukturieren, ist die Kategorie Vitalität. Die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests zeigen für die Empfänger einer Lebendspende eine ähnliche Auftrittswahrscheinlichkeit vitalistischer Begriffe, wie für die Empfänger einer postmortalen Spende. Der Bereich, in dem sich beide Patientengruppen ganz deutlich voneinander unterscheiden, ist der funktionale Aspekt, unter welchem sie ihr Körperbild strukturieren. Beim systematischen Vergleich aller 764 Eigenschaftszuschreibungen zeigt sich, dass *funktionelle* und *mechanistische Termini* bei Empfängern einer postmortalen fast doppelt so häufig genannt werden, als von Empfängern einer Lebendspende. Besonders interessant ist in diesem Zusammenhang der Befund, wonach Empfänger einer postmortalen Spende, welche ihren Körper primär unter diesem funktional-objekthaften Aspekt strukturieren, im Durchschnitt viel länger an der Dialyse waren, als Empfänger einer Lebendspende. Zwar wird die Abhängigkeit von der Maschine durch die Transplantation beendet, doch scheint es, als hätten Empfänger einer postmortalen Spende sich in der langen Dialysezeit den maschinellen Ersatz *einverleibt*. So wirkt die semantische Erweiterung des Körperselbst durch dieses technische Gerät noch weit über die Transplantation hinaus. Gleichzeitig hat sich der implizite Sprachschatz um mechanistische Bedeutungszuschreibungen erweitert. Die allgegenwärtige Maschinenmetapher aus der prä-Transplantationszeit hat sich möglicherweise in die post-Transplantationszeit verlagert. Doch um diese Rückschlüsse genauer zu belegen, empfehlen sich weitere Untersuchungen mit einer breit angelegten Stichprobe und einer gesunden Referenzstichprobe. Abschließend kann gesagt werden, dass die erste Hypothese, wonach es einen Unterschied in der Verortung der neuen und alten Niere im Körperbild der Lebendspendeempfänger und der Empfänger einer postmortalen Spende gibt, verworfen werden muss. Die zweite Hypothese hingegen, wonach die beiden Gruppen der Lebendspendeempfänger und der Empfänger einer postmortalen Spende sich hinsichtlich der semantischen Akzentuierung in Bezug auf ihr Körperbild unterscheiden, kann beibehalten werden.

7. Ausblick

Die vorliegende Arbeit möchte das Verständnis für die Patientengruppe der Nierentransplantationspatienten vertiefen, in dem sie implizite Muster aufdeckt, nach denen diese Patienten ihr Körperbild strukturieren. Dabei hat sich gezeigt, dass sich Empfänger einer Lebendspende deutlich von den Empfängern einer postmortalen Spende unterscheiden und zwar in der semantisch-kognitiven Struktur, nach der diese Patienten ihre Körperwahrnehmung strukturieren. Es scheint, als sähen die Empfänger einer postmortalen Spende ihren Körper stärker unter einem funktional-objekthaften Aspekt. Dieser Befund ist nur auf den ersten Blick überraschend und lässt sich bei näherer Betrachtung möglicherweise auf die deutlich längere Zeit dieser Patienten am Dialysegerät zurückführen. Durch das Dialysegerät erlangen Patienten mit einer chronischen Niereninsuffizienz die Kontrolle über ihren Körper zurück. Diese wiedererlangte Kontrolle findet scheinbar ihren Ausdruck in mechanistischen und technischen Termini, mit denen diese Patienten ihr Körperbild strukturieren. Offenbar wird der Körper in der Zeit an der Dialyse mehr und mehr als Objekt wahrgenommen und die mechanistischen Bedeutungszuschreibungen bilden sich schließlich in der Beschreibung des Körperbildes ab. Der systematische Vergleich der Dialysedauer legt die Vermutung nahe, dass es sich bei dem Prozess der *Einverleibung*, um einen länger währenden Prozess handeln könnte.

