



**Herausforderungen in der
psychotherapeutischen Begleitung junger
Brustkrebspatientinnen**

Abschlussarbeit im Rahmen der
Psychotherapieausbildung

Oktober 2018

Eingereicht von: Mag. Viktoria Steinacher
Adolf-Kolping-Strasse 6/14, 5020 Salzburg

Eingereicht bei:
Dr. Anton Nindl, Linzer Gasse 4, 5020
Salzburg
Mag.a Renate Bukovski, Msc,
Redltalerstrasse 23, 4873 Redleiten

Angenommen:

Am von

Am von

Zusammenfassung:

Die Brustkrebserkrankung, insbesondere junger Patientinnen, stellt das gesamte Behandlungsteam vor eine Herausforderung. Auch in der psychotherapeutischen Begleitung/Behandlung gilt es eine Vielzahl an aufkommender Themen zu bedenken, wie z.B.: Sexualität, Kinder, Körpergefühl, berufliches und soziales Umfeld etc. In dieser Abschlussarbeit werden diese Aspekte näher beleuchtet und anschließend die psychotherapeutische Behandlung in den unterschiedlichen medizinischen Behandlungsphasen, aus existenzanalytischer Sicht beschrieben.

Schlüsselwörter: Brustkrebs, die junge Patientin, unterschiedliche Behandlungsphasen und deren psychotherapeutischen Herausforderungen, Psychosomatik

Abstract:

Breast cancer, espacially of younger women, is a challenge for the entire treatment team. Also in the psychotherapeutic accompaniment/treatment, a lot of possible themes are important to note, as for example: sexuality, children, body feeling or the social and professional environment etc. In this final thesis all these aspects will be noted and subsequently the psychotherapeutic treatment during the different medical treatment phases, will be described, from an existential analytical point of view.

Keywords: breast cancer, young patients, the different treatment phases and their psychotherapeutical challenges, psychosomatic

Inhaltsverzeichnis

1	Eine kurze Geschichte der Brust.....	3
2	Simone de Beauvoir und die Frau in der existenziellen Philosophie	4
3	Die junge Brustkrebspatientin – Eine kleine Gruppe mit vielen Bedürfnissen	7
3.1	Definition	7
3.2	Lebensqualität	7
3.3	Soziales und familiäres Umfeld	8
3.4	Psychische Komorbiditäten	8
3.5	Körperbild, Sexualität & Fertilität.....	8
3.5.1	Das Körperbild	8
3.5.2	Die Sexualität.....	9
3.5.3	Die Fertilität.....	9
4	Der Behandlungsverlauf unter existenzanalytischer Sicht.....	10
4.1	Die Staging-Phase und die 1.GM	11
4.1.1	Was bedeutet „Staging“?	11
4.1.2	Die Existenzanalyse in der Stagingphase.....	11
4.1.3	Häufige Copingreaktionen.....	12
4.1.4	Die Baum-Metapher	13
4.2	Die Behandlungsphase und die 2./3.GM.....	14
4.2.1	Ich lebe (noch/trotzdem) – Mag ich leben?	14
4.2.2	„Ich bin ich – darf ich so sein?“	16
4.2.3	Häufige Copingreaktionen.....	18
4.2.4	Die Baum-Metapher	19
4.3	Die Zeit danach und die 1./2./3. & 4.GM	19
4.3.1	„Ich bin da – wofür ist es gut?“	20
4.3.2	Die Baum-Metapher	21
5	Die Arbeit mit dem Körper angesichts der Brustkrebsdiagnose	23
5.1	Körperveränderungen durch Operationen	24
5.2	Körperveränderungen durch die Hormontherapie	25
6	Der Prozess des Trauerns im Rahmen der Erkrankung	27
7	Diskussion.....	30
8	Literaturverzeichnis.....	32

1 Eine kurze Geschichte der Brust

Die Geschichte der Brust ist auch immer eine Geschichte der unterschiedlichen Rollenbilder der Frau über die Jahrtausende hinweg. Eine Geschichte geprägt von männlichen Vorstellungen und Wünschen. Es ist eine Geschichte, die sich vorwiegend in den westlichen Kulturen abspielt, wo Brüste schon früh bedeckt wurden und somit Ausgangspunkt für jegliche Phantasien werden konnten. Es ist eine ambivalente Geschichte, die die „gute“ Brust mit ihrer lebensspendenden Nahrung beleuchtet, und gleichzeitig die „böse“ Brust als Instrument der Verführung zeigt. Die lebensspendende und die lebenszerstörende Brust. Frauen waren über die Jahrhunderte hinweg gefangen in den Modeerscheinungen der Zeit, die vorwiegend von den Männern der säkularen, wie religiösen Gesellschaft bestimmt wurden. (Yalom 1998)

Während im 14.Jht. vor allem die stillende Madonna DAS Symbol für das „Frausein“ war, trat schon bald z.B.: in Italien, Frankreich, in den darauffolgenden Jahrhunderten vorwiegend das erotische Potential der Brust in den Vordergrund. Das Stillen wurde Ammen überlassen, die Brust war „Besitz“ des Mannes und seiner sexuellen Phantasien (Yalom 1998). Während der Kult der erotischen Brust die westliche Zivilisation unverändert geprägt hat und auch weiterhin prägt, veränderte sich lediglich die Idealvorstellungen in Bezug auf Größe, Form und Funktion der Brust. Auch hier ist es überwiegend eine männliche Angelegenheit gewesen. Weibliche subjektive Erfahrungsberichte sind aus dieser Zeit praktisch nicht existent. Die männlichen Vorstellungen riefen immer wieder kommerzielle Ansätze auf den Plan. Vom Korsett des Mittelalters bis hin zu den ersten Büstenhaltern im 19.Jahrhundert und der Entwicklung des Wonderbras 1994, - immer ging es darum die Brüste in die jeweilige, gerade moderne Form zu bringen (Yalom 1998).

Ein weiterer Aspekt, welcher nicht außer Acht gelassen werden sollte, ist der psychologische Aspekt, bzw. der, den Psychotherapeuten wie Freud, den männlichen, wie weiblichen Geschlechtsteilen gegeben haben. Die Psychoanalyse sieht die weibliche Brust als Ursprung der ältesten und tiefsten Emotion eines Individuums. Das Saugen daran ist für das Kind die erste lebenswichtige Aktivität und der Ausgangspunkt für das gesamte spätere Sexualleben. Für Freud war die weibliche Brust dem Penis an Bedeutung deutlich unterlegen. Die Mutterbrust sieht er als psychologisches Paradigma für den Garten Eden. Die Überwindung des Loslösens oder „Verstoßenwerdens“ davon, wird bei Jungen als eher ressourcenorientierte ödipale Phase gesehen. Der Knabe trennt sich von der Mutter um sein durch Kastration bedrohtes Sexualorgan zu schützen, um später in seinem Leben auf die Suche nach einem Ersatz für die Mutterbrust zu gehen. Mädchen trennen sich von ihren Müttern eher defizitorientiert, über den „Penisneid“. Es kann der Mutter nicht vergeben, dass es ohne Penis („mit ungenügender Ausstattung“) auf die Welt geschickt worden ist. Aus Groll vor dem Versagen der Mutter, tritt der Vater als Liebesobjekt an die erste Stelle (Yalom 1998). Auch in diesem Teil der Geschichte zeigt sich eine sehr männlich dominierte Herangehensweise und Interpretation. Was wäre wohl passiert, wenn Freud eine Frau gewesen wäre? Wäre sie zu einer ähnlichen Interpretation gelangt? Zum Glück ist es in den letzten Jahren mehr und mehr möglich geworden, sich von dogmatischen Interpretationsmodellen zu lösen. Und manchmal eine Brust einfach nur eine Brust sein zu lassen (Yalom 1998).

Erst mit den Frauenbewegungen im 20.Jhdt., begannen sich Frauen mehr und mehr mit ihrem Körper und ihren Freiheiten zu beschäftigen. Was jedoch bleibt – ist für viele der verzweifelte Versuch den ständig wechselnden Schönheitsidealen zu entsprechen. Was/Wer bin ich außer meinem Körper? Sind die Proportionen schön genug? Was denken die anderen? Diese Fragen bekommen angesichts einer Brustkrebserkrankung, welche DAS weibliche Geschlechtsmerkmal schlechthin betrifft, noch mehr an Bedeutung.

Nicht selten, vor allem wenn eine Mastektomie notwendig wird, geht der Behandlungsprozess mit einem Prozess des Abschiednehmens, des Betrauens und des Findens eines neuen Körpergefühls einher. Zu hoffen bleibt, dass Frausein schließlich als etwas wahrgenommen wird, was nicht nur von der Brust abhängt, sondern dass zum Frausein mehr gehört, als ein Körper, der dem Schönheitsideal entspricht.

2 Simone de Beauvoir und die Frau in der existenziellen Philosophie

Simone-Lucie-Ernestine-Marie Bertrand de Beauvoir (geb. 1908; gest. 1986) war wohl eine der wichtigsten Schriftstellerinnen, Philosophinnen und Feministinnen der damaligen Zeit (Wikipedia 2017). Nicht nur, dass sie über die Unterdrückung der Frau angesichts der patriarchalen Gesellschaft schrieb, sie lebte für die damalige Zeit ein völlig unkonventionelles Leben, welches in keinsten Weise dem entsprach, wie FRAU zu sein und sich zu verhalten hatte. Ihre Abhandlung zum „Das andere Geschlecht“ (Le deuxième sexe“, 1951) hat in vielen Punkten noch bis heute seine Berechtigung und war für die Frauenbewegung des 20.Jhds. ein wichtiges Werk (Wikipedia 2017).

Die existenzphilosophische Ausrichtung ihrer Arbeit zeigt sich in vielen ihrer Gedanken, in welchen es immer wieder um das Gewordensein, die Transzendenz und Freiheit geht.

« On ne naît pas femme, on le devient »

„Man ist nicht als Frau geboren, man wird es“

– SIMONE DE BEAUVOIR

Im Gegensatz zur psychoanalytischen Idee, welche alles psychische Leben internalisiert, sieht Simone de Beauvoir das Gewordensein eines Individuums über die Beziehung zur Welt. Leben ist Beziehung zur Welt, zum Gegenüber, zur Gesellschaft! „Eben so wenig wie es ausreicht, von der Frau zu sagen, sie sei ein Weibchen, kann man sie durch das Bewusstsein definieren, das sie von ihrer Weiblichkeit erlangt: sie erlangt es innerhalb der Gesellschaft, deren Mitglied sie ist“ (de Beauvoir 2012, 12.Aufl., S 73-74) „Diese Welt, die seit jeher den Männern gehört, hat immer noch das Gesicht, das die Männer ihr gegeben haben.“ (de Beauvoir 2012, 12.Aufl., S 842) Bis heute ist es der Fall, dass die Gesellschaft definiert, wie etwas/jemand zu sein hat. Bis heute wirkt sich dies auch stark auf das Frauenbild und konkreter betrachtet auf das Körperbild von Frauen aus.

Simone de Beauvoir beschreibt hier einen wesentlichen existenzphilosophischen Aspekt, nämlich, dass die Frau über Jahrhunderte in einer Rolle des Objektes (des Anderen) gestanden ist und vielfach nach wie vor hier steht. Dadurch scheint für Frauen das Selbstsein häufig erschwert und manchmal auch gar nicht zugänglich. Die Passivität als wesentliches Charakteristikum der „weiblichen“ Frau sieht sie keinesfalls als biologisch determiniert, sondern als auferlegtes Schicksal durch die Gesellschaft und die Erziehung. Während Buben ermutigt würden für sich selbst einzustehen, zu wetteifern, stolz auf sich zu sein, zu zeigen was man(n) hat und kann, sind die Tugenden der Mädchen andere: Es geht darum brav zu sein, zu gefallen, und sich dadurch wiederum in die Rolle der Passivität und des Objektes drängen zu lassen. Auf Freiheit und Autonomie wird verzichtet, um in irgendeiner Form Anerkennung und Bewunderung zu erlangen (de Beauvoir 2012, 12.Aufl., S 347-348).

Blickt man auf unsere heutige Gesellschaft, so setzt sich diese Debatte fort. Braucht es geschlechtsspezifisches Spielzeug? Müssen alle Kleidungsstücke für Mädchen pastellfarben und rosarot sein? Ist Aggression eine rein männliche Eigenschaft und daher bei Mädchen verpönt? „Weiblich sein heißt sich unfähig, oberflächlich, passiv und fügsam zu geben jede Selbstbehauptung mildert seine Weiblichkeit und die Erfolgsaussichten seiner Verführungskunst“ (de Beauvoir 2012, 12.Aufl., S 410). Auch die aktuelle #Me Too Bewegung zeigt, wie sehr Frauen in jeglichen Branchen und Berufen auf ihr Äußeres reduziert werden, und wie häufig Männer in Machtpositionen versuchen Frauen als ihren Besitz, als ein Objekt zu sehen, über welches man(n) frei verfügen kann.

