

Masterarbeit
Studiengang Sexologie

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts Sexologie

des FB Soziale Arbeit.Medien.Kultur der Hochschule Merseburg
und
des Instituts für Sexualpädagogik und Sexualtherapie ISP Uster

Weibliche Sexualität im Kontext einer Brustentfernung (Ablatio Mammae)

Sexuelles Erleben von Frauen im gebärfähigen Alter vor einer Krebserkrankung und ein Jahr
nach einer Brustentfernung und die Bedeutung der Sexualberatung

Vorgelegt von
Simone Dudle
Matrikel-Nr. 23685
sd@simonedudle.ch

Erstgutachterin: Esther Elisabeth Schütz
Zweitgutachter: Prof. Dr. med. Harald Stumpe

Abgabetermin: 4. Dezember 2017

Abstract

In dieser Masterarbeit werden Aspekte weiblicher Sexualität und der sexuellen Gesundheit von Frauen im gebärfähigen Alter vor und nach einer Brustentfernung dargelegt und untersucht. Grundlage bilden dabei psychosomatische und sexualwissenschaftliche Ansätze wie das Modell Sexocorporel und das Konzept der Salutogenese.

Es wurden zwei retrospektive Interviews mit jungen betroffenen Frauen ein Jahr nach dem Eingriff mittels teilstrukturiertem Interviewleitfaden durchgeführt. Die Ergebnisse geben Aufschluss über die Art der Veränderungen, deren Wahrnehmung durch die betroffenen Frauen sowie den Bedarf an zusätzlicher Begleitung durch eine Sexualberatung.

Anhand eines Beispiels aus der Beratungspraxis der Autorin wird die Möglichkeit und die Bedeutung der Sexualberatung im Zusammenhang mit einer Brustentfernung aufgezeigt. Die Erkenntnisse aus den Interviews werden Interventionen der Sexualberatung gegenübergestellt.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
1 Einleitung	8
1.1 Ausgangslage	8
1.2 Ziel der Arbeit	8
1.3 Leitthemen.....	9
1.4 Abgrenzung des Themas	9
1.5 Methodisches Vorgehen	9
1.6 Aufbau der Arbeit	10
2 Sexualität und sexuelle Gesundheit	11
2.1 Definition Sexualität	11
2.2 Sexuelle Gesundheit als Lebensqualität	12
3 Weibliche Sexualität vor der Krebserkrankung	13
3.1 Weibliche sexuelle Identität und Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit	15
3.1.1 Körperbild und sexuelle Selbstsicherheit	15
3.1.2 Attraktivität, Anspruch und Wirklichkeit.....	17
3.1.3 Bedeutung der Brust	18
3.2 Körper und Körperwahrnehmung	19
3.2.1 Zugang zum eigenen äusseren und inneren Geschlecht (Genitale)	20
3.2.2 Funktionale Sexualität	21
3.3 Sexuelle Beziehung und Partnerschaft	22
3.4 Faktoren lustvoller weiblicher Sexualität	23
3.4.1 Körperbild und sexuelle Selbstsicherheit	23
3.4.2 Wahrnehmung von Sinnesempfindungen.....	24
3.4.3 Sexuelle Beziehung und Partnerschaft.....	24

4	Brustkrebserkrankung und Brustentfernung	26
4.1	Früherkennung von Brustkrebs	26
4.2	Krankheit und Sexualität - ein doppeltes Tabu	27
4.3	Therapie des Mammakarzinoms	28
4.4	Auswirkungen auf die weibliche Sexualität.....	29
4.5	Bedeutung der Sexualität im Kontext der Brustentfernung	32
4.6	Medizinisches Unterstützungsangebot in Bezug auf veränderte Sexualität	33
5	Methode	35
5.1	Datenerhebung	35
5.2	Datenauswertung.....	36
5.3	Ethische Überlegungen.....	36
5.4	Gesprächsteilnehmerinnen	37
6	Ergebnisse: Weibliche Sexualität ein Jahr nach der Brustentfernung	38
6.1	Informations- und Beratungsbedarf	38
6.2	Funktionale Sexualität.....	40
6.3	Körperbild und sexuelle Selbstsicherheit.....	42
6.4	Wahrnehmung von Sinnesempfindungen	45
6.5	Sexuelle Beziehung und Partnerschaft	47
6.6	Lebensereignis Brustkrebs als Möglichkeit für sexuelle Weiterentwicklung	50
6.7	Veränderte Sexualität ein Jahr nach der Brustentfernung	52
7	Sexualberatung nach Sexocorporel	58
7.1	Modell Sexocorporel	58
7.2	Beratung nach Sexocorporel.....	59
7.3	Sexualberatung im Kontext einer Brustentfernung	60

8	Praxistransfer anhand eines Beispiels aus der Beratungspraxis	64
8.1	Rahmen und Setting	64
8.2	Anliegen.....	65
8.3	Evaluation der Sexualität vor der Erkrankung	65
8.4	Evaluation der Sexualität nach der Brustentfernung.....	66
8.5	Logik des Systems.....	67
8.6	Beratungsziel	69
8.7	Beratungsplan.....	69
8.8	Beratungsinterventionen	70
8.8.1	Funktionale Sexualität	70
8.8.2	Wahrnehmung von Sinnesempfindungen.....	71
8.8.3	Körperbild.....	72
8.8.4	Sexuelle Beziehung und Partnerschaft.....	73
8.9	Bedeutung der Sexualberatung nach Sexocorporel nach einer Brustentfernung... 74	
9	Schlussfolgerungen.....	82
10	Persönliches Schlusswort.....	84
11	Quellenverzeichnis	86
12	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	107
13	Anhang	108

Vorwort

Sexualität ist Lebensbegleiter, Energiequelle und Lebensqualität. Sie bringt Menschen hin zu ihren Ressourcen und ihrer Lebenslust, konfrontiert aber auch mit eigenen Grenzen.