Diese Ergebnisse legen die Empfehlung nahe, wonach nicht nur der postoperativen Zeit, sondern auch der präoperativen Zeit an der Dialyse die nötige Aufmerksamkeit zu schenken ist. Zudem könnte das Körper-Grid ein geeignetes Instrument sein, um Nierentransplantationspatienten auf ihrem Weg von der Dialyse in die postoperative Zeit zu begleiten, um ihnen laufend Feedback zu geben. Auf diese Weise können Reflexionsprozesse über die Körperwahrnehmung in Gang gesetzt werden, welche das allgemeine Wohlbefinden dieser Patienten positiv beeinflussen und in weiterer Folge die Therapietreue dieser Patienten erhöhen.

8. Literaturverzeichnis

Anzieu, D. (1992). *Das Haut-Ich*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Biller-Adorno, N. (2002). Gender imbalance in living organ donation. *Medicine, Health Care and Philosophy* 5, 199-204.

Bonarius, H., Angleitner, A., John, O. (1984). Die Psychologie der persönlichen Konstrukte: Eine kritische Bestandsaufnahme einer Persönlichkeitstheorie. In M. Amelang & H. J. Ahrens (Hrsg.), *Brennpunkte der Persönlichkeitsforschung, Bd. 1*. (S. 109-138). Göttingen: Hogrefe.

Borkenhagen, A. & Klapp, B. F. (1999). Erhebung von Dissoziations- und Desintegrationstendenzen in der Körper-Selbst-Repräsentanz anorektischer PatientInnen mit der Rep-Grid-Technik. *Psychomed* 11 (2), 112-120.

Borkenhagen, A. (2000). *Dissoziationen des Körpers. Eine Untersuchung der psychischen Repräsentanz des Körpers magersüchtiger Patientinnen und von Frauen, die sich einer künstlichen Befruchtung unterziehen*. Gießen: Psychosozial Verlag.

Borkenhagen, A. & Klapp, B. F. (2009). Der Körper-Grid als gendersensitives Instrument bei bulimischen und IvF-Patientinnen. In P., Joraschky, T., Loew, F., Röhrich, F. (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik* (S.152-170). Stuttgart: Schattauer.

Brosig, B. & Decker, O. (2006). Transplantate als innere Objekte? In B.F., Hensel, D., Scharff, & E., Vorpohl, E. (Hrsg.), *W.R.D Fairbains Bedeutung für die moderne Objektbeziehungstheorie* (S. 257-272). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Castelnuevo-Tedesco, P. (1978). Ego vicissitudes in response to replacement or loss of body parts. Certain analogies to events during psychoanalytic treatment. *Psychoanalytical Quarterly*, 47 (3), 381-397.

- Clement, U. & Löwe, B. (1996). *Fragebogen zum Körperbild (FKB-20). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Danzer, G. (1995). *Psychosomatische Medizin – Konzepte und Modelle*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Decker, O., Borkenhagen, A., Wenzke, M., Brähler, E. (2000). Zur Erfassung des Körpererlebens bei Nierentransplantationspatienten: der Körper-Grid. In B. Johann & U. Treichel (Hrsg.), *Beiträge der Psychosomatik zur Transplantationsmedizin* (S.126-135). Lengerich: Pabst Verlag.
- Decker, O. (2004). *Der Prothesengott – Subjektivität und Transplantationsmedizin*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Deusinger, I. M. (1998). *Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G. H., Heemann, U., Kohle, M., Luetkes, P., Maehner, N., Reimer, J. (2000). Quality of Life in patients before and after kidney transplantation. *Psychology & Health* 14 (6), 1037-1049.
- Fransella, F. & Neimeyer, R. A. (2005). George Alexander Kelly: The Man behind his Theory. In F. Fransella (Hrsg.), *The Essential Practitioner's Handbook of Personal Construct Psychology* (S. 3-13). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Fransella, F. (2007). PCP: a personal story. *Personal Construct Theory and Practice*, 4, 39- 45.
- Fromm, M. (1995). *Repertory Grid Methodik. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Fromm, M. & Paschelke, S. (2010). *GridPractice – Anleitung zur Durchführung und Auswertung von Grid-Interviews*. Hamburg: BoD.

Freud, S. (1930). *Das Unbehagen in der Kultur*. Wien: Internat. Psychoanalyt. Verl.

Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG) neugefasst durch B. v. 04.09.2007 BGB1. I S. 2206; zuletzt geändert durch Artikel 5d G. v. 15.07.2013 BGB1. I S. 2423; Geltung ab 01.12.1997 FNA: 212-2;2 Verwaltung 21 Besondere Verwaltungszweige der inneren Verwaltung 212 Gesundheitswesen 2120 Organisation des Gesundheitswesens.

Glaserfeld, E. v. (1998). Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In P. Watzlawick (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit: wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus* (S. 16-38). München: Piper.

Gugutzer, R. (2002). *Leib, Körper und Identität: eine phänomenologisch soziologische Untersuchung zur personalen Identität*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gugutzer, R. (2004). *Soziologie des Körpers*. Bielefeld: transcript Verlag.

Gugutzer, R. (2012). *Verkörperungen des Sozialen, Neophänomenologische Grundlagen und soziologische Analysen*. Bielefeld: transcript Verlag.

Herschbach, P. (2002). Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung. *PmPP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52, 141-150.

Helman, C. (1995). The Body Image in Health and Disease: Exploring Patient's Maps of Body and Self. *Patient Education and Counseling*, 26 (1-3), S. 169-175.

Hontschik, B. & Uexküll T. v. (Hrsg.). (1999). *Psychosomatik in der Chirurgie: Integrierte Chirurgie – Theorie und Therapie*. Stuttgart: Schattauer.

- Joraschky, P. (1995). Das Körperschema und das Körper-Selbst. In E., Brähler (Hrsg.), *Körpererleben: ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele; Beiträge zur psychosomatischen Medizin (S.34-49) (2.Auf.)*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Joraschky, P., Loew, T., Röhrich, F. (Hrsg.). (2009). *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik*. Stuttgart: Schattauer.
- Kalitzkus, V. (2003). *Biomedizin und Gesellschaft: ein ethnologischer Blick auf die Medizin; Gutachten erstellt im Auftrag des Institutes Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW)*. Berlin: IMEW.
- Kalitzkus, V. (2003a). *Leben durch den Tod : die zwei Seiten der Organtransplantation; eine medizinethnologische Studie*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs Vol.1 and 2*. New York: Norton.
- Kelly, G. A. (1963). *The Psychology of personal Constructs*. New York: Norton.
- Kelly, G. A. (1977). *Personal Construct Theory and the Psychotherapeutic Interview. Cognitive Therapy and Research, 1 (4), 355-362*.
- Kimball, C. P. & Famularo, R. A. (1980). The experience of hemodialysis and renal transplantation. *General Hospital Psychiatry, 2*, 70-80.
- Köllner, V. & Archonti, C. (2003). Psychotherapeutische Interventionen vor und nach Organtransplantation. *Verhaltenstherapie, 13 (1), 47-60*.
- Küchenhoff, J. & Argwalla, P. (2012). *Körperbild und Persönlichkeit: die klinische Evaluation des Körpererlebens mit der Körperbild-Liste*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Laederach-Hofmann, K., Begré, S., Bunzel, B. (2002). Integrationsprozesse und Organphantasien im Rahmen der Organtransplantation. *PmPP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52 (1), 32-40.
- Laederach-Hofmann, K. (2003). Integrationsprozesse und Organphantasien im Rahmen der Organtransplantation. In Y. Erim & K. H. Schulz (Hrsg.), *Beiträge der Psychosomatik zur Transplantationsmedizin: Essener Tagungsdokumentation Nr. 4.* (S. 13-19). Lengerich: Pabst Verlag.
- Langenbach, F., Kuhn-Régnier, F., Geißler, H. J., Köhle, K. (2003). Ich habe nur immer so ein bisschen Angst - Versuch einer heuristischen Typologie subjektiver Erfahrungen im ersten Jahr nach Herztransplantation – Eine idealtypische Studie. In Y. Erim & K. H. Schulz (Hrsg.), *Beiträge der Psychosomatik zur Transplantationsmedizin: Essener Tagungsdokumentation Nr. 4.* (S. 37-51). Lengerich: Pabst Verlag.
- Lienert, G. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Marcel, M. (1994): *Die Gabe. Form und Funktion des Austauschs in archaischen Gesellschaften; Essai sur le don <dt.> (2. Aufl.)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Manzei, A. (2003). *Körper, Technik, Grenzen : Kritische Anthropologie am Beispiel der Transplantationsmedizin*. Münster: LIT.
- Mayring, P. (1996). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativen Denken. Weinheim: Beltz Verlag.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Mehrabi, A., Fonouni, H., Golriz, M., Schmied, B., Tahmasbirad, M., Weitz, J., Büchler, M. W., Zeier, M., Schmidt, J. (2010). Lebendspende – Nierentransplantation. *Der Chirurg*, 81 (9), 794-803.