Um es existenzanalytisch auszudrücken – die Festigung der dritten Grundmotivation, scheint eine wesentliche Aufgabe des Frauseins in unserer heutigen Gesellschaft zu sein. (Längle 2011)¹

Im Rahmen der Brustkrebserkrankung, und vor allem in der Zeit danach, ist dies in therapeutischen Gesprächen häufig eines der wesentlichsten Themen. Wie kann ich mich angesichts dieser existentiellen Bedrohung neu orientieren? Wie habe ich bisher gelebt und wie will ich leben? Was ist wirklich mein zutiefst Eigenes?

In dieser neu gefundenen oder wiedererwachten Auseinandersetzung mit dem Selbstsein – entstehen bei den Frauen auch Konflikte: „Darf ich so sein? Steht es mir zu, mehr auf mich zu achten? Was denken die Anderen von mir?“ In der Praxis zeigt sich, dass in der Arbeit mit Männern angesichts einer Krebserkrankung, diese Fragen deutlich seltener oder meist in geringerer Intensität in die therapeutischen Gespräche einfließen. Simone de Beauvoir beschreibt dies so: „Der Vorteil, den der Mann besitzt und der für ihn von Kindheit an spürbar ist, besteht darin, dass seine Berufung als Mensch keinen Widerspruch zu seiner Bestimmung als Mann darstellt. Durch die Gleichstellung von Phallus und Transzendenz ergibt sich, dass seine sozialen oder geistigen Erfolge ihm ein männliches Prestige verleihen.“ (de Beauvoir 2012, 12.Aufl., S 844)

¹ Dritte Grundmotivation: Durch die dritte Grundmotivation kommt zum Aspekt der Sicherheit, Lust und Freude das ICH dazu. Es ist die Dimension der Individualität, Einzigartigkeit und der Abgegrenztheit vom Anderen. Um jedoch eine Grenze ziehen zu können, muss man zuerst das Eigene finden. Es geht um die Frage: „Ich bin ich – darf ich so sein wie ich bin?“

Das sich rechtfertigen, sich erklären müssen, erscheint in vielen Momenten eine weibliche Strategie zu sein. Verantwortung oder besser Verpflichtung für andere, steht vor der Verantwortung sich selbst gegenüber.

3 Die junge Brustkrebspatientin – Eine kleine Gruppe mit vielen Bedürfnissen

3.1 Definition

Die „junge“ Brustkrebspatientin stellt, unter dieser Diagnose erkrankten Frauen eine Minderheit dar. Etwa 18-24% der Betroffenen fallen unter diese Gruppe. Ein wesentlicher Punkt hierbei ist auch, dass bei jungen Patientinnen häufig aggressivere Tumorarten auftreten (z.B. Triple-Negative-Tumore, BRCA 1 positiv etc.), welche mit deutlich aggressiveren Behandlungen oder radikaleren Operationen einhergehen (Li J. 2016). In den einzelnen Studien werden dabei unterschiedliche Altersgruppen herangezogen. Mal sind dies Patientinnen unter 40 Jahren (Taveres 2017), mal unter 50 (Li J. 2016) (Ahmad S. 2015). Das heißt der Begriff „jung“ ist ein relativer.

Zusammenfassen könnte man diese Gruppen an Brustkrebspatientinnen damit, dass sie sich meist noch im gebärfähigen Alter befinden, häufig Kinder haben, oder gerade mit der Familienplanung beschäftigt sind, und sich am Anfang oder mitten in ihrem Berufsleben befinden (Ahmad S. 2015).

3.2 Lebensqualität

Jede Brustkrebserkrankung ist ein einschneidendes, belastendes Erlebnis, für jüngere Patientinnen zeigen Studien jedoch, dass sie häufig mit mehr Lebenseinschränkungen zu kämpfen haben, als ältere Brustkrebspatientinnen und im Vergleich zu Frauen mit anderen Krebserkrankungen. Die Lebensqualität scheint bei ihnen deutlich geringer zu sein, als bei älteren Frauen. Zudem leiden sie häufiger unter dem Fatigue-Syndrom², sowie Schlafstörungen (Li J. 2016). Während Brustkrebspatientinnen sich nach der Behandlung in der Lebensqualität wieder mehr und mehr der Normalbevölkerung annähern, scheint es bei jungen Patientinnen, selbst 5 Jahre nach der Erkrankung noch eine geringere Lebensqualität zu geben, selbst im Vergleich zu jungen Patientinnen mit anderen Krebserkrankungen (Li J. 2016). Werden die Subtypen des in der Studie von Li et al verwendeten Fragebogens (EORTC QLQ-C30) näher betrachtet, so zeigen sich die größten Unterschiede zu anderen Patientinnengruppen in den Skalen der emotionalen Funktion, der Rollenfunktion, der sozialen Funktion und der kognitiven Leistungsfähigkeit³.

² Fatigue-Syndrom: ist eine Begleiterscheinung, die bei vielen chronischen Erkrankungen auftreten kann, insbesondere jedoch bei Tumorerkrankungen. Es ist gekennzeichnet durch die Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, kognitive Defizite und affektive Symptome. Die Abgrenzung zur Depression gestaltet sich manchmal schwierig. (Schulz-Kindermann 2013)

³ Als Grund für die als reduziert erlebte kognitive Leistungsfähigkeit wird die Kombination von Chemotherapie und der anschließenden endokrinen Therapie gesehen. Das sogenannte „Chemo-Brain“, welches gekennzeichnet ist durch eine verminderte Konzentrations- und Denkfähigkeit in Kombination mit einer Unterdrückung der weiblichen Hormone (speziell des Östrogens, welches eine neuroprotektive Rolle spielt), scheint bei Brustkrebspatientinnen zu deutlich mehr Einschränkungen zu führen. (Li J. 2016)

3.3 Soziales und familiäres Umfeld

Eine Brustkrebserkrankung betrifft selten nur die Patientinnen allein, sondern hat immer auch Auswirkungen auf das Umfeld. Bei jungen Patientinnen betrifft dies auch häufig minderjährige Kinder. Längere Behandlungsphasen wirken sich zudem auf Karriere, Ausbildung und die finanzielle Situation der Betroffenen aus, was bei den Frauen den Distress deutlich erhöht und die Lebensqualität verringert. (Borstelmann 2015)

Im Vergleich zu älteren Patientinnen scheint ein unterstützendes Umfeld bei jungen Patientinnen deutlich wichtiger zu sein. Frauen mit unterstützenden Partnern zeigen im Vergleich zu Singlefrauen eine bessere psychische Anpassung an die Erkrankung. Gleichzeitig haben Frauen mit nicht/wenig unterstützenden Partnern aber ein höheres Angstlevel als Singlefrauen und Frauen in stützenden Partnerschaften. (Borstelmann 2015) Dies macht deutlich, dass das Umfeld nicht immer eine Ressource sein muss, sondern im Rahmen einer Krebserkrankung auch zu einer zusätzlichen Belastung werden kann. Es zeigt, dass Brustkrebs eine Erkrankung ist, die nicht nur die erkrankte Person betrifft, sondern auch das Umfeld, speziell bei jungen Patientinnen.

3.4 Psychische Komorbiditäten

Jede Erkrankung ist bereits eine psychische Belastung an sich und so zeigt sich auch bei der Brustkrebserkrankung, dass sie für die Entstehung von psychischen Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen und Anpassungsstörungen verantwortlich sein kann. Die Studie von Yang et al (Yang 2017) fasst dies nochmals sehr deutlich zusammen. Hier konnte gezeigt werden, dass Patientinnen mit einer Brustkrebsdiagnose ein um 60% höheres Risiko hatten an einer klinisch relevanten Angststörung, Depression oder Anpassungsstörung zu erkranken. Am höchsten war hierbei das Risiko nach Diagnosestellung, hielt jedoch noch über 5 Jahre an. Als zusätzlicher Risikofaktor identifizierten sie wiederum ein jüngeres Alter und eine aggressivere Form der Erkrankung.

3.5 Körperbild, Sexualität & Fertilität

3.5.1 Das Körperbild

Der Körper ist für Frauen immer auch mit dem Gefühl attraktiv und weiblich zu sein verbunden. Die körperlichen Veränderungen, die sich je nach Art der Behandlung ergeben, sind gerade bei jungen Patientinnen mit stark erhöhtem physischen, wie psychischen Stress verbunden. Häufig wird dieser Teil, im Klinikalltag übersehen. Das für Frauen häufig größte Problem stellt hier das Sichtbarwerden der Erkrankung nach außen dar: der Verlust der Brust bzw. der Brüste, der Verlust des Kopfhaares, die Operationsnarben, die Gewichtszunahme oder Lymphödeme. Alles kann zu einer deutlichen Verschlechterung des Wohlbefindens und der Lebensqualität führen (Miaja 2017). Die größten Probleme mit dem Körperbild zeigten sich bei Patientinnen mit Mastektomie und Brustrekonstruktion, Haarverlust, Sorge um Gewichtszunahme, geringerem Selbstwert und fehlendem Verständnis seitens des Partners (Fobair 2006).

In den angeführten Studien, wie in der Praxis zeigt sich, dass sich Frauen vor allem nach chirurgischen Eingriffen häufig deformiert, unsymmetrisch, weniger weiblich und attraktiv fühlen. Viele schaffen es auch lange nicht, sich nackt im Spiegel zu betrachten, oder sich vor deren Partnern zu zeigen. Auch inadäquate Erwartungen bezüglich operativer Behandlungen, vor allem bei zuvor erfolgter Mastektomie und Brustrekonstruktion scheinen einen erheblichen Einfluss auf die erlebte Unzufriedenheit mit dem Körper zu haben. (Ruddy K. 2015)

3.5.2 Die Sexualität

Die Sexualität, ein schon an sich häufig tabuisiertes und sensibles Thema, wird durch die Brustkrebserkrankung noch zusätzlich beeinträchtigt. Hier spielt zum Einen das veränderte Körperbild, zum Anderen jedoch auch die durch die Behandlung entstehenden Einschränkungen (z.B. vaginale Trockenheit, Verlust der Libido, Ausbleiben der Regelblutung, Gewichtszunahme etc.) eine entscheidende Rolle. Im Review von Miaja et al (2017) beschreibt sie eine Studie die zeigt, dass bei jungen Brustkrebspatientinnen in Behandlung um die 64% eine sexuelle Funktionsstörung aufweisen, nach Behandlungsabschluss immerhin noch 45%.

3.5.3 Die Fertilität

Beschäftigt man sich mit Körperbild und Sexualität, so muss man sich bei jungen Frauen auch immer wieder die Frage nach der Fertilität und dem Kinderwunsch stellen. Im Rahmen des Reviews von Ahmad et al (2015) wurde auch dieser Bereich beleuchtet. Egal ob Frauen bereits Kinder haben, oder ein Kinderwunsch besteht, der potentielle Verlust der Fertilität stellt für alle einen entscheidenden Einschnitt in ihr Leben dar. Traurigerweise nehmen sich die Ärzte für Aufklärungen bezüglich der Fertilitätsprotektion bei Chemotherapie oder anschließender Hormontherapie häufig wenig Zeit und es zeigt sich, dass viele Frauen wenig bis gar nicht informiert darüber sind (Ahmad S. 2015). Rein schon die Information und die Möglichkeit selbst darüber zu entscheiden erscheint wichtig, um den jungen Brustkrebspatientinnen ein Gefühl von Empowerment und selbstbestimmtem Entscheiden geben zu können.

4 Der Behandlungsverlauf unter existenzanalytischer Sicht

All diese unter Abschnitt 3 beschriebenen Punkte sind entscheidend, um das komplexe Bild zu verstehen, welches entsteht, wenn eine junge Frau an Brustkrebs erkrankt und sollte in der psychotherapeutischen Behandlung auch im Hinterkopf behalten werden. Problembereiche proaktiv anzusprechen stellt häufig eine große Entlastung für die Frauen dar, zumal diese Punkte im Rahmen der Arztgespräche meist zu kurz kommen. Ein gewisses medizinisches Hintergrundwissen seitens der TherapeutInnen, ist meist sinnvoll, da es den Frauen und deren Partnern vermehrt Halt und Sicherheit gibt.