Sexualität ist permanent Veränderungen und Fragen ausgesetzt. Lebensereignisse, unter welche eine Krebserkrankung zählt, beeinflussen die Sexualität und das persönliche Erleben und können sexuelle Entwicklungsprozesse anregen oder notwendig machen.

Frauen mit einer Brustentfernung erleben einen direkten und schmerzhaften Einschnitt in ihre Körperlichkeit und Weiblichkeit. Dabei werden sie mit einem Gesamtpaket an Folgen konfrontiert, die nach einer Brustkrebs-Therapie auftreten können und welche die Sexualität beeinflussen. Obwohl das Brustkrebsrisiko mit zunehmendem Alter steigt, begegnen mir in meiner Tätigkeit als Sexualberaterin in einer onkologischen Praxis vermehrt brustkrebsbetroffene Frauen im gebärfähigen Alter. Frauen im gebärfähigen Alter sehen sich durch eine Brustentfernung und die damit verbundenen Folgen naturgemäss mit anderen Herausforderungen konfrontiert als ältere Brustkrebspatientinnen. Das veränderte sexuelle Erleben nach einer Brustentfernung führt die Frauen an Grenzen ihrer bis anhin gelebten Sexualität. Durch die Erkrankung und die damit verbundene Schwellenphase in den Bereichen weiblicher Identität und sexuelles Genusserleben sind sie oftmals gezwungen, sich mit sexuellen Anpassungsprozessen bewusst auseinanderzusetzen und Entwicklungsschritte anzuknüpfen. Dabei können körperliche Veränderungen, so schmerzhaft sie auch sind, Prozesse in Gang setzen, die eine Hinwendung zu sich selbst und zum eigenen sinnlichen Potential mit sich bringen, losgelöst von gesellschaftlichen Vorstellungen und vorgegebenen Idealen. In der Begleitung der Frauen zeigt sich dieser Übergang und individuelle Suchprozess stets aufs Neue als eindrücklich und essentiell. In der Arbeit mit betroffenen Frauen wird deutlich, wie vielfältig, wandelbar und anpassungsfähig weibliche Sexualität im Lauf dieses Lebensabschnitts ist. Es zeigt sich aber auch, welchen starken Einfluss äussere Veränderungen auf die lustvolle Sexualität haben können, wenn wenig sexuelle Ressourcen in Veränderungsprozessen zur Verfügung stehen oder Frauen wenig Unterstützung in der Weiterentwicklung ihrer sexuellen Fähigkeiten erhalten. Für betroffene Frauen kann es entscheidend sein, zu wissen und zu erfahren, dass auf das eigene Genusserleben und die Sexualität in jeder Lebensphase Einfluss genommen werden kann.

Brustkrebs und Sexualität berühren zudem gleich zwei Grundthemen der Existenz: Endlichkeit und Leben. Zwischen diesen beiden Polen bewegt sich das menschliche Dasein.

Die existentiellen Themen zeigen sich unter anderem in Form von Gesundheit und Krankheit und spiegeln sich eindrücklich im Körper. In einer permanenten Pendelbewegung und einer ständigen Suche nach Gleichgewicht bewegt sich der Körper und sinnliche Leib zwischen totaler Krankheit und vollkommener Gesundheit. Dabei ist Sexualität im Körper verankert und findet ihren Ausdruck über Wahrnehmung von Sinnesempfindungen, Emotionen, Gefühle und Gedanken.

So richtet sich die Arbeit an all jene, die sich für lustvolle weibliche Sexualität in Schwellenphasen interessieren und/oder in beruflichem oder persönlichen Kontakt sind mit Frauen mit Brustkrebs Erfahrung im gebärfähigen Alter.

Nicht zuletzt ist diese Arbeit auch ein Plädoyer an das Leben selbst, das Krankheit als dazugehörend miteinbezieht. Sie ist ein Plädoyer an den Körper, der sich während des ganzen Lebens wandelt und verändert. Der weibliche Körper als Resonanzraum, der in seiner Lebendigkeit und Sinnlichkeit jederzeit neu entdeckt, erlebt, belebt und wahrgenommen werden kann.

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der weiblichen Sexualität im Kontext einer Brustentfernung (Ablatio Mammae). Dabei liegt der Fokus auf Aspekten weiblicher Sexualität vor einer Krebserkrankung und ein Jahr nach einer Brustentfernung und die Bedeutung der Sexualberatung nach Sexocorporel.

1.1 Ausgangslage

Pro Jahr erkranken in der Schweiz 5900 Frauen neu an Brustkrebs. Damit ist Brustkrebs die häufigste Krebsart bei Frauen: auf Brustkrebs entfällt fast ein Drittel aller Krebsdiagnosen bei Frauen (Krebsliga Schweiz, 2016). Bei rund vier von fünf Frauen kann die Brustkrebserkrankung geheilt werden. Durch diese Errungenschaft tritt nun vermehrt nicht nur das Überleben, sondern auch die Lebensqualität der betroffenen Frauen in den Fokus.