- Muslin, H. L. (1971). *On Acquiring a Kidney. American Journal of Psychiatry*, 127 (9), 1185-1188.
- Nancy, J. L. (2000). *Der Eindringling : das fremde Herz*. Berlin: Merve Verlag.
- Nagy, J. (1999). *A Note on the early History of Renal Transplantation: Emerich (Imre) Ullmann. American Journal of Nephrology*, 19 (2), 346-349.
- Plessner, H. (1928). *Die Stufen des Organischen und der Mensch*. Berlin: de Gruyter.
- Raithel, A. (1993). Auswertungsmethoden für Repertory Grids. In J. W. Scheer & A. Catina (Hrsg.), *Einführung in die Repertory Grid Technik – Bd. 1: Grundlagen und Methoden* (S. 41-67). Bern, Göttingen, Toronto Seattle: Huber.
- Röhrich, F., Seidler, K. P., Joraschky, P., Borkenhagen, A., Lausberg, H., Lemche, E., Loew, T., Porsch, U., Schreiber-Willnow, K., Tritt, K. (2005). Konsensuspapier zur terminologischen Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens in Forschung und Praxis. *PmPP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 55 (3/4), 183-190.
- Röhrich, F. (2009). Das Körperbild im Spannungsfeld von Sprache und Erleben – terminologische Überlegungen. In P., Joraschky, T., Loew, F., Röhrich, F. (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik* (S.25-32). Stuttgart: Schattauer.
- Robson, C. (1993). *Real World Research*. Oxford: Blackwell.
- Rosenberger, M. & Freitag, M. (2009). Repertory Grid. In S. Kühl, P. Strodtholz & A. Taffertshofer (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Organisationsforschung – Quantitative und Qualitative Methoden* (S. 477-496). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rosenberger, M. (2011). *Sci:vesco* (Version 3.0) [Computer software]. Leipzig: Elements and Constructs GmbH & Co. KG.

- Rosenberger, M. (2013). *vademecum sci:vesco. Professioneller Einsatz der Repertory Grid Anwendung sci:vesco. Band 1 Legitimation, Theorie, Methodologie und Methodik*. Hamburg: BoD.
- Scheer, J. W. (1993). Planung und Durchführung von Repertory Grid Untersuchungen. In J.W. Scheer & A. Catina (Hrsg.), *Einführung in die Repertory Grid Technik – Bd. 1: Grundlagen und Methoden* (S. 41-67). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Schoeneich, F. (1994). *Selbst-Objekt-Beziehungen stationärer psychosomatischer Patienten : ein Operationalisierungsansatz mit der Selbst-Identitäts-Grafik ; eine klinische Anwendung der Repertory Grid-Technik und die Relevanz einer methodischen Kritik in der Praxis*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Simon, F.B. (2012). *Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus* (6. Unveränderte Aufl.). Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Speidel, H. (1985): Spezifisch psychische Belastungsfaktoren in der Dialysesituation. In: F., Balck, U., Koch, & H., Speidel (Hrsg.), *Psychonephrologie. Psychische Probleme bei Niereninsuffizienz* (S. 235-246). Berlin: Springer.
- Sprenger-Klasen, I. (2004). Social Medical Aspects of Living Kidney Donation. *Transplantationsmedizin*, 16 (2), 136-141.
- Strauß, B. & Appelt, H. (1996). *Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Uexküll von T. (1994). Körper und Sprache als Problem der Medizin. In J., Dyck, W., Jens, & G., Ueding (Hrsg.), *Rhetorik: Ein internationales Jahrbuch* (S.70-81). Tübingen: Max Niemeyer Verlag.