Die Existenzanalyse als phänomenologisch-personale Psychotherapie, welche den Menschen in seiner Ganzheit und immer in dialogischer Eingebundenheit zu seinen Wertebezügen, zu seinem Umfeld sieht, welche versucht, den Menschen zu einer authentischen Stellungnahme und zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit sich und der Welt zu führen, erscheint angesichts einer solch existentiell einschneidenden Diagnose, wie einer Krebserkrankung, als eine sehr hilfreiche Therapierichtung im Umgang mit Betroffenen. (Längle 2009)

Mit ihrem dreidimensionalen Menschenbild (noetisch, psychisch, physisch), welche sich gegenseitig beeinflussen, Ressourcen, aber auch Stolpersteine darstellen können, stellt die Existenzanalyse einen guten Hintergrund für die Arbeit mit an Krebs erkrankten Menschen dar. Die Dimensionen sind stets miteinander verwoben, beeinflussen sich gegenseitig. Die einzelnen Dimensionen, welche sich auf einem Kontinuum befinden, stellen eben aufgrund DIESES Kontinuums eine Ressource in der Arbeit mit Betroffenen dar: Eine Patientin hat eine Krebserkrankung, sie ist jedoch nicht DER „Krebs“, in den meisten Fällen gibt es auch viel Gesundes, viel, was ihr eine Ressource sein kann. Sie empfindet die Erkrankung möglicherweise als sinnlos und ungerecht, aber es gibt noch weitere Aspekte ihres Lebens oder sogar Aspekte der Erkrankung selbst, welche als gut oder erfüllend betrachtet werden können. Vieles im Rahmen der Erkrankung und der damit verbundenen Behandlungen fühlt sich bedrohlich und unangenehm an, aber in den Pausen zwischen den Behandlungsphasen erlebt der Großteil der Patientinnen auch Angenehmes, Lebendiges und Alltägliches.

„Ich bin nicht DER Krebs, sondern ich HABE eine Krebserkrankung, und ich kann mich zu dieser verhalten.“

Rein schon diese Satz, macht freier, schafft Distanz und erlaubt ein „sich dazu stellen“ ein „damit umgehen.“ Eine weitere sehr schöne Metapher, die ich in der Arbeit mit Betroffenen als sehr hilfreich erlebe und die gleichzeitig bereits ein Annehmen der Situation impliziert ist jene von Aristoteles: *„Wir können den Wind nicht ändern, aber die Segel anders setzen.“*

4.1 Die Staging-Phase und die 1.GM ⁴

4.1.1 Was bedeutet „Staging“?

Staging bedeutet im medizinischen Sinne „Stadieneinteilung“, im militärischen „Sammeln“. Beides wird im Rahmen dieser Phase gemacht: es werden Untersuchungsergebnisse gesammelt, um zu einem abschließenden Ergebnis, zu einer Zuteilung zu den unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten zu gelangen.

Die Staging-Phase, ist jene Phase der Behandlung, in der zwar bereits klar ist, dass etwas nicht stimmt (ein getasteter Knoten, ein suspektes Mammographieergebnis etc.), worum genau es sich handelt, muss jedoch erst befundet werden. Es ist der Weg zur endgültigen Diagnose. Meist folgen in dieser Phase unzählige Untersuchungen, über die Biopsie, bis hin zu MRT- und CT-Untersuchungen. Alles ist darauf ausgerichtet genau feststellen zu können, womit man es medizinisch gesehen zu tun hat. (Goldmann-Posch 2012)

Hier werden Fragen beantwortet wie: Wie aggressiv, also schnell wachsend ist dieser Tumor? Hat er schon gestreut, gibt es Metastasen? Welche Behandlungen sind notwendig?

4.1.2 Die Existenzanalyse in der Stagingphase

Stellt man sich nun die Frage, wie die Existenzanalyse in dieser Phase unterstützend helfen kann, so kommt man an der ersten Grundmotivation nicht vorbei. Denn die Diagnose Brustkrebs zieht im ersten Moment vielen jungen Frauen den Boden unter den Füßen weg. Sie verlieren den Halt und das Vertrauen in den eigenen Körper, in die Welt, sehen sich plötzlich mit Gedanken an den Tod und das Sterben konfrontiert. Dazu kommt auch häufig der Schockzustand ihres Umfelds. Das Leben-Können wird häufig zu einem „Ich kann nicht“, „Ich schaffe es nicht“. Das bestimmende Gefühl in dieser Phase ist meist ein Ohnmachtserleben, eine Angst vor dem nicht Fassbaren.

„Ich fühle mich doch gesund, aber die Ärzte sagen mir, dass ich krank bin“. Das eigene Körperempfinden steht im Widerspruch zur Diagnose und macht gerade zu Beginn eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung nochmals schwieriger. Das Krankheitsgefühl wird meist erst durch die Behandlungen ausgelöst: Schmerzen nach der OP oder Übelkeit und Schwäche während der Chemotherapie.

Die Hauptaufgabe in dieser Phase ist es, dieses Unfassbare, das nicht Begreifbare, das nicht Spürbare, erstmal als real zu akzeptieren, es anzunehmen. Aus der Erfahrung zeigt sich hier, dass Patientinnen oder deren Umfeld „annehmen“ meist mit „sich abfinden, sich aufgeben“ gleichsetzen. Es ist daher notwendig dies mit den Patientinnen gut zu differenzieren, wenn möglich auch das Umfeld miteinzubeziehen, um hier nicht gegen Widerstände zu arbeiten.

„Wenn ich es annehme, dann gebe ich doch auf, dann bin ich eh schon tot“ oder *„Meine Familie sagt, ich soll dagegen ankämpfen, es nicht akzeptieren, dass ich krank bin“.*

⁴ Die erste Grundmotivation: Der Grund allen Bewegtseins und aller Motivation ist das „sein-können“. Die Frage die sich stellt ist: *„Ich bin – kann ich sein?“* Das heißt das Gefühl „hier“ in dieser Welt sein zu können, die Kraft und das Wissen dafür zu haben (intrinsisch), sowie die äußeren Umstände, die dies erlauben bzw. die ich annehmen kann (extrinsisch). Voraussetzungen für die Realisierung der 1.GM sind Raum, Halt und Schutz um etwas annehmen und aushalten zu können.

Rein schon diese Aussagen und verbundenen Überzeugungen erzeugen Druck und eine innere Spannung, da hier das faktisch Gegebene vom „Seinsollenden“ deutlich abweicht. Wie Frankl es ausdrückte, wir leiden unter etwas, weil wir es „nicht leiden mögen“, weil wir es nicht gelten lassen wollen. (Frankl 2007)

Das Annehmen eröffnet jedoch Raum und reduziert diese Spannung, während „Nicht-Annehmen“ einengt und Angst macht. Die Erkrankung bleibt, weil sie immer wieder weggeschoben oder verdrängt wird, bedrohlich. Viele Frauen bleiben in dieser Phase in Ideen und Vorstellungen von der Erkrankung, beziehungsweise deren Behandlung hängen, welche mit der aktuellen medizinischen Realität nur mehr wenig zu tun haben. Das Annehmen setzt, wie von Längle beschrieben (Längle 2009) jedoch die Kraft voraus, es zumindest aushalten zu können, oder das Wissen zu haben um etwas anfangen zu können. Im Rahmen der Krebserkrankung ist bereits der konkrete Behandlungsplan der erste und wichtigste Halt für die Patientinnen, da sie etwas haben, woran sie sich orientieren können. Es gibt einen Plan, einen ungefähren Zeitraum und eine Idee davon, was auf sie zukommen wird. Dies macht die Erkrankung schon greifbarer, konkreter und handhabbarer. Es ermöglicht wieder ein Stück Kontrolle zurück zu bekommen und darin Halt zu finden.

4.1.3 Häufige Copingreaktionen

Der zweite wichtige Punkt, den es zu beachten gilt, ist die Bearbeitung der aufkommenden Copingreaktionen, denn sie führen häufig zu einer starken Abgrenzung von sich und der Welt und verhindern die jedoch notwendige Auseinandersetzung mit den aufkommenden Emotionen.

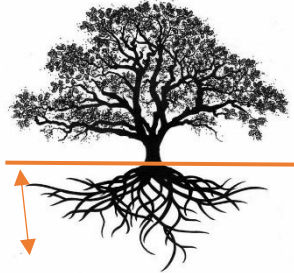
„Ich darf mich nicht mit meinen Ängsten beschäftigen, mit dem was sein kann, weil ich damit genau das heraufbeschwöre, weil es dann real wird“.

Die mit den Patientinnen am häufigsten erlebten Copingreaktionen in dieser Phase sind die Vermeidung, das Ankämpfen, sowie der Totstellreflex. Der Totstellreflex zeigt sich meist eher kurz nach Diagnosestellung als völlige Erstarrung bzw. Schockzustand. Das Einordnen des Gehörten, dass es wirklich einen selbst getroffen hat, benötigt manchmal Stunden, manchmal Tage, des sich immer wieder Bewusstwerdens. Die Vermeidung zeigt sich häufig in geistiger Ablenkung. Plötzlich werden die Beziehungsprobleme der Freundin, die Schulschwierigkeiten der Kinder etc. wichtiger als sie bisher waren. Der Aktivismus geht einher mit vielen Arztterminen für Zweit- und Drittmeinungen, komplementärmedizinischen Strategien, dem Gefühl sich nun ganz viel Entspannung gönnen zu müssen oder plötzlich die gesamte Ernährung umzustellen. Es ist häufig der Versuch sich doch irgendwie handlungsfähig zu fühlen, in einer Zeit wo vieles von außen seitens der Ärzte bestimmt wird und sich die Frauen als „Beifahrer ihres Lebens“ erleben.

In vielen Fällen haben sie zu Beginn eine schützende Funktion, weswegen es auch notwendig ist diese mit den Patientinnen auch zu würdigen und im Dasein als Gegenüber und ständigem Anfragen gemeinsam zu erarbeiten, was für sie gut ist, was wirklich Halt gibt und was eher zu einer zusätzlichen Belastung wird. Vor allem die Idee vieler Patientinnen, sie müssten nun ihr ganzes Leben verändern, weil das bisher geführte Schuld an der Diagnose ist, sollte hinterfragt werden.

Es gilt in der Therapie die Patientinnen behutsam zu der Erkenntnis zu führen, dass „der Akt des Hinsehens nicht den Gegenstand erzeugt, der Akt des Wegsehens ihn nicht vernichtet“ (Frankl 2007).

4.1.4 Die Baum-Metapher



Eine sehr hilfreiche Metapher ist jene des Baumes. Der Baum braucht Wurzeln, um Halt und Nahrung zu finden, je kräftiger und weitreichender das Wurzelwerk ist, umso mehr hält er aus, umso besser kann er Stürmen und anderen Widrigkeiten trotzen. Genauso braucht es auch im Rahmen der Begleitung von Brustkrebspatientinnen gerade zu Beginn, wenn die Patientinnen das Gefühl haben alles dreht sich, nichts ist mehr sicher, nichts hält – genau das: Die Besinnung auf ihre Wurzeln, darauf was Halt und

Stabilität gibt. Auf jene Ressourcen (internale wie externale), welche bereits im bisherigen Leben hilfreich waren. Nicht alles im Leben muss verändert werden.

Die Hauptarbeit in der Stagingphase ist demnach das Vermitteln von Halt, das gemeinsame „Aus-Halten“ des Ängstigen. Das *Schaffen von Raum*, um aus der Erstarrung zu kommen und wieder mehr und mehr den eigenen Handlungsspielraum wahrnehmen zu können, ist ein weiterer wichtiger Schritt. Indem der Therapeut für die Patientinnen ein Gegenüber ist, welcher aushält, da ist und der auch jeden Gedanken da sein lässt, ohne zu sagen „das darfst du gar nicht denken/ das bringt Unheil“, schaffen wir den Patientinnen die Möglichkeit der Auseinandersetzung und so auch die Möglichkeit zur Einbettung der Diagnose in das eigenen Leben. *Wahrnehmen was ist*, immer wieder das Faktische, das Gegebene bewusst zu machen, die Patientinnen sich nicht in den Ängsten verlieren zu lassen, aber auch gleichzeitig ihre Ängste und Sorgen ernst zu nehmen, ist ebenfalls hilfreich.

Diese Phase erstreckt sich meist über einige Tage bis Wochen, je nachdem, wie lange die endgültige Befundermittlung dauert.

4.2 Die Behandlungsphase und die 2./3.GM

Während zu Beginn noch das Aushalten und Annehmen der Krankheit und das Wiedererlangen von Haltgebenden im Vordergrund steht, rückt mit den Wochen vermehrt das Leben MIT der Erkrankung in den Fokus. Gerade wenn eine Operation nicht ausreicht, sondern auch Bestrahlung und Chemotherapie notwendig werden, zieht sich diese Phase häufig über mehrere Monate. Monate geprägt von Untersuchungen, Krankenhausaufenthalten und Nebenwirkungen der Behandlungen. Monate in denen jedoch auch das alltägliche Leben des Umfeldes (Schule, Beruf, Urlaubsreisen etc.) weitergeht und die Patientinnen sich in diesem bewegen.