Eine Brustentfernung (Ablatio Mammae) ist bei rund einem Drittel der erkrankten Frauen notwendig (Marquard, 2016). Dieser Eingriff bedeutet für viele Patientinnen ein massiver Einschnitt ins Sexualleben und somit die Lebensqualität. Frauen sehen sich durch die Brustentfernung und die weiteren Therapiemassnahmen mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert. Dabei sind physiologische, psychologische, kognitive und soziale Aspekte der Sexualität betroffen (Härtl, Stauber, & Friese, 2003). Durch das veränderte Erleben von Sexualität besteht ein Bedarf nach sexologischen Informationen und ganzheitlicher Beratung bezüglich lustvoller weiblicher Sexualität nach der Brustentfernung (Navarra, Eichenberger, & Fluri, 2005).

Das Bewusstsein in der Onkologie für die Sexualität der Patientinnen und Patienten ist in den letzten Jahren gestiegen. Daher werden sexuelle Probleme nach einer Brustkrebserkrankung vermehrt erkannt und auch in Fachbüchern und Ratgebern thematisiert. Dabei nehmen die sexuellen Defizite aber oft mehr Raum ein als Beiträge, wie die sexuelle Genussfähigkeit unterstützt werden könnte. Onko-sexologische Interventionsmöglichkeiten, wie beispielsweise die ganzheitliche und körperorientierte Sexualberatung nach Sexocorporel, sind indes noch wenig bekannt und werden in der Praxis selten eingesetzt.

1.2 Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, Aspekte weiblicher Sexualität vor der Krebserkrankung und veränderte Sexualität ein Jahr nach einer Brustentfernung bei Frauen im gebärfähigen Alter zu erfassen und offen zu legen. Mittels zwei teilstrukturierten Interviews mit jungen, betroffenen Frauen wurden Veränderungen im Erleben lustvoller weiblicher Sexualität erfasst und den

Interventionen der Sexualberatung zur Unterstützung der sexuellen Gesundheit gegenübergestellt. Dabei wird die Bedeutung der Sexualberatung nach Sexocorporel für lustvolle weibliche Sexualität nach einer Brustentfernung anhand eines Beispiels aus dem Praxisalltag deutlich gemacht.

1.3 Leitthemen

In dieser Arbeit werden folgende Fragen erläutert und beantwortet:

- Welche Aspekte weiblicher Sexualität unterstützen das genussvolle sexuelle Erleben vor der Erkrankung?
- Welche Auswirkungen haben eine Brustentfernung und die Therapiemaßnahmen auf die Sexualität von Betroffenen?
- Welche Herausforderungen in Bezug auf die Sexualität stellen sich Frauen im gebärfähigen Alter nach einer Brustentfernung (im Vergleich zur Sexualität vor der Erkrankung)?
- Welchen Beitrag kann eine Sexualberatung nach Sexocorporel leisten, um die Betroffenen in ihrer sexuellen Gesundheit und dem Genusserleben zu unterstützen?

1.4 Abgrenzung des Themas

Die Arbeit beschränkt sich auf die Erfassung einzelner Aspekte weiblicher Sexualität im Kontext einer Brustentfernung vor der Erkrankung und ein Jahr nach dem Eingriff bei Frauen im gebärfähigen Alter. Weiter wird die Bedeutung der Sexualberatung nach Sexocorporel im Zusammenhang mit sexueller Gesundheit nach einer Brustentfernung untersucht. Um den Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen, werden Teilaspekte von sexueller Gesundheit nach Sexocorporel herausgegriffen und einzelnen Interventionen aus der Sexualberatung nach Sexocorporel gegenübergestellt.

1.5 Methodisches Vorgehen

Diese Masterarbeit ist eine Fallstudie, welche die natur- und sozialwissenschaftliche sowie die lebensweltliche Perspektive miteinbezieht. Die wichtigsten Pfeiler der Analyse sind die Ergebnisse der teilstrukturierten Interviews und der Praxistransfer anhand eines Beratungsbeispiels aus der sexualberaterischen Tätigkeit der Autorin. Durch den Praxistransfer wird die Bedeutung von sexo-onkologischen Interventionen nach einer Brustentfernung deutlich gemacht.

1.6 Aufbau der Arbeit

In einem ersten Teil werden zentrale Begriffe weiblicher Sexualität definiert und Aspekte lustvoller weiblicher Sexualität vor der Erkrankung aufgezeigt. In einem weiteren Kapitel folgt die theoretische Erläuterung der Brustkrankung und der Brustentfernung im Zusammenhang mit Sexualität. Nach der Erläuterung der Methode (Fallstudie) werden die Ergebnisse der teilstrukturierten Interviews kategorisiert, narrativ offengelegt und zusammengefasst. Sie werden unter Einbezug der erläuterten Begriffe und Theorien und weiterer Literatur diskutiert. Für den Praxistransfer wird ein Beratungsbeispiel aus der Praxis der Autorin zugezogen und die dort angewendeten Interventionen nach dem Model Sexocorporel werden in eine Beziehung mit den Ergebniskategorien der Interviews gesetzt. Die Bedeutung der Sexualberatung nach Sexocorporel nach einer Brustentfernung wird dabei deutlich. Die Schlussfolgerungen zeigen eine Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte der Arbeit und bieten einen Ausblick auf offene Fragen sowie weiteren Forschungsbedarf.

2 Sexualität und sexuelle Gesundheit

2.1 Definition Sexualität

Sexualität, verbunden mit Nähe, Intimität und Zärtlichkeit, ist für Menschen von zentraler Bedeutung. Petzold (2014) bezeichnet Sexualität als Grundbedürfnis, das je nach Lebensphase oder Lebensmodell mehr oder weniger Raum einnimmt. Der Stellenwert von Sexualität wird ebenfalls von der *North American Diagnosis Association* gewürdigt: Sie führt Sexualität in einer eigenen Domäne auf, auf gleicher Ebene wie zum Beispiel Ernährung (NANDA International, 2016).