- Vinnemann, C. (1995). *Das Körpererleben bei Schmerzpatienten und Gesunden. Eine Vergleichsstudie mit der Repertory-Grid Methode*. Universität Heidelberg: unveröffentl. Diplomarbeit.
- Wagner, D. (2013). *Leben*. Berlin: Rowohlt Verlag.
- Walker, B. M. & Winter, D. A. (2007). The Elaboration of Personal Construct Psychology. *Annual Review of Psychology*, 58, 453-477.
- Watzlawick, P. (Hrsg.). (1998). *Die erfundene Wirklichkeit: wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus*. München: Piper.
- Weber, C., Bronner, E., Thier, P., Schoeneich, F., Walter, O., Klapp, B. F. (2001). Body experience and mental representation of body image in patients with haematological malignancies and cancer as assessed with the Body Grid. *British Journal of Medical Psychology*, 74 (4), 507-521.
- Westmeyer, H. (2002). Der individualsbezogene Konstruktivismus von George A. Kelly. *Psychologische Beiträge*, 44, 325-333.
- Westmeyer, H. & Weber, H. (2011). Der Mensch als konstruierendes Wesen. In B. Pörksen (Hrsg.), *Schlüsselwerke des Konstruktivismus* (S. 78-91). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wiedemann, P.M. (1986). Konzepte, Daten und Methoden zur Analyse des Körpererlebens. In Brähler, E. (Hrsg.), *Körpererleben: ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele; Beiträge zur psychosomatischen Medizin* (S. 199-220). Gießen: Psychosozial Verlag.

Internetlinks

Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO): Jahresbericht 2013. Zugriff am 11.08.2014. Verfügbar unter <http://www.dso.de/>

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN). Zugriff am 11.08.2014. Verfügbar unter <http://www.dgfn.eu/aktuell.html>

Eurotransplant: Jahresbericht 2008. Zugriff am 11.08.2014. Verfügbar unter http://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=pat_germany

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe	33
Tabelle 2: Korrelationen der alten und neuen Niere mit allen Körperteilen über alle Transplantationspatienten hinweg	38
Tabelle 3: Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests über die Häufigkeiten der semantisch kognitiven Dimensionen in Abhängigkeit vom Spendertyp über alle Körperteile ...	46
Tabelle 4: Beobachtete und erwartete Häufigkeiten der semantisch kognitiven Dimensionen in Abhängigkeit vom Spendertyp über alle Körperteile	46
Tabelle 5: Vergleich der Dialysedauer (in Monaten) zwischen Empfängern einer Lebendspende und Empfängern einer postmortalen Spende	57
Tabelle 6: Vergleich zwischen Empfängern einer Lebendspende und Empfängern einer postmortalen Spende hinsichtlich Begriffszuschreibung und Dialysedauer (in Monaten)	58

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Unterschiede zwischen Lebendspendeempfängern und Empfängern einer postmortalen Spende hinsichtlich unterschiedlicher Körperteile und deren Distanzen zueinander	40
Abbildung 2: Grafische Darstellung der Eigenstrukturanalyse (ESA) für alle Transplantationspatienten.....	49
Abbildung 3: Grafische Darstellung der Eigenstrukturanalyse (ESA) der Lebendspendeempfänger.....	50
Abbildung 4: Grafische Darstellung der Eigenstrukturanalyse (ESA) für die Empfänger einer postmortalen Spende	51

11. Anhang

Einwilligungserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir möchten Ihnen im Rahmen einer gemeinsamen Studie der Medizinischen Klinik für Nephrologie und der Medizinischen Klinik für Psychosomatik der Charité einige Fragen im Zusammenhang mit der Organtransplantation bzw. zu Ihrem Befinden und zu Ihrem Körpergefühl stellen. Uns interessiert vor allem, wie sich Ihr Körpergefühl durch die Transplantation verändert hat. Ziel dieser gemeinsamen Studie ist es, Organempfängern in ihrer individuellen Lage besser zu verstehen, sie nach der Transplantation bei Bedarf besser zu unterstützen und Folgebehandlungen den unterschiedlichen Bedürfnissen anpassen zu können. Es handelt sich bei dieser Studie um einen einzigen Termin, der im Durchschnitt ca. 120 Minuten dauert. Dieser besteht aus drei Teilen:

- Kurzer Fragebogen zu Ihrer aktuellen Situation und zur Transplantation (ca. 5 Minuten)
- Körper Grid Untersuchung – Hier handelt es sich um ein testpsychologisches Verfahren, welches in einem strukturierten Interview das Körpererleben des Patienten erfasst (ca. 60min)
- Computergestützter Fragebogen zum körperlichen und psychischen Befinden (ca. 35min)

Die Daten und Informationen werden selbstverständlich anonymisiert behandelt und ausschließlich zu Forschungszwecken genutzt. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und kann zu jedem Zeitpunkt beendet werden, ohne dass für Sie Nachteile daraus entstehen.

Wir bedanken uns herzlich für ihre Mitarbeit!

Ort: _____, Datum: _____ Unterschrift: _____

Dr. Christina Papachristou

Mitarbeiterin Klinik für Psychosomatik

Dr. Fabian Halleck

Mitarbeiter Klinik für Nephrologie

Fragebogen für NTx Empfänger: _____ **Journal Nr.:** _____

1) Sind Sie zurzeit berufstätig?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Vollzeit | ☐ |
| Teilzeit | ☐ |
| Teilzeit wegen der Transplantation | ☐ |
| Arbeitslos | ☐ |
| Arbeitslos wegen der Transplantation | ☐ |
| Berentet | ☐ |
| Berentet wegen der Transplantation | ☐ |
| Hausfrau/-mann | ☐ |
| SchülerIn/ StudentIn | ☐ |
| Sonstiges | ☐ |

Waren Sie vor der Transplantation an der Dialyse?

Ja ☐

wenn ja, Bauchfelldialyse? Wie lange? _____ Jahre

wenn ja, Hämodialyse? Wie lange? _____ Jahre

wenn ja, Hämodialyse? Wie häufig? ____ x Woche für ____ Stunden

Nein ☐

3) Sind sie schon einmal transplantiert worden?

Ja ☐

wenn ja, wann? _____ Jahr

wenn ja, wie lange war das Transplantat funktionsfähig?

Nein ☐

4) Hatten Sie finanzielle Verluste aufgrund der Transplantation?

Ja ☐ ca. _____ Euro

Nein ☐

5) Hatten Sie Komplikationen nach der Transplantation?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja, welcher

Art? _____

6) Wie lange hat es gedauert bis Sie sich von der Operation erholt haben?

7) Leiden Sie aktuell unter Folgeerkrankungen oder Beschwerden aufgrund der Transplantation?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja, welcher

Art? _____

8) Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand einschätzen?

Sehr gut ☐

Gut ☐

Mittel ☐

Schlecht ☐

Sehr schlecht ☐

Freie

Beschreibung: _____

9) Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?

Ja ☐

Ja, wegen der Transplantation ☐

Wenn ja, aus welchem Grund?

Nein ☐

10) Würden Sie sich noch einmal einer Nierentransplantation unterziehen?

Ja ☐

Nein ☐

Warum diese Entscheidung?

11) Haben Sie Bedarf nach einem Gespräch in der Psychosomatik?

Ja ☐

Nein ☐

Kurzfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem psychischen Aspekt der Organintegration und der Körperwahrnehmung nach einer Nierentransplantation. Es wurde versucht, die innere Struktur des Körperbildes der Transplantationspatienten mithilfe der Körper-Grid Technik, einer Modifizierung der Repertory-Grid Technik nach George A. Kelly (1955), sichtbar zu machen, um mögliche Unterschiede in der Körperwahrnehmung zwischen Empfängern einer Lebendspende und Empfängern einer postmortalen Spende festzustellen.

Auf der strukturellen Ebene der Körperwahrnehmung konnten keine Unterschiede in der Organintegration festgestellt werden. Beiden Patientengruppen gelingt es, ihre neue Niere in ihr Körperbild zu integrieren und beide Patientengruppen nehmen ihr altes Organ gleichermaßen isoliert wahr.