4.2.1 Ich lebe (noch/trotzdem) – Mag ich leben?⁵

Wie geht Leben? Was ist für mich Leben? Wo und wie spüre ich das ich lebendig bin? Gerade wenn die Nähe zum Körper schwierig wird, aufgrund von Operationsnarben, dem Verlust einer Brust oder das Vertrauen in den eigenen Körper gänzlich verloren gegangen ist, erleben es die Betroffenen als schwer, diese Fragen zu beantworten. Wie in Abschnitt 3 beschrieben, sind die jungen Frauen in dieser Phase mit vielfältigen Aufgaben konfrontiert. Sich im Alltag zurecht zu finden, den Anforderungen des Umfeldes gerecht zu werden und gleichzeitig auf sich zu achten, führt häufig, neben der Bewältigung der Erkrankung zu einer zusätzlichen Überforderung.

In der Begleitung der Patientinnen geht es hier darum sie ins Fühlen zu begleiten. Wie geht es mir mit mir, mit meiner Erkrankung? Wie fühlt es sich heute für mich an? Was kann ich für mich tun, angesichts der Ängste vor den bevorstehenden Behandlungen? Mit solchen Fragen beschäftigen sich die wenigsten Frauen von sich aus, nehmen sich häufig auch nicht die Zeit dafür oder haben Sorgen vor dabei hochkommenden Gefühlen. Die psychotherapeutische Begleitung kann hier stützen und Halt bieten, kann hier die Fragen aufwerfen, die sich häufig auch das Umfeld nicht zu stellen traut. Es bleibt unausgesprochen, wird unerträglich und lastet schwer. Gefragt zu werden, die Zeit zum Nachdenken zu bekommen, rein schon dadurch in die Nähe mit sich und dem eigenen Erleben zu kommen, kann schmerzhaft sein, gleichzeitig jedoch führt es zu einer gefühlten Entlastung der Patientinnen.

„Ich kann darüber sprechen was mich ängstigt, ich möchte meine Familie nicht noch mehr belasten.“ „Zu Hause muss ich stark sein, ich schulde es meinen Kindern, sie verzichten schon auf so viel.“ „Nach dem Weinen fühle ich mich freier, aber zu Hause kann ich es nicht, meine Familie hält es nicht aus.“

Das häufig Heilsamste an den therapeutischen Gesprächen ist genau das: einen Schutzort zu haben, wo alles sein darf und nichts sein muss. Wo die Patientinnen nicht auf Anforderungen oder Bedürfnisse der Anderen achten müssen, wo sie Zeit haben, in Beziehung zu ihrem eigenen Erleben zu gehen. Wo sowohl die Wut, die Angst, wie auch die Trauer Platz hat.

⁵ Zweite Grundmotivation: ist die Auseinandersetzung des Menschen mit seinem Leben. *Ich lebe-Mag ich leben?* Vorbedingung ist die Erfüllung der 1. Grundmotivation. Für das „Leben-Mögen“ braucht es das Fühlen, die Emotion, spezifische Voraussetzungen dafür sind Nähe, Zeit und Beziehung, um sich dem Positivem zuzuwenden oder um das Negative betrauern zu können.

Das Gefühl, als Wahrnehmung einer Sache in ihrer Bedeutung für das eigene Leben (Längle 2002) ist in vielerlei Hinsicht wichtig in dieser Behandlungsphase und dennoch kommt es angesichts des Funktionieren-Müssens/Wollens für die Familie, die Ärzte etc. in vielen Fällen zu kurz. Es mit sich geschehen lassen, alles so zu machen, wie es die anderen vorgeben, kann in manchen Situationen entlasten, auf die Dauer führt es jedoch zu einer Entfremdung von sich, vom eigenen Erleben und vom eigenen Körper. Die jungen Patientinnen erleben dadurch noch mehr Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein. Ihnen dies bewusst zu machen und auf zu zeigen, dass ein Gefühl nicht nur schmerzhaft ist, sondern auch einen wichtigen Hinweis für den eigenen, persönlich richtigen Weg darstellt, kann Raum für mehr Handlungsspielraum schaffen.

In den therapeutischen Gesprächen kann DAS geschehen, wozu im Alltag und im ärztlichen Kontext kaum Zeit bleibt: in Beziehung, in die Nähe zu dem zu treten, was gerade geschieht, es auf sich wirken lassen und an sich wahrzunehmen, was es in mir bewirkt und auslöst. Erst wenn dies passiert, kann eine wirkliche personale Stellungnahme erfolgen, kann mit den jungen Frauen ein persönlicher Umgang mit der Erkrankung gefunden werden.

„Wie geht es mir mit den Behandlern? Fühle ich mich in meiner Familie aufgefangen, oder ist deren Unterstützung eher schwächend? Wie fühlt es sich für mich an ein Implantat anstelle der natürlichen Brust zu haben/zu bekommen? Welches Körpergefühl habe ich aktuell?“

Gefühle nicht zuzulassen bzw. nicht zu zeigen, hat manchmal auch mit dem Unvermögen des Umfeldes zu tun, sich dem Gezeigten gegenüber unterstützend zu verhalten. In manchen Fällen ist es daher wichtig sowohl den Patientinnen, als auch den Angehörigen den Unterschied zwischen Mitfühlen und Mitleiden zu verdeutlichen. Letzteres wird selten als unterstützend erlebt und verursacht eher Rückzug, oder Wut bei den Patientinnen.

„Wenn ich nur die Frage höre ´wie geht es dir´ und den mitleidigen Blick sehe, würde ich am liebsten schreien!“ „Meine ganze Familie versucht mich zu schützen, sie erzählen mir nichts mehr von den Alltagsproblemen, nehmen mir alles ab, ich fühle mich nicht mehr gebraucht.“

Auch zeigt sich in dieser Phase für die Patientinnen oft deutlich, wer wirklich Anteil nimmt und wer nur so tut oder sich schwer damit tut. Brené Brown (eine US-amerikanische Autorin) hat dies in der Unterscheidung von Sympathie und Empathie sehr gut verdeutlicht und es zeigt genau das, was Patientinnen häufig erleben. Während Sympathie ein Gefühl der Sorge um jemanden darstellt, den anderen glücklich zu sehen, fehlt ihr die gemeinsame Perspektive, das gemeinsam empfundene tiefe Gefühl. Es stärkt eher die Abgrenzung. Empathie hingegen führt Menschen über die Perspektivenübernahme und das MITfühlen zu einer engeren Verbindung. (Brown 2013)

„Meine, wie ich glaubte beste Freundin, schafft es nicht mich wirklich zu fragen wie es mir geht und mir zu zuhören. Sie sagt dann nur ´du schaffst das schon´.“

Oder

„Meine Freundin kam auf mich zu, nachdem ich ihr die Diagnose erzählt habe, `ich weiß nicht was ich sagen soll` und hat mich einfach nur in den Arm genommen, da konnte ich zum ersten Mal weinen“

Manchmal versucht jeder jeden zu schützen, dabei gehen die Beziehungen zu den anderen und zu sich selbst verloren. Das Umfeld wird beziehungslos. Die Patientinnen reagieren mit vermehrtem Rückzug, während das Umfeld versucht immer mehr und mehr zu leisten (Anrufe, Besuche etc.). Oder die Patientinnen leisten, weit über die Belastungsgrenze hinaus, um zu beweisen, dass sie kein Mitleid brauchen, dass es die Überfürsorglichkeit und falsche Rücksichtnahme nicht braucht. Es zeigt, wie wichtig es aus therapeutischer Sicht ist, bereits zu Beginn einer solchen Diagnose und in der Behandlungsphase auf eine offene Kommunikation hinzuweisen, im Bedarfsfall auch die Angehörigen in Gespräche mit ein zu beziehen, um das soziale Umfeld wirklich zu einer Stütze werden zu lassen. Auf beiden Seiten erfordert dies das Wahrnehmen eigener Gefühle. Offen sein nach innen und nach außen, denn in den unterschiedlichen Phasen braucht es auch unterschiedliche Formen von Unterstützung (emotionale, praktische, finanzielle etc.).

4.2.2 „Ich bin ich – darf ich so sein?“⁶

Nicht immer gelingt dieser Schritt, nicht immer ist er auch seitens der Patientinnen gewünscht, da er auch Konflikte auslösen kann, wenn auf das Erleben und Wahrnehmen schließlich auch eine sichtbare Stellungnahme im Sinne einer Kommunikation nach außen erfolgt. Es sich zu erlauben sich nach außen hin abzugrenzen ist vor allem für Mütter häufig eine schwer bewältigbare Aufgabe.

„Auch wenn ich so müde bin (an den Tagen nach der Chemotherapie), dass ich mich kaum auf den Beinen halten kann, muss ich mit meinem Kind auf den Spielplatz gehen.“

Es gilt hier innerhalb der therapeutischen Gespräche gemeinsam Alternativen zu erarbeiten (Freundin geht mit dem Kind raus; Einbeziehen der Caritas Familienhilfe etc.) und gleichzeitig auch mögliche entstandene Schuldgefühle (dem Kind, der Familie gegenüber) zu hinterfragen. Hierbei wird auch ein biographisches Hinschauen auf mögliche fixierte Ideen, wie eine Mutter/Hausfrau/Mitarbeiterin etc. zu sein hat, wichtig, da über das Verstehen auch die Freiheit entstehen kann, sich zu fragen, ob diese Strategie in jedem Fall die richtige ist.

Die Paradoxie der Abgrenzung (Längle 2011), dass der Grund für ein Nein immer in einem Ja FÜR etwas anderes liegt, ist in diesem Fall ein Ja sich selbst und den eigenen Bedürfnissen gegenüber. Jede Abgrenzung schützt auch einen Wert, dafür muss ich es aber mir wert sein, mich selbst zu achten und meine Bedürfnisse zu beachten. Häufig liegt hier eines der Hauptprobleme, nämlich die Überzeugung nur dann etwas wert zu sein, wenn Leistung erbracht wird, welche im Außen wahrgenommen wird. Dass jedoch auch das Aushalten und Annehmen der Erkrankung und den damit einhergehenden Veränderungen, sowie das Achten auf eigene Bedürfnisse, sich selbst in diesen Momenten nicht in Stich zu lassen, wohl die größte aller Leistungen ist, wird vielen Frauen erst im Laufe der Zeit bewusst.

Eine hilfreiche Maßnahme in diesem Zusammenhang stellt die personale Positionsfindung dar, um die Sorgen und das Ohnmachtserleben, welche die Patientinnen in der Passivität halten,

⁶ Dritte Grundmotivation: Durch die dritte Grundmotivation kommt zum Aspekt der Sicherheit, Lust und Freude das ICH dazu. Es ist die Dimension der Individualität, Einzigartigkeit und der Abgegrenztheit vom Andere. Um jedoch eine Grenze ziehen zu können, muss man zuerst das Eigene finden. Es geht um die Frage: „Ich bin ich – darf ich so sein wie ich bin?“

aufzulösen. Über die Position nach außen und das Feststellen des Faktischen, zur Position nach innen und zum Hinterfragen der eigenen Ansprüche und Erwartungen und der Frage, ob sie es einmal aushalten könnten, „Ja“ zu sich und „Nein“ zum anderen zu sagen, finden die Frauen häufig den Mut es auszuprobieren. Begibt man sich schließlich noch auf die Suche nach dem Wert, dem Positiven, wofür es sich lohnen könnte, bzw. gelohnt hat, so ist diese Abgrenzung und das „sich beachten“ ein Moment, welches von den Patientinnen als freier erlebt wird. Die häufig im Hintergrund erlebte Erwartungsangst, dass das Nein innerhalb der Familie oder dem Freundeskreis zu einem Beziehungsabbruch führen könnte, kann erst durch das Tun auf ihren Wahrheitsgehalt untersucht werden. Dass sich dies möglicherweise in einigen Fällen auch bestätigen könnte, gilt es mit den Frauen im Vorfeld ebenso zu thematisieren, wie der Umgang damit.

„Erst jetzt wird mir bewusst, dass A. mich noch nie wirklich gefragt hat, wie es mir geht oder ob sie etwas für mich tun könne. Sie meldet sich immer nur dann, wenn sie Probleme mit ihrem Partner hat. Seit ich ihr gesagt habe, dass mir dies aktuell zu viel ist, habe ich von ihr nichts mehr gehört.“

Über den Weg der Selbstwahrnehmung (Selbstbetrachtung), des „sich ernst nehmen“ (Selbstbeachtung), sowie des „Stellung beziehens“ (Selbstachtung), erleben die Frauen manchmal auch einen Umbruch in ihren Umfeld, welcher auch mit einem Loslassen und Betrauern von Beziehungen verbunden sein kann, von welchen sie glaubten, es wären haltgebende und wärmende und wertschätzende Beziehungen. Die wohl schmerzhaftesten Erkenntnisse betreffen hier die Herkunftsfamilie, sowie die Partnerschaft.