Sexualität in einem breiter gefassten Verständnis, das über den rein funktionalen Geschlechtsakt hinausgeht, ist Quelle von Sinnlichkeit, Lust, Erregung und Genuss. Sie verursacht Konflikte, Enttäuschungen, Trauer und Schmerz. Sexualität bringt uns in direkten Kontakt mit Lebendigkeit und Identität und ist ein zentraler Ausdruck des Menschseins (Clement, 2016a). Sie ist ein Zusammenspiel von Funktionalität, Wahrnehmung, Emotion und Beziehung (Chatton, Desjardins, Desjardins, & Tremblay, 2005) oder, wie es Rellini, McCall, Randall, & Meston (2005) formulieren: Der Sexualität liegt eine Verbindung zwischen Genitalität (physiologischer Ablauf) und Emotionalität zugrunde. Sexualität besteht in der Beziehung mit einem Gegenüber, kann aber auch davon unabhängig gesehen werden, da Sexualität auch mit Selbstwert, geschlechtlicher Identität, Attraktivität, Liebe und Fruchtbarkeit zusammenhängt (Zeyen Käch & Biedermann, 2008).

Der Mensch ist ein sexuelles Wesen von der Geburt bis zum Tod. Wie das ganze Dasein als Mensch unterliegt auch die Sexualität permanenten Veränderungen, und sie ist in Anpassungs- und Entwicklungsprozesse eingebunden (Noack, 2010; Price, 1999). Die Sexualwissenschaftlerin Leonore Tiefer drückt es so aus: »Sex is a never ending game« (Tiefer, 1994, S. 36). In unterschiedlichen Lebensphasen zeigen sich veränderte oder neue Fragen rund um das sexuelle Erleben in Beziehung mit sich und anderen Menschen. Wichtige Lebensereignisse wie neue Partnerschaften, Schwangerschaften, Geburten, Alterungsprozesse oder Krankheiten wie Krebs und damit verbundene Therapien wie zum Beispiel eine Brustentfernung können neue Lern- und Entwicklungsschritte einfordern.

Das Verständnis von Sexualität als Lebenskraft in fortlaufender Entwicklung bietet eine umfassende Sichtweise und zeigt Parallelen zu holistischen Menschenbildern, die den Menschen als untrennbare Ganzheit beschreiben und neben den physischen auch die psychischen, sozialen und geistig-spirituellen Bereiche des Menschseins betonen.

2.2 Sexuelle Gesundheit als Lebensqualität

Die Sexualität ist Teilfaktor einer gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Sexuelle Gesundheit wird von der WHO (2017) wie folgt definiert: «Sexuelle Gesundheit ist (...) ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen (...) Sie setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus». Sexuelle Gesundheit kann somit auch als Fähigkeit verstanden werden, sexuelle Aktivität ohne negative Gefühle zu geniessen. In verschiedenen Erhebungen wird Sexualität als Qualität genannt, die zum Wohlbefinden beiträgt (Strittmatter, 2006). Sexuelle Gesundheit im Zusammenhang mit Lebensqualität beinhaltet verschiedene Aspekte. Essentielle Bestandteile sind das Gefühl, wahrgenommen und respektiert zu werden, und – in gewissem Ausmass – Kontrolle über das eigene Leben zu haben (Bullinger, 2014). Ebenso spielt für die Definition von Lebensqualität die Differenz zwischen Erwartungen und aktuellem Empfinden einer Person eine bedeutsame Rolle (Fuhrer, 1993). In der Praxis werden Lebensqualität und die damit verbundene sexuelle Gesundheit nicht primär medizinisch definiert, sondern aus der Sichtweise des Individuums in Bezug auf dessen Lebenssituation, Hoffnungen und Vorstellungen (Bischof, 2005).

3 Weibliche Sexualität vor der Krebserkrankung

Unter Sexualität wird im weitesten Sinne alles verstanden, was mit Geschlechtlichkeit und den damit verbundenen Vorstellungen, Verhaltensweisen, Interaktionen, Emotionen, körperlichen und psychischen Reaktionen zusammenhängt (Ratgeber der Krebsliga, 2008). Die Sexualität einer Frau und das sexuelle Erleben von Frauen werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst, die in wechselseitiger Wirkung stehen und in Kultur und Umwelt eingebettet sind (Sigusch, 2013). Nach Desjardins (1989) wird ein Grossteil dieser Faktoren erlernt, was bedeutet, dass Menschen sich sexuelle Fähigkeiten im Lauf des Lebens mehr oder weniger aneignen. Diese erlernten Fähigkeiten nehmen direkten Einfluss auf die Sexualität und das Genusserleben und können ein Leben lang entwickelt werden (**Abbildung 1** und **Tabelle 1**). Weiter sind an der Sexualität verschiedene Organe und Organsysteme sowie biologische und physiologische Prozesse beteiligt, welche die Sexualität indirekt beeinflussen. Zu den indirekten Einflüssen zählt unter anderem auch eine Krankheit (vgl. Kapitel 4).

Welchen Zugang eine Frau zu ihrer Sexualität hat und wie sie Sexualität erlebt, ist von ihrer individuellen sexuellen Biografie abhängig: den gemachten körperlichen Lernschritten innerhalb der Sexualität (allein und in Beziehungen), ihren Erfahrungen und Erkenntnissen auf emotionaler und kognitiver Ebene und der Bedeutung, die sie der Sexualität im aktuellen Lebensabschnitt beimisst (Desjardins, 1989). Unter dem Gesichtspunkt von Sexualität als einem persönlichen Entwicklungsprozess bleibt Sexualität immer individuell.