Signifikante Unterschiede ergeben sich auf der semantischen-kognitiven Ebene, nach der diese beiden Patientengruppen ihr Körperbild strukturieren. Empfänger einer postmortalen Spende nehmen ihren Körper dabei signifikant häufiger unter einem funktional-objekthaften Aspekt wahr und beschreiben ihn mit technisch-mechanistischen Termini wie *funktionierend*, *defekt*, *unbeschädigt* usw. Empfänger einer Lebendspende hingegen beschreiben ihren Körper vorrangig mit vitalen Termini wie *lebendig*, *leistungsfähig*, *aktiv* usw., die allesamt dem subjekthaften Aspekt der Körperwahrnehmung zuzuschreiben sind. Diese Ergebnisse lassen aufgrund der geringen Stichprobe von 27 Transplantationspatienten keine eindeutigen Rückschlüsse zu, ob dieser Unterschied in der Körperwahrnehmung auf den Spendertyp oder die unterschiedliche Dialysedauer dieser beiden Patientengruppen zurückzuführen ist. Es scheint sich jedoch die Tendenz abzuzeichnen, wonach eine lange Dialysedauer den funktional-objekthaften Aspekt der Körperwahrnehmung verstärkt und der Körper zunehmend mithilfe einer Maschinenmetapher wahrgenommen wird.

Abstract

The present work deals with the psychological aspect of organ integration and the perception of the body after a kidney transplant. An attempt is made to make visible the inner structure of transplant patients' body image, using the body grid technique - a modification of George A. Kelly's repertory grid technique (1955). The main aim is to determine the possible differences in body perception between recipients of a living donation and recipients of a post-mortem donation.

At the structural level of body awareness no differences in organ integration could be determined. For both groups it was possible to integrate the new kidney in their self-perceived body image, and each group also similarly experienced their old organ as isolated. Significant differences had emerged from a semantic-cognitive level, according to which the two groups of patients had structured their body images. Recipients of post-mortem donations tended to focus on the function of their bodies, using an object lens, and described the body using technical-mechanistic terms such as broken, defective, undamaged etc. Recipients of a living donation, however, primarily described their bodies using terms that emphasized its vitality, such as active, powerful, active etc. - all of which are attributed to the subjective aspect of bodily awareness. Due to the small sample size of 27 transplant patients, these results cannot allow for definitive conclusions regarding whether this difference in patient perception is due to differences in donation-type, or differences in dialysis-duration. However, a propensity where longer durations of dialysis increases the function-focus and object lens in bodily awareness seems to emerge, and this leads means that the body is increasingly perceived in terms of a technical, mechanistic metaphor.

*CURRICULUM VITAE**ULRIKE PIA EDLINGER***PERSÖNLICHE DATEN**

Geburtsdatum 15. Februar 1979 in Salzburg
 Staatsbürgerschaft österreichisch
 Kontakt email: a9720844@unet.univie.ac.at

STUDIUM

seit Okt 1998 Diplomstudium Psychologie an der Universität
 Salzburg
 Okt 2001 Wechsel an die Universität Wien
 Jänner-Juni 2005 Auslandssemester in Oslo (Norwegen)
 Juli-Sept. 2010 Praktikantin am Campus Charité Mitte (CCM)
 Schwerpunkt Psychosomatik in Berlin

SCHULE

1989-1997 Akademisches Gymnasium Salzburg (AHS Matura)

BERUFSPRAXIS

Juli-August 2001 Restauratorin in Salzburg
 Juli-August 2002 Restauratorin in Salzburg
 Juli-August 2003 Pädagogische Kinderbetreuung (Kinderfreunde
 Salzburg)
 Juli-August 2004 Pädagogische Kinderbetreuung (Kinderfreunde
 Salzburg)
 Aug.-Sept. 2004 Restauratorin Salzburg
 Aug.-Feb. 2005-06 Redaktionsassistentin bei Tresor TV Produktions GmbH
 Feb.-Okt. 2006 Check-In Agent für NIKI Luftfahrt GmbH in Wien
 Schwechat
 Okt.-Feb. 2006-08 Castingredakteurin bei Prisma Entertainment
 Production GmbH in Wien
 Okt.-Feb. 2008-11 Verkäuferin bei Schokov in Wien