„Ich habe, weil meine Schwester auf Urlaub fliegen wollte, für meinen Vater gesorgt, musste stark vor ihm sein, obwohl ich mich elend gefühlt habe nach der Chemo. Aber ich will ihn nicht noch mehr belasten. Meine Schwester hat mich am Telefon kein einziges Mal gefragt wie es mir geht.“

„Obwohl er (mein Partner) wusste, dass ich mit der Chemotherapie nicht gut klarkomme, hat er mich die ganze Zeit über allein gelassen, immer waren die Auslandsaufenthalte wichtiger. Ich weiß nicht, ob ich mit so jemanden ein Leben aufbauen möchte.“

Abgrenzung und Stellungnahme kann jedoch auch notwendig werden, wenn die Familie und das Umfeld beginnt die Patientin zu sehr zu schützen, aus allem raus zu halten und sie nur noch als „die Kranke“ zu sehen. Dies führt die Patientinnen nur noch mehr in eine Erstarrung und ein Ohnmachtserleben, führt dazu, dass sie sich nutzlos oder ausgeschlossen fühlen. Abgetrennt vom restlichen Leben. Dadurch kann die Erkrankung übermächtig werden, alles dreht sich nur um sie und die Frauen verlieren eher den Halt, als wenn der „normale“ Alltag gelebt werden kann. Die Familien und Freunde, welche häufig selbst den Boden verloren haben, brauchen hier klare Stellungnahmen seitens der Patientinnen, um sich orientieren zu können. Manchmal kann es notwendig werden, dies in einem Familiengespräch zu thematisieren, da immer wieder seitens aller die Sorge im Raum steht, nur ja niemanden zu kränken. Eines der wesentlichen Dinge, die es mit Frauen mit Krebserkrankungen zu beachten gilt ist: „Niemand ist alleine krank. Es gibt immer auch ein Umfeld, welches betroffen ist.“

Nicht selten ist eine Krebserkrankung auch eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Wert. Gesellschaftlich und aus der Erziehung heraus bedingt, definieren sich viele Frauen auch

darüber, was sie leisten, welche Ziele sie erreicht haben bzw. verfolgen. Dies kann dazu führen, dass der Selbstwert ins Wanken gerät. „*Wer bin ich, wenn ich „nichts“ tue?*“ Aus existenzanalytischer Sicht geht es hier auch um die Unterscheidung von Eigenwert und Nutzwert (Längle 2011, S 55). Selbstwert wird häufig mit dem Nutzwert gleichgestellt, weswegen es gilt, dies aufzuweichen und mit den jungen Frauen auch hinzusehen, welchen Wert das Leben und vor allem sie selbst OHNE ein ständiges Funktionieren als Mutter, als Kollegin, als Partnerin, als Liebhaberin..... hat.

Die Krebserkrankung und der Behandlungsverlauf, wo sich alles andere relativiert, ist für die Patientinnen häufig auch eine Phase, in welcher sie radikal auf sich selbst zurückgeworfen werden, was in manchen Fällen zu einer starken Auseinandersetzung mit sich und dem bisherigen Umgang mit sich selbst führt.

Manchmal ist es genau dieser Schritt, auf die eigenen Gefühle zu achten, sich ernst zu nehmen und sich selbst zu vertreten, das Leben mit mehr Selbstbezug und weniger Außenorientierung zu leben, was nach der Erkrankung bleibt und wofür die Patientinnen in der Rückschau auch Dankbarkeit empfinden.

4.2.3 Häufige Copingreaktionen

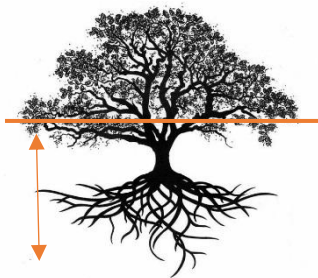
Die Phase der Behandlung ist existenzanalytisch betrachtet geprägt durch vorwiegende Herausforderungen auf der 2. und 3. Grundmotivation, weswegen hier auch die Copingreaktionen dieser überwiegen. Neben dem Rückzug von der Außenwelt, kann es auch zu einem auf Distanzgehen in Bezug auf sich selbst kommen, welches in einem nochmals verringerten Wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse mündet. Die Behandlung mit sich geschehen zu lassen, ohne wirkliche Anteilnahme und ohne Nebenwirkungen auch an Ärzte und Pflegepersonal rück zu melden, meist auch aus Sorge vor dem was noch kommen könnte, ist eine mögliche Strategie.

Eine weit häufigere Strategie, vor allem bei den jüngeren Frauen ist jene der paradoxen Bewegung, nämlich bis über die eigenen Grenzen hinaus zu leisten und zu ertragen, um vor dem was kommt, wenn Ruhe entstehen würde abzulenken. Vor allem wenn Kinder mitbetroffen sind, sind aufkommende Ängste in Bezug auf ein Fortschreiten des Tumors oder dem Nichtansprechen auf die Therapie, vor dem potentiell Lebensbedrohlichem, kaum ertragbar und werden häufig versucht über vermehrtem Aktivismus zu unterdrücken. Dies behutsam anzusprechen ist meist mit starker Ablehnung seitens der Patientinnen verbunden. „Sowas darf ich nicht denken. Das ist keine Option“. Gleichzeitig kann es jedoch auch erleichtern, wenn es EINMAL ausgesprochen wird, denn das ständige Leisten führt früher oder später zu einer starken psychischen, wie physischen Erschöpfung.

Eine weitere häufige Copingreaktion ist die der Wut, sowohl die beziehungsuchende im Rahmen der Hilflosigkeit und Ohnmacht im Familienkontext (z.B.: keiner weiß wie er mit dem anderen umgehen soll), als auch die Verärgerung und der Zorn, des „Nicht-Gesehen werdens“, vor allem dem Klinikpersonal gegenüber (z.B.: lange Wartezeiten, Terminverschiebungen etc.), was auch mit der Angst einhergeht, der Tumor könnte in dieser Zeit noch weiter wachsen.

4.2.4 Die Baum-Metapher

Wenn wir uns wieder der Baum-Metapher zuwenden, so könnte man den Baum in dieser Phase der Behandlung um den Bereich des Baumstammes, sowie der ersten Verzweigungen des Baumes erweitern. Der Stamm kann mit dem Gewordensein, verglichen werden. Die Dicke des Stammes, die Biegungen und Krümmungen, alles hat seinen Grund. Jede Frau trägt ihre eigene Geschichte mit sich, jede hat andere Bewältigungsstrategien und Copingreaktionen in ihrem Leben erlernt. Das eigene Gewordensein und die Fragen nachdem „warum ich“, werden häufig miteinander in Verbindung gebracht und haben im weiteren Verlauf Auswirkungen auf den Umgang mit der Erkrankung, sowie mit dem Weg, den die Frauen während und nach der Erkrankung einschlagen.



Die **therapeutische Arbeit in der Behandlungsphase** wird somit um das mit sich selbst in Beziehung gehen erweitert. Nähe und Zuwendung mit sich, mit den eigenen Gefühlen, sowie dem, was die Erkrankung mit einem macht, werden gerade in dieser Phase wichtig, um nicht in der Erstarrung und dem Schockzustand der ersten Phase zu bleiben. Weiters geht es darum in einen Umgang mit der Erkrankung zu gelangen, welches ein „sich dazu stellen“, im Sinne einer personalen Stellungnahme erfordert.

4.3 Die Zeit danach und die 1./2./3. & 4.GM

Für viele Patientinnen, sowie für ihre Familien ist der Abschluss der Behandlung mit dem Glauben verbunden, dass nun wieder alles besser wird, bzw. sich der Alltag wieder normalisiert. Häufig kommt es aber gerade in der Zeit danach, zu vermehrten psychischen Belastungssituationen.

Die Beendigung der medizinischen Behandlung ist auch mit einem Ende der intensiveren Überwachung durch Ärzte und Pflegepersonal verbunden, dies kann zu erneutem Haltverlust und starker Verunsicherung führen. Nicht mehr die Ärzte geben Rückmeldung über das Befinden (z.B.: mittels wöchentlicher Blutkontrollen, bildgebende Verfahren etc.), sondern die Patientinnen sind gefordert sich selbst ein starkes Gegenüber zu werden, welches langsam lernt Befindlichkeiten nicht sofort mit der Erkrankung in Verbindung zu bringen. Nicht selten kommt es gerade nach dem Behandlungsabschluss zu einer verstärkten Müdigkeit (Fatigue-Syndrom, siehe S6), welches bei manchen Patientinnen mit der Angst verbunden ist, dass sich in ihrem Körper wieder etwas vor sich geht. Vertrauen in den eigenen Körper zu finden, den Mut zu finden ihm auch wieder etwas zu zu muten (z.B.: wandern gehen, wieder zu laufen beginnen etc.) erfordert häufig viel Zeit und in der therapeutischen Arbeit auch ein nochmaliges Hinsehen darauf was Halt gibt, den Körper, wie sonstige Bereiche im Leben betreffend. Das Leben zu leben, die „Brücke des Vertrauens“ über den „Fluss der Ungewissheiten“ zu bauen und zu stabilisieren und damit umgehen zu lernen, dass es nichts 100prozentiges im Leben gibt, wird vielen Frauen erst im Rahmen einer solchen Erkrankung bewusst, welche einen unvorbereitet trifft und mit der Ungewissheit zurück lässt, ob es einem nochmals treffen wird.

Der anfangs herbeigesehnte Moment der Beendigung der Therapie kann nicht nur Ängste auslösen, sondern auch zu vermehrter Einsamkeit führen. Während ihr Umfeld häufig froh ist, „nun doch endlich wieder normal leben zu können“, fühlen sich Patientinnen damit meist überfordert, bei gleichzeitigen Schuldgefühlen, wenn noch nicht alles wieder so funktioniert, wie davor.

„Ich fühle mich so müde, ich habe Angst davor wieder in die Arbeit zu gehen, aber ich kann meine Firma doch nicht noch länger hängen lassen. Was werden meine Kollegen denken, wenn sie mich am Wochenende am Berg sehen.“

„Meine Familie erwartet, dass ich funktioniere, für die ist wieder alles beim Alten. Wie es mir innerlich geht, danach fragt keiner und es will auch niemand hören...“

Die Rehabilitationsphase (wenn die Behandlung abgeschlossen, aber noch nicht alles beim Alten ist) ist meist eine paradoxe Situation. Es herrscht in vielen Familien eine Art „Schein-Normalität“, Patientinnen trauen sich häufig nicht mehr ihre Familien weiterhin mit der Erkrankung zu belasten, was als Copingreaktion wiederum ein vermehrtes Funktionieren zur Folge haben kann.

Neben der Sicherheit und dem Vertrauen dem eigenen Körper gegenüber, ist es zudem notwendig die Patientinnen zu ermutigen weiterhin Stellung zu beziehen, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen und im Außen zu vertreten. Denn was in der Phase der Erkrankung seitens der Familie häufig geduldet und hingenommen wird, kann ab dem Moment, wo die Erkrankung überwunden scheint, auch als lästig bzw. unangenehm empfunden werden.

4.3.1 „Ich bin da – wofür ist es gut?“⁷

Auch für die jungen Frauen ist die Phase danach eine Phase, wo es vom darüber nachdenken und es sich vornehmen: „Ich sollte mehr auf mich achten, ich werden mehr Sport treiben, ich möchte mir Auszeiten gönnen.....“ zur Umsetzung im Alltag, trotz möglicher Hindernisse, kommt, anders formuliert: wo es von einer Möglichkeit zur Wirklichkeit werden soll (Längle 2011).

Es ist eine Phase in der ein Resümee über das bisherige Leben geführt wird und immer wieder die Frage aufkommt: „Will ich so weiterleben? Was will ich eigentlich in meinem Leben machen? Angesichts dessen, dass es so kurz sein kann?“ Gerade durch die bewusstgewordene Endlichkeit, kann eine enorme Dringlichkeit entstehen, ein „gutes“ Leben zu leben.

Achtet des einzigen, was ihr habt: Diese Stunde, die jetzt ist!

Als ob ihr Macht hättet über den morgigen Tag!

Wir ruinieren unser Leben, weil wir das Leben immer wieder aufschieben.