Nachfolgend werden speziell diejenigen Aspekte weiblicher Sexualität hervorgehoben und definiert, die im Kontext der behandelten Thematik relevant sind. So werden direkte Einflussfaktoren auf die weibliche Sexualität näher ausgeführt, die nach dem Modell sexueller Gesundheit nach Sexocorporel (vgl. Kapitel 7) als erlernte Fähigkeiten gesehen werden können und genussvolle Wahrnehmung beeinflussen: Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit im Zusammenhang mit Körperbild und sexueller Selbstsicherheit, Normen und Werte in Bezug auf Attraktivität und Schönheitsideale, Bedeutung der Brust in unserer Kultur, Bedeutung der Wahrnehmung von Sinnesempfindungen in Bezug auf lustvolle Sexualität und die Beziehungskompetenz.



Abbildung 1: Aspekte lustvoller weiblicher Sexualität vor der Erkrankung nach dem Modell Sexocorporel (Beschreibung der Einflussfaktoren siehe Tabelle 1).

Direkter Einflussfaktor	Beschreibung
Kognition	Wissen, Normen, Werte, Schönheitsideale
Körperwahrnehmung	Zugang zum eigenen Körper und Geschlecht, Vielfalt von Sinnesempfindungen, Erregungsmodus
Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Körperbild/sexuelle Selbstsicherheit - Geschlechtsstereotyp - Mütterlichkeit, Fertilität
Sexuelle Beziehung und Partnerschaft	Bindungsgefühl, Verführungsqualität, erotisch-sinnliche Kommunikation

Tabelle 1: Direkte Einflussfaktoren auf die weibliche Sexualität

3.1 Weibliche sexuelle Identität und Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit

Als sexuelle Identität wird der Zustand bezeichnet, bezüglich Sexualität bzw. Geschlecht eine bestimmte Person zu sein (NANDA International, 2016). Die sexuelle Identität kann als elementares Selbstverständnis, als körperliches und persönliches Selbstkonzept gesehen werden (Fawcett, 1996). Das Modell Sexocorporel verfügt über eine zusätzliche Definition: Das Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen Geschlecht (GdG). Damit sind lebenslange Lernprozesse bezüglich Körperwahrnehmung gemeint, im Speziellen zum äusserlichen, wahrgenommenen weiblichen oder männlichen Geschlecht. Stellt man sich die Geschlechtsidentität in symbolhafter Darstellung als Haus vor, so kann das GdG als das Bewohnen dieses Haus gesehen werden. Das GdG definiert sich über die Selbstwahrnehmung von Frauen bezüglich ihrer Weiblichkeit, Attraktivität und ihrem Wohlfühl. Dabei wird das GdG von folgenden drei Pfeilern gestützt:

- Sexuelle Selbstsicherheit: die Fähigkeit, den eigenen Körper, das eigene Geschlecht und die sexuelle Erregung positiv zu besetzen
- Geschlechtsstereotyp: die Fähigkeit, sich innerhalb gesellschaftlich vorgegebener Stereotypen zu bewegen (Kleidung, Frisur, Gestik, Mimik, verbale Ausdrucksweise etc.)
- Sexueller Archetyp: Für Frauen bedeutet dies in diesem Kontext vor allem Fertilität und Mutterschaft (Académie du Sexocorporel, 2010b)

Im Sinne von sexueller Gesundheit kann das GdG auch als Verankerung in der Weiblichkeit betrachtet werden. Es zeigt sich in einem Gefühl der Kongruenz oder auch Inkongruenz in Bezug auf äussere (z.B. Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen) sowie innere Faktoren (Stimmigkeit mit sich selbst als Frau). Die Art und Weise, wie eine Frau sich in ihrem Körper und bezüglich der drei Pfeiler der Geschlechtszugehörigkeit erlebt, beeinflusst entscheidend ihr sexuelles Erleben (Bischof-Campbell, 2012). Bereits in der Kindheit werden die entsprechenden Grundsteine gelegt, gestützt auf der Wahrnehmung des eigenen Körpers und Geschlechts und die Reaktionen des Umfelds (Krüger-Kirn, 2015).

3.1.1 Körperbild und sexuelle Selbstsicherheit

Viele Wissenschaftler haben sich im Lauf der letzten Jahrzehnte mit dem Begriff des Körperbilds auseinandergesetzt (Joraschky, Loew, & Röhrich, 2008). In der deutschen Sprache werden verschiedene Begriffe wie Körperschema, Körperbewusstsein, Körperbild, Körperbildgefühl, Körper-Ich, Körperselbst oder Körperselbstwert als Synonyme benutzt, was die Komplexität aufzeigt und deutlich macht, in welchem engem Zusammenhang Körper, Identität

und Erleben miteinander stehen. Auch Price (1999) weist in seinem Konzept auf die enge Verknüpfung von Körperbild mit Selbstkonzept und Selbstwert hin. Gemäss Price ist das Körperbild regelmässigen Anpassungsprozessen ausgesetzt – sowohl bei Gesundheit als auch bei Krankheit – und somit ein dynamisches Konstrukt.

In der neuzeitlichen Definition beinhaltet der Terminus «Körperbild» verschiedene Teilaspekte des Körpererlebens: ein Zusammenspiel von Wissen, Wahrnehmung, inneren Vorstellungen und Gefühlen, die im Zusammenhang mit dem eigenen Körper stehen (Marquard, Dürdodt, Kolbe, & Plocher, 2004). Weiter werden körperbezogene sinnliche Wahrnehmung und Körperverhalten differenziert (Joraschky et al., 2008). Soziokulturelle und intraindividuelle Funktionen (unter anderem Selbstwert, Geschlechtsrollen-Identität) haben ebenso Einfluss auf das Körpererleben.