Epikouros aus (Längle 2012, S 153)

⁷ Die vierte Grundmotivation befasst sich mit dem Handeln, dem Lebensvollzug, beziehungsweise der Lebenserfüllung. Es geht um ein „sinnvolles Wollen“. Dafür benötigt man das Erkennen des Geforderten, also eine Offenheit, um sich dem Leben auch hingeben zu können und das eigene auch in Abstimmung mit anderen/der Welt und der Zukunft führen zu können. Andernfalls wird das Leben willkürlich

Manchmal geschieht dies willkürlich, ohne Abstimmung mit der Eigen-, der Mit- oder der Umwelt, wird getroffen aus der Angst oder der inneren Unruhe heraus. Wiederum gilt es hier zu verlangsamen und die Frauen durch den Prozess zu begleiten, da sie durch dieses nicht entschiedene Handeln erst recht wieder in einen inneren Druck kommen und das Leben erneut a-personal werden kann. Mithilfe der Sinnerfassungsmethode (SEM) kann der gesamte bisherige Krankheitsprozess und dadurch bewusst gewordene Veränderungswünsche nochmals aufgerollt werden. Gleichzeitig kann damit eine Verlangsamung und ein abgestimmteres Umsetzen erreicht werden. Die Willensstärkungsmethode (WSM) kann dann im weiteren Verlauf nochmals dabei helfen eine wirkliche Konkretisierung zu erlangen. Häufig hindern hier kognitive Dissonanzen die Frauen daran, gefühlte Werte wirklich auch umzusetzen. (Längle 2012)

„Ich muss doch für meine Kinder jetzt umso mehr da sein, ich kann mir die Zeit für mich nicht nehmen, dann bin ich doch keine gute Mutter.“

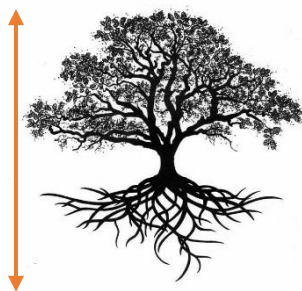
Ein wesentlicher Punkt ist hier die Unterscheidung zwischen Verantwortung und Verpflichtung. Wenn es gelingt, in der Therapie dies zu differenzieren und es den Frauen auch bewusst zu machen, so entsteht dadurch auch ein größerer Handlungsspielraum.

„Erst jetzt merke ich, dass ich mich immer verpflichtet gefühlt habe, weil es mir vorgelebt wurde, wie eine gute Mutter/gute Ehefrau zu sein hat. Ich habe mich nie gefragt, ob ICH das auch so will.“

Genau dieser Aspekt wird auch bei Simone de Beauvoir so deutlich hervorgehoben (siehe Kapitel 2).

4.3.2 Die Baum-Metapher

Kehren wir noch einmal zur Baum-Metapher zurück, in welcher nun alles wieder zusammengefügt werden sollte. Es geht darum, sich das Leben wieder zu zutrauen und den Mut dafür aufzubringen seine Fühler wieder auszustrecken, wie der Baum seine Äste verzweigt und sich dadurch vergrößert, den Handlungsspielraum Stück für Stück zu erweitern. Hierfür braucht es das Wissen um Haltgebendes, sowie das Annehmen der persönlichen, körperlichen, wie psychischen Veränderungen durch die Erkrankung.



Im **therapeutischen Gespräch** gilt es in der „Zeit danach“, die Patientinnen genau darin zu bestärken. Dies erfordert Geduld und Zeit und ist individuell sehr unterschiedlich. Die erste Phase des Glücks über den Abschluss der Behandlung wird häufig abgelöst von einer Phase der erneuten Haltlosigkeit, wenn die Patientinnen plötzlich aus dem medizinischen System entlassen sind. „Was nun?“ „Wie geht Leben jetzt?“ „Wie findet man wieder Vertrauen in den eigenen Körper?“ „Was tue ich mit der verbleibenden Restunsicherheit?“ Nach Abschluss der Behandlung und wenn die ersten Nachuntersuchungen anstehen, entstehen auch wiederum vermehrt Ängste vor einem möglichen Wiederauftreten der Erkrankung, welche es dann aufzugreifen gilt, da diese auch

häufig Züge annehmen, welche die Lebensqualität stark belasten. Zudem ist es häufig auch eine Zeit wo Prioritäten hinterfragt und geändert werden (beruflich, privat etc.)

5 Die Arbeit mit dem Körper angesichts der Brustkrebsdiagnose

Bis zum Auftreten der Krebserkrankung ist der Körper für viele der jungen Frauen einfach da und selbstverständlich. Er funktioniert, fühlt sich lebendig an, ermöglicht lustvolle Momente, wird kritisch beäugt und mit anderen Frauen verglichen, wird möglicherweise auch verändert (durch Sport, Ernährung, Operationen etc.), um dem Schönheitsideal, oder dem eigenen Bild davon zu entsprechen.

Und plötzlich – ohne Vorwarnung – wird er zur leibhaftigen Bedrohung. Die Brust ist nicht mehr mit Weiblichkeit und Attraktivität verknüpft, sondern wird zu einem bösartigen Körperteil, welches es zu bekämpfen gilt. Das Vertrauen in den Körper generell geht nach der Diagnosestellung vielen Frauen, zumindest für eine gewisse Zeit, verloren. Verunsicherungen bleiben, häufig auch nach Abschluss der Behandlung, ob man Körpersymptome hätte anders interpretieren müssen, ob man es hätte früher merken können. Die Frage, ob man zu wenig auf den Körper geachtet hat, führt manchmal auch zu der Verunsicherung, was man dem Körper noch zumuten kann, gerade wenn es darum geht wieder ein aktiveres Leben zu führen.

Es erscheint eine therapeutische Aufgabe, die defizitorientierte Sichtweise auch durch ein ressourcenvolleres Hinsehen zu ergänzen. Was funktioniert dennoch? Worauf im Körper kann man sich noch verlassen? Gerade in der Anfangsphase erscheinen Achtsamkeits- und Atemübungen sehr hilfreich, um die Patientinnen darin zu unterstützen, zumindest eine neutralere Sichtweise zu erlangen und den Körper trotz der Erkrankung mit seinen gerade nun zunehmenden Bedürfnissen wahrzunehmen. Es ist, als würde man mit seinem Körper in einen inneren Dialog gehen: „Was will er mir sagen, wenn sich die Beine schwer anfühlen. Soll ich mich mal hinlegen?“ Es bedeutet Selbstzuwendung, auch dem angegriffenen Körper gegenüber in einer liebevollen und achtsamen Weise gegenüber zu treten, ihn nicht dafür zu bestrafen, dass er aktuell aufgrund der medizinischen Behandlungen (z.B.: Operation, Chemotherapie, Bestrahlung, Hormontherapie...) nicht so funktioniert wie man es gerne hätte. Wenn die jungen Frauen achtsamer und gegenwärtiger mit ihrem Körper umgehen, so kann dies auch das Gefühl von völliger Ohnmacht und Ausgeliefertsein reduzieren, da sie Körpersignale (z.B.: Müdigkeit, Kopfschmerzen, Herzrasen...) auch als Hinweise lesen lernen, mit dem Ergebnis, wieder etwas selbst kontrollieren zu können und sich handlungsfähiger zu fühlen. Dies erfordert jedoch wiederum das Annehmen der Erkrankung, wie es in Abschnitt 4.1 beschrieben wird. Im Schockzustand wird zuerst alles als bedrohlich erlebt, eine Differenzierung erfolgt meist erst im Laufe der Zeit.

Um in einen respektvolleren, liebevolleren Umgang mit dem eigenen Körper zu kommen, helfen manchen Frauen auch Imaginationen, wie z.B.: Reise zum schmerzhaften Ort, Reise zu Ressourcen im Körper etc. Die dadurch mögliche Selbstdistanzierung und die Einnahme einer Beobachterposition ermöglicht wiederum vermehrt in eine Anteilnahme mit dem betroffenen Körperteil, der Brust zu kommen, bis hin zu einer deutlichen emotionalen Berührbarkeit. (Bukovsky 2015-2016)

„Was mein Körper alles leisten muss – beinahe hätte ich ihn im Stich gelassen. Dabei ist er der Einzige, den ich je haben werde.“

In der Selbstdistanzierung kann es manchmal auch leichter gelingen zu überlegen, was nun notwendig ist, als ob man auf eine gute Freundin schaut, der es gerade nicht gut geht.

Eine weitere hilfreiche Imagination ist in der „Phase danach“, auch „Dankbarkeit dem Körper gegenüber“. Wiederum geht es um ein differenzierteres Bild vom eigenen Körper, nicht nur als einen Teil von sich, der bedrohlich geworden ist, sondern als einen Teil, der zu vielen schönen Erfahrungen und Erlebnissen geführt und dabei geholfen hat sie mit allen Sinnen zu erleben. (Bukovsky 2015-2016)

5.1 Körperveränderungen durch Operationen

Während körperliche Symptome und Veränderungen durch die Bestrahlung oder die Chemotherapie meist nach einiger Zeit verschwinden, so bleiben Veränderungen durch Operationen in Form von Narben oder einem veränderten Körperbild manchmal ein Leben lang erhalten. Je größer der Eingriff, umso schwieriger wird es vor allem für jüngere Frauen dies auch anzunehmen und zu akzeptieren. Vor allem die Mastektomie, also die beidseitige oder einseitige Abnahme der Brust, ist ein massiver Eingriff in das Körpergefühl und im weiteren Verlauf auch in den Selbstwert der Frauen. Während die Ärzte den medizinischen Nutzen in den Vordergrund rücken, gilt es in der therapeutischen Auseinandersetzung mit den Patientinnen auch die möglichen Veränderungen und Ängste zu thematisieren. Die Angst, die Brust danach als fremd zu erleben, sie nicht annehmen zu können, in ihrer veränderten Form und Sensibilität. Die Ängste vor den Auswirkungen auf die Partnerschaft und Sexualität oder auch die Ängste, dass es jeder sehen könnte, wenn man im Sommer lockerer gekleidet ist.

Ein bewusst durchgeführter Verabschiedungsprozess, ein Betrauern dessen, was man loslassen muss, ein Hervorholen der Erinnerungen und Momente, die mit der eigenen Brust in Verbindung stehen (z.B.: das Stillen des eigenen Kindes, lustvolle sexuelle Erfahrungen), macht es für manche junge Frauen leichter. Das erste Ansehen der „neuen“ Brust im Spiegel, ist für viele von ihnen ein emotional sehr herausfordernder Moment. Auch dies kann im therapeutischen Gespräch vorweggenommen werden: Ist es gut diesen Moment allein zu erleben? Reicht die Pflegekraft, oder soll es doch mit psychotherapeutischer Begleitung erfolgen? Soll mich mein Partner sofort so sehen?

Die jungen Frauen sollen auch hier angefragt werden, sich bewusst zu entscheiden, Stellung zu beziehen und ihren Weg mit diesem ersten Moment zu finden. Ähnlich wie wenn man anderes im Leben loslassen muss (Personen, Verhaltensweisen...) so wird es auch mit der neuen Brust viele erste Momente geben, welche die Frauen wieder an ihre Grenzen bringen können (erster Besuch im Schwimmbad, erster sexueller Kontakt nach der OP, erster Saunabesuch, erstes enges Kleid etc.)

„Wenn ich an meine Brust gedacht habe, dann hat es sich lange angefühlt wie ein Krater, eine tote Vulkanlandschaft. Erst während der Ganzkörpermassage, als ich merkte wie unvoreingenommen die Masseurin war, als sie meine Brust massiert hat, hat es sich wärmer angefühlt. Ich bin so froh es gemacht zu haben.“

Um mit der veränderten Körperregion besser in Kontakt zu kommen, können zudem Imaginationen sehr hilfreich sein (Körperressourcenübung) (Bukovsky 2015-2016). Man könnte auch sagen, von einem inneren „sich berühren können/wahrnehmen können“ hin zu

einer äußeren, realen Selbstberührung und Selbstbetrachtung. Hier kann auch die Arbeit mit Spiegeln hilfreich sein, was im Klinikalltag auch regelmäßig angewendet wird. Vor allem die erste Betrachtung löst wiederum bei vielen Frauen auch eine starke Berührung aus, wobei die Gründe dafür nicht vereinheitlicht werden können. Manche betauern das Verlorene, andere sind berührt durch die Erleichterung es geschafft zu haben. Es gilt als TherapeutIn in dieser sensiblen Situation offen zu sein.

Wie groß die Schwierigkeiten im Annehmen des veränderten Körperbildes sind und wieviel Zeit es in Anspruch nimmt ist von Frau zu Frau unterschiedlich.

„Wenn ich an die Mastektomie denke, so denke ich nur daran, dass damit alles, was gefährlich sein könnte wekommt. Es fühlt sich für mich erleichternd an. Es geht mir nicht um „Eigen“ oder „Fremd“, sondern darum mich sicherer fühlen zu können.“

Dies zeigt, dass es auch darum geht, welche Wertigkeit welcher Aspekt für die jeweiligen Frauen hat. Was hier jedoch auch hereinspielt, sind die gesellschaftlichen Normen von dem was schön und attraktiv ist und nicht selten geht dieser erlebte Attraktivitätsverlust auch mit dem Gefühl einher, nun nicht mehr liebenswert zu sein.

5.2 Körperveränderungen durch die Hormontherapie

Wenn es, aufgrund der Tumoreigenschaften nach Abschluss der ersten medizinischen Behandlung notwendig wird, über Jahre weibliche Hormone zu unterdrücken, um einen erneuten Tumorwachstum zu verhindern, so klingt dies im ersten Moment für viele Frauen als das kleinere Übel, als eine amputierende Operation oder eine Chemotherapie. Viele Frauen vertragen es auch relativ gut, andere leiden jedoch stark unter den Nebenwirkungen, welche schlussendlich wiederum das Körpergefühl beeinträchtigen können.