Im sexuellen Kontext definieren Cash, Maikkula, & Yamamiya (2004) das Körperbild als die Verinnerlichung der Wahrnehmungen und Haltungen über den eigenen Körper, insbesondere die körperliche Erscheinung. Doyle Zeanah & Schwarz (1996) bezeichnen das Körperbild als die Selbstwahrnehmung als sexuelles Wesen, die auch die Bewertung der sexuellen Identität und Qualität enthält. Das Körperbild beinhaltet bei Frauen die Einschätzung ihrer Weiblichkeit und sexuellen Anziehungskraft und bildet damit einen elementaren Bestandteil der sexuellen Identität (Sims & Meana, 2010). Das Körperbild besteht aus einer Wahrnehmungskomponente (subjektiv erlebtes «Ist») und einer Bewertungskomponente (persönlich ideales «Soll») und bildet so das individuelle Gefühl der eigenen Attraktivität (Diegelmann, Ditz, & Isermann, 2006). Stehen die Komponenten im Widerspruch zueinander, trägt dies zu Verunsicherung bei und kann zu Körperbildproblemen führen, die vor allem dann auftreten, wenn es eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen und dem erwünschten Aussehen gibt (Künzler, Mamié, & Schürer, 2012). Diese Diskrepanz ist eng an den sozialen Kontext gebunden und wird durch gesellschaftliche Idealvorstellungen geprägt.

Das Körperbild ist verwandt mit verschiedenen Konstrukten, die im Zusammenhang mit sexuellem Genuss-Erleben von Frauen belegt sind: Sexuelle Selbstsicherheit oder auch sexueller Selbstwert im Zusammenhang mit sexuellen Handlungen (Cash et al., 2004; Woertman & Brink, 2012) und genitales Selbstbild (Berman & Windecker, 2008; Herbenick & Reece, 2010; Morrison, Bearden, Ellis, & Harriman, 2005; Schick, Calabrese, Rima, & Zucker, 2010). Gemäss dem Modell sexueller Gesundheit nach Sexocorporel wird sexuelle Selbstsicherheit als den Stolz auf die eigene Weiblichkeit und die Zufriedenheit mit sich selber trotz Wunschbildern definiert und kann global auch als Selbstwertgefühl verstanden werden. Das Wohlfühlen als Frau schliesst einen auf sich selbst bezogenen und einen auf andere

bezogenen Aspekt mit ein: einerseits sich als Frau freudvoll zu betrachten und schön zu finden, andererseits sich selbstbewusst in der eigenen Weiblichkeit zu zeigen. Darin eingeschlossen ist der Stolz auf das eigene Genital (genitales Selbstbild) und der eigenen Erregung (Académie du Sexocorporel, 2010c). Das Körperbild bzw. die sexuelle Selbstsicherheit im Zusammenhang mit der eigenen Weiblichkeit ist ein zentraler Anker für das sexuelle Erleben; im positiven Fall trägt das Körperbild zu einem stimmigen Erleben als Frau und einem Gefühl des «Bei-sich-zu-Hause-seins» bei.

3.1.2 Attraktivität, Anspruch und Wirklichkeit

Der Zeitgeist stellt hohe Ansprüche an das Aussehen einer Frau. So sind heutige Frauen mit verschiedenen Schönheitsidealen gleichzeitig konfrontiert: sinnliche Weiblichkeit mit Betonung von Brüsten und Taille, Schlankheit, Sportlichkeit, Androgynität. Zudem wird durch die gesellschaftliche Möglichkeit von neuen partnerschaftlichen Formen (Scheidung, Partnerwechsel, Patchworkfamilie, etc.) das Aussehen für die Partnerwahl immer wichtiger (Pika & Stirn, 2016). Schönheitsideale können Frauen unter Druck setzen, weil die wenigsten Frauen diesen Idealen genügen können.

Die «Objectification theory» besagt, dass Frauen in ihrem Sozialisierungsprozess lernen, sich selbst als Objekt wahrzunehmen (Fredrickson & Roberts, 1997). In vielen Medien werden Frauen idealtypisch dargestellt, was dazu führt, dass Frauen in Bezug auf sich selbst eine Aussenperspektive übernehmen: Welche Wirkung habe ich als Frau? Was an mir ist attraktiv, schön, sexy? (Moradi & Huang, 2008). Zur Folge hat dies eine ständige kritische Selbstbeobachtung: Es wird geprüft, ob das eigene Auftreten dem internalisierten Idealselbst entspricht. Falls nicht, schämen sich Frauen oft für ihren Körper (Moradi & Huang, 2008). Als Folge der Selbstobjektivierung und -beobachtung lenken viele Frauen während sexueller Handlungen die Aufmerksamkeit auf ihr Äusseres, sodass sie sich weniger auf ihr sexuelles Erleben konzentrieren. Sanchez & Kiefer (2007) beschreiben einen direkten Zusammenhang zwischen Selbstaufmerksamkeit in Bezug auf Körperscham und sexueller Erregbarkeit. So können Vorstellungen, Denkweisen und Ideologien in Zusammenhang mit dem individuell wahrgenommenen Körperbild als Schub- oder Hemmfaktor für genussvolles sexuelles Erleben wirken (Bischof, 2012b). Schönheitsideale und ein negatives Bild vom eigenen Körper und Geschlecht können eine gute Beziehung zum Körper verhindern und Situationen, in denen der Körper exponiert ist, zur Qual werden lassen (Pika & Stirn, 2016).

3.1.3 Bedeutung der Brust

Die Brust unterstreicht die Weiblichkeit einer Frau. Seit Urzeit gilt die Brust als Ausdruck der Mütterlichkeit, ist aber auch Inbegriff von Weiblichkeit, sexueller Attraktivität und Verführung. Mit der Brust sind fruchtbare, mütterliche, schützende, tröstende, soziale und insbesondere ästhetische Funktionen verbunden. So ist sie sowohl Objekt, Symbol und Identitätskriterium für Weiblichkeit (Dorf Müller, 1997).

Aus anatomischer und gesellschaftlicher Sicht sind die beiden Brüste Voraussetzung für einen «vollwertigen» weiblichen Körper. In westlichen Industrieländern machen dies Werbung, Mode-, Fernseh- und Filmindustrie täglich deutlich. Dabei gelten grosse Brüste in Kulturen mit hohem sozioökonomischen Status als Schönheitsideal nebst Schlankheit, Sportlichkeit und Androgynität (Crossley, Cornelissen, & Tovée, 2012). Aufgrund dieses Schönheitsideals, dem nur wenige Frauen entsprechen, erstaunt es kaum, dass über 70% der gesunden Frauen Unzufriedenheit mit ihren Brüsten äussern (Frederick, Peplau, & Lever, 2008). In den Augen von Frauen ist die perfekte Brust grösser, als dies Männer angeben, und befragte Partner zeigen sich deutlich zufriedener mit der Oberweite ihrer Partnerin als die Partnerin selbst (Crossley et al., 2012). Beim Schönheitsideal steht die optische Wahrnehmungsebene bzw. die Anpassung an einen gesellschaftlich vorgegebenen Geschlechtsstereotyp im Vordergrund, das leibliche Spüren im Hintergrund.

Die weiblichen Brüste entwickeln sich während der Thelarche als sichtbares Organ. Dadurch wird das Mädchen mit einer Veränderung des Körperbilds konfrontiert. Die Wahrnehmung, dass sich Brüste entwickeln, führt dazu, dass diese bewusst oder unbewusst ins eigene Selbstverständnis oder Körperbild als Frau integriert werden. Die Erfahrung, zuerst eine flache Brust zu haben und dann Brüste zu bekommen, ist prägend. Diese Erfahrung gehört zum Erwachsen- und Frau-Werden und lässt sich auch als körpereigenes Initiationsritual betrachten. Mit dieser langsamen und kontinuierlichen Körperveränderung beginnt eine Grunderfahrung der Weiblichkeit: mit Brüsten leben (Gahlings, 2017).

Brüste vermitteln unter anderem bei der Körperpflege, in der Sexualität, beim Stillen und bei der Früherkennung von Brustkrebs durch Abtasten vielfältige Empfindungen und werden als Aspekt weiblicher Identität erlebt. Gödtel (1993) geht davon aus, dass kein anderer Körperteil so bedeutsam für das Selbstwertgefühl einer Frau ist wie die Brust. Sie ist tief im Selbstkonzept und in der Gesamtkörperlichkeit verankert.

Die Integration der körperlichen Veränderungen der Brüste (Wachstum, Stillen, Altern, evtl. Krankheit) in das Körperbild beschäftigt Mädchen und Frauen während des ganzen Lebens (Marquard, 2008). Umso zentraler scheint es, die Brust als zentrales

Weiblichkeitsmerkmal durch bewusste Alltagsberührungen und einen achtsamen Umgang wertzuschätzen und dadurch mit den Veränderungen mitzuwachsen.

3.2 Körper und Körperwahrnehmung

Der Körper und die Sinneswahrnehmungen sind Tore zur Aussenwelt, aber auch zur eigenen Identität. Mit dem und durch den Körper treten wir in Kontakt mit einem Gegenüber, der Umwelt und mit uns selbst. Dank dem Körper sind sinnliche Erfahrungen möglich, Erlebnisse eines Ichs, das den Körper «bewohnt», ihn spürt und wahrnimmt, dem vertraut werden kann. Der Körper tritt als Quelle von Subjektivität hervor und interagiert eng mit dem Selbstkonzept und der eigenen Identität bzw. dem Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen Geschlecht (Price, 1999). Das macht das Aneignen des Körpers zu einem wichtigen Aspekt psychologischen Seins.

In diesem Zusammenhang spricht Schilder (2013) von einem Leib. Leiblichkeit wird mit Erlebbarkeit, Empfindungen und Erfahrungen in Verbindung gebracht. Im Unterschied zum sicht- und tastbaren Körper präsentiert sich der Leib im eigenleiblichen Spüren als ein «Gewoge verschwommener Leibesinseln in grösserer und kleinerer Zahl, dünnerer oder dichterem Verteilung» (Schmitz, 2007). Für den weiblichen Leib in der Sexualität sind Empfindungen und Regungen an den Brüsten, an der genitalen Zone im Aussen wie im Leibesinnern von Bedeutung. Die Lebendigkeit des Körpers und das Genusserleben drücken sich in Form von vielfältigem Spüren und Wahrnehmen aus. Das Spüren oder auch «Bewohnen» des weiblichen Leibs ist eine wichtige (sexuelle) Entwicklung, die ihren Ursprung bereits im Kindheitsalter hat (Fend, 2003). Die positive Besetzung des Körpers durch sinnliche Erfahrungen ist zentral, denn sie ist eine Voraussetzung für ein stabiles Körperbild sowie die Fähigkeit, über den Körper selbstbestimmt verfügen zu können (Krüger-Kirn, Liebsch, & Mertens, 2016).