Vor allem die Gewichtszunahme, vermehrte Hitzewallungen und damit einhergehende Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, Libidoverlust bzw. eine vermehrte Trockenheit der Scheide, können zu einer großen psychischen Belastung werden, aufgrund von Auswirkungen auf viele Lebensbereiche. (Goldmann-Posch U. 2012)

In jeder Partnerschaft ist Sexualität ein wichtiges Thema. Dies kann, aufgrund der Hormontherapie plötzlich eine unterschiedliche Wertigkeit erhalten, denn eine Verringerung weiblicher Hormone, kann die sexuelle Lust deutlich reduzieren, den Geschlechtsakt aufgrund vaginaler Trockenheit unangenehm werden lassen oder Schamgefühle aufgrund einer Gewichtszunahme und bestehender Narben, ein „sich wirkliches darauf einlassen“ behindern. Hier gilt es das Paar dabei zu unterstützen offen miteinander zu kommunizieren. Möglicherweise ist es auch ein Abschiednehmen von gewohnten sexuellen Erfahrungen und eine Neuentdeckung, wie Intimität trotz der Einschränkungen gelebt werden kann.

„Für meinen Freund war Sex das Wichtigste in einer Beziehung, nun fällt es mir schwer, ihm das zu geben, was er braucht. Manchmal tut es auch weh, selbst habe ich eigentlich keine Lust, aber ich habe Angst, dass er mich sonst verlässt.“

Gerade im Bereich der Sexualität kann es erneut dazu kommen, dass junge Frauen wieder beginnen sich selbst zu übergehen, ihre Bedürfnisse und ihr eigenes Wollen in den Hintergrund zu stellen, um nicht verlassen zu werden.

„Wer nimmt mich denn jetzt noch?“

Die Angst vor dem Verlust der Beziehung, ist häufig verbunden mit einem vorangegangenen Selbstwertverlust, aufgrund der körperlichen Veränderungen, oder auch dem Selbstbild der Frauen. Wer bin ich noch, ohne Partner? Wer bin ich noch, wenn sich der Körper verändert?

Hier spielt wiederum die Gesellschaft und deren Normvorstellungen von Schönheit und Erotik stark hinein und die Aussage Simone de Beauvoirs´ „Diese Welt, die seit jeher den Männern gehört, hat immer noch das Gesicht, das die Männer ihr gegeben haben.“ (de Beauvoir 2012, 12.Aufl., S 842), gewinnt wiederum an Bedeutung.

Ein weiterer wesentlicher Punkt ist der des Kinderwunsches. Junge Frauen, bei welchen der Kinderwunsch noch nicht abgeschlossen ist, gerade erst aufgekommen ist oder die sich ums Kinderkriegen bisher noch gar keine Gedanken gemacht haben, sind durch eine langjährige Hormontherapie in ihren Lebensplänen stark gebremst. Gerade wenn Frauen schon über 30 sind, ist es auch ein Abwägen der Werte. Ist der Wunsch nach einem Kind möglicherweise größer, als die Sorge um das eigene Leben? Geht man das Risiko, möglicherweise auch gegen den Rat der Ärzte ein, oder schließt man den Kinderwunsch ab?

Wichtig ist hier, dass das Thema nicht erst nach Abschluss der Behandlungen aufkommen sollte, sondern vor allem zu Beginn. Durch die Chemotherapie kommt es möglicherweise auch zu Einschränkungen in der Fertilität, weswegen mit den Frauen auch über die Möglichkeiten der Fertilitätsprotektion gesprochen werden sollte. Hier gilt es vor allem als TherapeutIn, die Patientinnen darauf aufmerksam zu machen, oder zumindest nachzufragen, ob seitens der Ärzte eine adäquate Aufklärung erfolgt ist. Angesichts der potentiell lebensbedrohlichen Erkrankung tritt die Fortpflanzung natürlich in den Hintergrund, es kann jedoch für das weitere Leben der Patientinnen hilfreich sein, es ihnen zumindest bewusst zu machen.

6 Der Prozess des Trauerns im Rahmen der Erkrankung

Die Zeit des Trauerns beginnt vor allem nach Abschluss der Behandlung, wenn aus dem Überlebensmodus, wieder Leben werden soll und plötzlich vermehrt Zeit da ist nachzudenken was anders geworden ist. Im schlimmsten Fall kann es aber auch bedeuten, sich darüber bewusst zu werden, dass es nichts mehr gibt, was den Tod noch aufhalten kann.

Jede Veränderung, und die Krebserkrankung ist eine Zeit vieler Veränderungen, ist auch immer verbunden mit Verlusten von Altem. Das Alte muss nicht besser oder schlechter gewesen sein, jedoch war es ein langer Begleiter, etwas das Halt gegeben hat, Kontinuität und Alltag war. Es erscheint wichtig, die Frauen in eine Zuwendung zu sich zu bringen, um Raum für eine mögliche Trauer schaffen zu können. Wenn es nicht zu ändern ist, gilt es, es sein zu lassen (Längle 2002). Die Tatsache, dass sich der Partner entfernt, dass sich der eigenen Körper verändert hat, dass der Wunsch nach einem Kind zumindest aufgeschoben werden muss oder dass das Leben zu Ende geht. Es ist ein ständiges Schwanken zwischen der Wunschvorstellung, der vorgestellten Zukunft und der aktuellen Realität.

„Wenn ich mich im Spiegel sehe, sehe ich jemand anderen, ohne Haare, ohne Augenbrauen.... Das soll ich sein? Das Spiegelbild passt so gar nicht zu dem Bild, das ich von mir habe. Die Erkrankung springt mich jetzt noch mehr an.“

Es gilt ihnen Zeit zu lassen und sie darin zu ermutigen sich diese zu nehmen, um die damit verbundenen Gefühle aufkommen lassen zu können (Längle 2002). Nicht alle Frauen schaffen es sich wirklich sich selbst und den eigenen Gefühlen zu zuwenden. Den dabei aufkommenden Schmerz auszuhalten übergehen viele, indem sie sich ablenken und in den Alltagsstress zurück flüchten. Nicht selten geschieht auch hier wiederum eine Verschiebung des seelischen Schmerzes ins körperliche (vermehrte Kopfschmerzen, Zunahme an Narbenschmerzen, Kreislaufprobleme...).

Andere kommen durch das Zulassen der Gefühle und darüber sprechen, wirklich in eine innere Zuwendung zu sich. Hier gelingt auch, das Annehmen der Realität, sowie eine Neuorientierung hin zu anderen Werten, wenn möglicherweise manches tatsächlich losgelassen werden muss.

„Es klingt komisch, aber ich bin dankbar für die Zeit der Erkrankung. Sie hat mir bewusst gemacht, wie hart ich mir selbst gegenüber war. Wenn ich darüber nachdenke, macht mich das traurig. Ich versuche liebevoller mit mir umzugehen. Es tut so gut mit mir zu sein.“

„Ich versuche mir keinen Druck mehr zu machen, dass ich mir Dinge nicht mehr so gut merken kann, dass meine Konzentration schlechter geworden ist. Mein Körper hat soviel durchgemacht in letzter Zeit, ich bin ihm so dankbar.“ (eine Patientin nach Abschluss der Chemotherapie)

Wenn dies gelingt, so ist in vielen Fällen ein „neues“ Leben nach der Erkrankung möglich. Über den Prozess des Betrauerns hinaus, geht es auch darum herauszufinden, was dennoch wertvoll erscheint. Angesichts des potentiell bedrohlichen Ausgangs der Krebserkrankung ist dies auch immer eine Auseinandersetzung mit dem Gedanken etwas noch nicht gelebt zu haben, oder der Sorge etwas zu versäumen und der daraus entstehenden Motivation auch Neues auszuprobieren.

Was möchte ich in MEINEM Leben? Fehlt etwas, oder ist es gut so wie es ist? Habe ich etwas versäumt?

Unweigerlich kommt es im Rahmen der Erkrankung, aber spätestens, wenn die Medizin an ihre Grenzen stößt, zu einer Auseinandersetzung mit dem Tod und dem Sterben. Selbst in dieser Zeit, wo das Leben langsam zu Ende geht, drängt es sich umso stärker herein. Kübler-Ross beschrieb es, auf die Frage ob leben lernen oder sterben lernen schwieriger sei so: „Menschen, die leben konnten und wirklich gelebt haben, haben keine Angst vor dem Sterben. Und Menschen, die nie gelebt haben, haben furchtbare Angst vor dem Sterben.“ (Kübler-Ross 2005, S 5)

In der Arbeit mit jungen Brustkrebspatientinnen zeigt sich dies auch in der Arbeit mit dem Tor des Todes. Das Schlimmste, das was das Sterben so unerträglich werden lässt, ist für viele nicht der Tod an sich, sondern das Gefühl etwas nicht gelebt zu haben, etwas nicht mehr erleben zu können, oder auch von sich nichts zurücklassen zu können, vergessen zu werden. Es geht um die Beziehung zu sich, zu anderen, zur Welt und darum, davon Abschied nehmen zu müssen. Längle beschreibt dies als „versäumtes Leben“ (Längle 2011). Angesichts der Erkrankung bekommt das Leben für viele Patientinnen wieder vermehrt Bedeutung, was vorher als selbstverständlich hingenommen wurde, wird plötzlich als Wert empfunden. Während innerhalb der Gesellschaft der Tod kaum statt zu finden scheint, seitens der Kosmetikindustrie und Medizin „ewige Jugend“ versprochen wird, so drängt sich angesichts einer Krebserkrankung der eigene Tod, die eigene Sterblichkeit plötzlich wieder ins Bewusstsein.

*Kann es das Schlimmste sein, was so natürlich ist, so sicher,
so selbstverständlich wie der Tod?*

*Im Banne der Angst übersehen wir, worauf es ankommt, jetzt,
noch vor dem Tod: zu leben, ganz da zu sein,
ganz bei sich zu sein,
ganz bei dem, was wir tun.*

*Schwer ist es, gehen zu müssen, ohne Platz genommen zu haben.
Schwer ist es, hungrig gehen zu müssen vom reich gedeckten Tisch.*

*Schlimm ist es, das Leben verpasst zu haben,
ohne eine Gelegenheit zur Wiederholung.*

Gut ist es, wenn uns Angst auf diese größte Gefahr aufmerksam macht.

(Längle 2011, S 119)

Auch für junge Frauen ist das Leben endlich. Es macht Angst sich damit befassen zu müssen, vor allem wenn kleine Kinder da sind, die es zu versorgen gilt, die man aufwachsen sehen möchte und dennoch gilt es das Leben realistisch zu betrachten: Leben und Tod sind

unweigerlich miteinander verbunden. Nichts währt ewig und „erst in der Rücksichtnahme auf die Endlichkeit des Lebens erfassen wir die Einmaligkeit des Lebens.“ (Längle 2011, S 126)

„Ich gehe nun mit offeneren Augen durchs Leben, wo ich vorher dachte, ich hätte eh noch soviel Zeit, versuche ich es JETZT zu tun.“

Angesichts der Bewusstwerdung der Endlichkeit des Lebens, erlernen manche der Patientinnen es erst ENDLICH zu leben. Gegenwärtig zu leben und nicht darauf zu warten was noch kommen mag, oder alles darauf auszurichten.

Es geht weniger darum die Angst völlig zu verlieren, sondern sie auch als „guten Freund“ als „Ratgeber“ zu sehen, WOFÜR sich das Leben lohnt. Was das eigene Leben mit Sinn erfüllt und wertvoll ist. Das Leben findet nicht zukünftig statt, sondern gegenwärtig, im Hier und Jetzt. „Erwartungen an das Leben engen es ein, und Vorstellungen verstellen das Leben“ (Längle 2011, S 127). Die Erkenntnis mancher Patientinnen, dass es die Krebserkrankung brauchte, um zu erkennen, wie wertvoll das Leben in jedem Moment, wie wertvoll Beziehungen sind, kann einen erneuten Trauerprozess auslösen, in Bezug auf den bisherigen Umgang mit sich und dem Kostbarsten was einem gegeben ist, - nämlich dem eigenen Leben.

7 Diskussion

Nicht immer läuft alles so geradlinig ab, wie oben beschrieben. Vor allem in der Behandlungsphase können immer wieder Abänderungen der medizinischen Behandlung notwendig werden (nicht ansprechen auf die Therapie, neue Therapie aufgrund eines positiven genetischen Testes etc.), welche mit einem erneuten Haltverlust, einem erneuten Ohnmachtserleben verbunden sein können. Über die gesamte Behandlung hinweg (hier gehört psychotherapeutisch betrachtet die Zeit nach der medizinischen Behandlung genauso dazu) wird von den jungen Frauen eine hohe psychische, wie physische Anpassungsleistung abverlangt. Die oben beschriebenen Punkte in den einzelnen Behandlungsabschnitten stellen somit nur ein Rüstzeug dar. Es gilt immer flexibel und einfühlsam auf die jeweiligen Frauen einzugehen. Auch wenn sich die Themen häufig ähneln, so werden sie bei den einzelnen Frauen zu unterschiedlichen Zeitpunkten wichtig und kommen auch in unterschiedlicher Intensität zur Sprache. Wenn man viel mit Krebspatientinnen arbeitet ist es zudem sehr wichtig sich immer wieder das phänomenologische⁸ Betrachten bewusst zu machen, denn so individuell wie Brustkrebserkrankungen organisch gesehen sind, so individuell ist auch der jeweilige Umgang der Patientinnen damit.

Ein weiterer wichtiger allgemeiner Punkt ist die Art der Therapie. Die Patientinnen kommen nicht „nur“ wegen einer psychischen Erkrankung, bei vielen von ihnen entstehen Ängste, Anpassungsstörungen erst AUFGRUND der somatischen Erkrankung. Gleichzeitig machen sich manche Patientinnen einen enormen Druck: „Ich muss alles aufarbeiten/bearbeiten/lösen was mich belastet, damit der Krebs ja nicht mehr kommt.“ Zum einen spielen in diesem Zusammenhang wiederum subjektive Krankheitstheorien eine große Rolle, zum anderen nehmen manche Patientinnen die Erkrankung zum Anlass, in ihrem Leben „aufzuräumen“. Die Aufgabe als TherapeutIn ist hier zu verlangsamen und die Patientinnen, welche sich sowieso in einer existentiellen und körperlichen Ausnahmesituation befinden, nicht auch noch psychisch zu überfordern. Wenn die Patientin grade ihre eigenen Grenzen nicht wahrnimmt, oder übertritt, so ist es die Aufgabe als TherapeutIn ihr dies behutsam vor Augen zu führen und sie manchmal auch vor sich selbst zu schützen.

Nicht alle Patientinnen begeben sich während der Krebserkrankung in psychologische/psychotherapeutische Behandlung. Manche von ihnen sind psychisch stabil und haben ein gutes und stützendes Umfeld. Bei anderen jedoch, wo teils das ganze Behandlungsteam die Patientin immer wieder dazu ermutigen würde, sich doch auch psychische Unterstützung zu holen, gibt es massive Widerstände, Ängste und andere Copingreaktionen. Nach wie vor gibt es auch bei jüngeren Patientinnen Vorurteile („ich bin doch nicht krank im Kopf...“) oder innere Grundüberzeugungen („da kann mir sowieso keiner helfen, da muss ich alleine durch...“), welcher einer Unterstützung im Wege stehen. Selbst unverbindliche Kontaktaufnahmen während stationärer Aufenthalte werden dann seitens der Patientinnen abgelehnt, obwohl die starke psychische Belastung spürbar ist. Nicht selten kommen jedoch genau diese Patientinnen dann manchmal Monate nach Abschluss der

⁸ Phänomenologie ist die Haltung der Offenheit unter Rückstellung des Vorwissens („Voraussetzungslosigkeit“) in der Hingabe an den Anschauungsgehalt. Das Einklammern des Vorwissens wird auch als „Epoché“ bezeichnet. Dies bedeutet nicht die Eliminierung von Gelerntem, sondern lediglich Zurückstellen, um den Blick frei zu bekommen, für das was sich zeigt und wie es sich zeigt. Diese Art der Haltung ist an drei Fragen Heideggers angelehnt: Was zeigt sich? Wie ist es? Ist es so. (Längle 2009)

Behandlung mit Angstzuständen, oder depressiven Episoden doch zu Gesprächen, wobei es ihnen hier meist nur um eine Symptomreduktion geht und nicht so sehr um ein tieferes Hinsehen auf die Gründe für die Symptomatik.

Die Arbeit mit vor allem jungen Krebspatientinnen ist eine sehr vielfältige. Man geht mit ihnen durch die Tiefen, versucht Halt zu geben, sie darin zu ermutigen SICH ernst zu nehmen, bis hoffentlich zu dem Punkt hin, wo die Behandlung beendet werden kann und es darum geht im normalen Leben wieder Fuß zu fassen. Man ist konfrontiert mit existentiellen Ängsten, Verunsicherungen dem eigenen Körper und der unsicher gewordenen Welt gegenüber. Ängste vor dem Tod oder dem Sterben kommen immer wieder zu Tage, gepaart mit der Frage nach dem Sinn der Erkrankung bzw. dem Sinn des Lebens. Und manchmal, da kann ein Therapieende wirklich mit einem endgültigen Abschied nehmen vom Leben einhergehen.

Dass eine Krebserkrankung wirklich jeden treffen kann, egal welches Alter, welcher Lebensstil, welcher sozialen Schicht man angehört, und dass man letztendlich auch als TherapeutIn nicht davor verschont bleiben könnte, macht die Arbeit mit Krebspatientinnen auch zu einer Arbeit mit den eigenen Ängsten. Ich kann für die Patientinnen nur dann ein Gegenüber sein, wenn mich die Themen selbst nicht ängstigen, wenn ich mich traue Dinge anzusprechen, wenn sie im Hintergrund zu schwelen scheinen. Es gilt die belastenden Gefühle gemeinsam mit den Patientinnen auszuhalten. Die Ohnmacht, die Hilflosigkeit, die aufkommenden Ängste, die Trauer und Wut – all dies gilt es erst einmal wahrzunehmen und zu beachten, damit leben bzw. in einen Umgang damit zu kommen, und dadurch in ein Erleben von Kohärenz zu gelangen. Dass diese Gefühle völlig verschwinden, ist angesichts einer solchen potentiell lebensbedrohlichen Erkrankung schwer zu erreichen. Was möglich ist, ist in einen Umgang mit den Gefühlen zu kommen und auch mit den Patientinnen daran zu arbeiten, welchen Wert sie zu schützen, bzw. bewusster zu machen versuchen. Denn ein Gefühl ist „Wahrnehmung einer Sache in ihrer Bedeutsamkeit für das eigene Leben (Längle 2002, 29). Wenn den Patientinnen bewusst wird, was hinter der Angst, hinter der Wut etc. steckt, so eröffnet sich gleichermaßen wieder ein Handlungsspielraum: was ist notwendig, um diesen Wert zu leben bzw. ihn zu schützen. Indem die Patientinnen erleben, dass sie zwar ein Gefühl haben, sich dazu jedoch verhalten können, schaffen sie Distanz und es wird leichter möglich dieses auszuhalten.

Dem Leben angesichts einer solchen Diagnose Raum geben, zu bemerken, dass dennoch eine Handlungsfähigkeit bestehen bleibt, auch wenn sie, manchmal vorübergehend, manchmal auch für immer, anders ausfällt als bisher, darum geht es innerhalb der Begleitung junger Brustkrebsspatientinnen.

„Ich bin immer mehr als nur die Krebspatientin, ich bin und bleibe zuallererst Person.“

„Ich bin nur eine LEBENDE auf Reisen zwischen den Welten. Mein letztes Gebet: Seid nicht enttäuscht, dass der Tod scheinbar gesiegt hat; das ist nur der äußere Schein, die Wahrheit ist: Alles ist LEBEN.“ (Singer 2011, S 73)

8 Literaturverzeichnis

- Ahmad S., Fergus K. & McCarthy M. „Psychosocial issues experienced by young women with breast cancer: the minority group with the majority of need.“ *Current Opinion in supportive and palliative care*, 2015: Vol 9 (3), 271-278.
- Borstelmann, N.A., Rosenberg, S.M., Ruddy, K.J., Tamimi, R.M., Gelber, S., Schapira, L., Come, S., Borges, V., Morgan, E. & Partridge, A.H. „Partner support and anxiety in young women with breast cancer.“ *Psycho-Oncology*, 2015: 1679-1685.
- Brown, Brené. *The Power of Empathy*. 2013.
<https://www.youtube.com/watch?v=1Ewgu369Jw&feature=youtu.be> (Zugriff am 23. 08 2018).
- Bukovsky, R. „Ausbildungsunterlagen zur Weiterbildung Psychosomatik.“ 2015-2016.
- Collins, K., Gee, M., Clack, A. & Wyld, L. „The psychosocial impact of contralateral risk reducing mastectomy (CRRM) on women: A rapid review.“ *Psycho-Oncology*, 2017: 1-10.
- de Beauvoir, Simone. *Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau*. Hamburg: Rowohlt Verlag, 2012, 12. Aufl.
- Fobair, P., Stewart, S.L., Chang, S., D`Onofrio, C., Banks, P.J. & Bloom, J.R. „Body image and sexual problems in young women with breast cancer.“ *Psycho-Oncology*, 2006: Vol 15(7), 579-594.
- Frankl, Viktor.E. *Ärztliche Seelsorge: Grundlage der Logotherapie und Existenzanalyse. Mit den "10 Thesen über die Person"*. München: dtv, 2007.
- Goldmann-Posch U., Martin R.R. *Überlebensbuch Brustkrebs. Die Anleitung zur aktiven Patientin*. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2012.
- Goldmann-Posch, Ursula & Martin, Rita Rosa. *Überlebensbuch Brustkrebs. Die Anleitung zur aktiven Patientin*. Stuttgart: Schattauer, 2012.
- Hungr, C., Sanchez-Varela, V. & Bober S.L. „Self-Image and sexuality issues among young women with breast cancer: practical recommendations.“ *Revista de Investigacion clinica*, 2017: 114-122.
- Kübler-Ross, Elisabeth. *Sterben lernen-Leben lernen. Fragen und Antworten*. Göllesheim: Silberschnur, 2005.
- Längle, Alfred. „Lehrbuch der Existenzanalyse (Logotherapie). 3. Teil: Zweite Grundmotivation.“ Wien: GLE, 2002.
- . „Lehrbuch der Existenzanalyse (Logotherapie). 3. Teil: zweite Grundmotivation.“ Wien: GLE, 2002.
- . „Lehrbuch zur Existenzanalyse: Grundlagen.“ Wien: GLE International, 2009.
- . „Lernskriptum der Existenzanalyse: 3. Grundmotivation.“ Wien: GLE International, 2011.
- . *Lernskriptum zur Existenzanalyse: Die Grundbedingung der Existenz: Sein-Können in der Welt oder die 1. Grundmotivation*. Wien: GLE International, 2009.
- . „Lernskriptum zur Existenzanalyse: Vierte Grundmotivation. Vollzug des Lebens.“ Wien: GLE-International, 2012.
- . *Sinnvoll leben. Eine praktische Anleitung der Logotherapie*. St.Pölten: Residenz Verlag, 2011.

- Li J., Humphreys K., Eriksson M., Dar H., Brandberg Y., Hall P. & Czene K. „Worse quality of life in young and recently diagnosed breast cancer survivors compared with female survivors of other cancers: A cross-sectional study.“ *International Journal of Cancer*, 2016: 2415-2425.
- Miaja, M, Platas, A & Martinez-Cannon, B.A. „Psychological impact of alterations in sexuality, fertility and body image in young breast cancer patients and their partners.“ *Revista de Investigacion Clinica*, 2017: 204-209.
- Rowland, E. & Metclafe, A. „A systematic review of men`s experiences of their partner`s mastectomy: coping with altered bodies.“ *Psycho-Oncology*, 2014: 963-974.
- Ruddy K., Greaney M., Sprunck-harrild K., Meyer M., Emmons K., Partridge. „A qualitative exploration of supports and unmet needs of diverse young women with breast cancer.“ *The Journal of community and supportive oncology*, 2015: 323-329.
- Scheffold, K., Mehnert, A., Müller, V., Koch, U., Härter, M. & Vehling, S. „Sources of meaning in cancer patients- influences on global meaning, anxiety and depression in a longitudinal study.“ *European Journal of Cancer Care*, 2014: 472-480.
- Schulz-Kindermann, Frank. *Psychoonkologie. Grundlagen und psychotherapeutische Praxis*. Basel: Beltz Verlag, 2013.
- Singer, Christiane. *Alles ist Leben. Letzte Fragmente einer langen Reise*. München: btb-Verlag, 2011.
- Taveres, R., Brandao, T. & Matos, P. M. „Mothers with breast cancer: A mixed-method systematic review on the impact on the parent-child relationship.“ *Psycho-Oncology*, 2017: 1-9.
- Wikipedia*. 22. 12 2017. https://de.wikipedia.org/wiki/Simone_de_Beauvoir.
- Yalom, M. *Eine Geschichte der Brust*. München-Düsseldorf:: Econ-Verlag, 1998.
- Yang, H., Brand, J., Fang, F., Chiesa, F., Johansson, A., Hall, P. & Czene, K. „Time-dependent risk of depression, anxiety, and stress-related disorders in patients with invasive and in situ breast cancer.“ *International Journal of Cancer*, 2017: 841-852.