Auf die Selbstwahrnehmung wirken sowohl Wertungen, Ideologien, Erwartungen und Reaktionen des Umfelds als auch der direkte Kontakt mit sich durch Berührung, Empfindungen und Emotionen (Fogel, 2013). Dabei ist die Selbst-Berührung für die Wahrnehmung gerade auch in der Sexualität von Bedeutung, um das sinnliche Potential, den Genuss entfalten zu können (Bischof, 2016). Durch wiederholte Berührung wird der eigene Körper in seinen Strukturen und seiner Fleischlichkeit vertraut gemacht und wahrgenommen. Über Berührung wird er wortwörtlich begriffen und erfahren. In der sensorischen Hirnrinde entsteht eine innere Wahrnehmungskarte des Körpers und Geschlechts, was die Empfindsamkeit und somit das (Selbst-)Bewusstsein für den eigenen Leib fördert (Tschacher & Storch, 2010).

Berührungen werden unterschiedlich wahrgenommen. Muskelspannung, Atmung und Bewegungsrhythmus, als Gesetzmässigkeiten des Körpers, beeinflussen das Erleben entscheidend, insbesondere auch in der Sexualität (Bischof-Campbell, 2012). Genussvolle Wahrnehmung und Körpererleben bzw. Leibeserfahrungen können durch die Variation von Muskelspannung, Bauchatmung und der Geschwindigkeit in der Bewegung unterstützt und gefördert werden (**Tabelle 2**). Dabei werden die Durchblutung, die Nervenreizleitung und das vegetative Nervensystem beeinflusst, mit Folgen für den genussvollen Input (Bischof, 2016). Eigen-Berührungen der Leibesinseln unterstützen damit den sexuellen Genuss sowie das lustvolle Bewohnen des weiblichen Körpers.

<p>Muskelspannung und Wahrnehmung</p> <p>Muskeln können sich bewusst über lange und kurze Zeiträume mehr oder weniger anspannen.</p> <p>Das Muskelspiel fördert die Durchblutung und damit die Wahrnehmung bzw. den Genuss.</p>
<p>Raum (Atmung/Bewegung) und Wahrnehmung</p> <p>Der Körper kann mehr oder weniger Raum in Bewegung und Atmung einnehmen.</p> <p>Wahrnehmung wird durch Bewegung und die Bauchatmung unterstützt.</p>
<p>Geschwindigkeit und Wahrnehmung</p> <p>Bewegungen lassen sich schnell oder langsam ausführen.</p> <p>Durch Langsamkeit wird die Wahrnehmung unterstützt.</p>

Tabelle 2: Einfluss von Muskelspannung, Atmung und Bewegungsgeschwindigkeit auf die Wahrnehmung (Quelle: adaptiert nach (Henning, 2014, S. 56))

Eine hohe Muskelspannung in unterschiedlichen Körperregionen verändert die Reizübermittlung und verringert die Wahrnehmung, so dass lustbringende Berührungen des Körpers entsprechend weniger empfunden werden. Sauerstoffmangel, ausgelöst durch die andauernde Muskelspannung und die flache Atmung, regt das sympathische Nervensystem übermässig an, was sich negativ auf die Wahrnehmung und den Genuss sowie die sexuelle Erregung auswirkt (Ulrich-Lai et al., 2010).

3.2.1 Zugang zum eigenen äusseren und inneren Geschlecht (Genitale)

Kein anderer Körperteil der Frau liegt derart verborgen, verdeckt und oft unbeachtet im geschützten Schritt wie das äussere weibliche Genitale (Vulva). Der Zugang zu diesem Körperteil ist keine Selbstverständlichkeit, weder anatomisch noch gesellschaftlich noch in der Erziehung. Von Kindheit an erhalten Frauen ungenaue und zwiespältige Botschaften über ihre

Geschlechtsorgane. Auch in der Sprache werden Klitoris, innere/äussere Lustlippen, Scheideneingang, Ausgang der Harnröhre und Vagina oft selten differenziert benannt. Mädchen und Frauen erhalten oft kaum Unterstützung, diese für die Sexualität zentralen Körperteile bewusst in ihr Körperbild zu integrieren, diese durch Selbstberührung zu begreifen oder sich über visuellen Kontakt ein Bild zu machen und sich dadurch das eigene Genitale anzueignen (Krüger-Kirn et al., 2016). Dies kann erklären, warum viele Frauen ihr eigenes äusseres und inneres Geschlecht wenig kennen und ihre nachweisbaren körperlichen Empfindungen als unbefriedigend erleben, weil sie nicht mit ihren Vorstellungen und Erwartungen übereinstimmen (Beck, 2005). Diese Unkenntnis kann auch erklären, warum Frauen im Vergleich zu Männern signifikant seltener Selbstbefriedigung praktizieren und dabei auch häufiger Furcht und Schuldgefühle empfinden (Petersen & Hyde, 2010). Das eigene Genitale wird von Frauen häufig negativ beurteilt (Schick et al., 2010), was wiederum dem sexuellen Genuss und der sexuellen Befriedigung abträglich ist (Bischof-Campbell, 2012). Die klinische Praxis zeigt, dass viele Frauen das Hoheitsgebiet über ihr Genitale an den Partner/die Partnerin in einer passiven Art abtreten und oft erst lernen müssen, ihr primäres Geschlechtsorgan wahrzunehmen (Beck, 2016).

Sexuelle Erfahrungen mit dem eigenen Körper gelten jedoch als ein wichtiger Bestandteil der psychosexuellen Entwicklung. Sie sind eine Komponente sexueller Gesundheit und korrelieren mit einem positiven Körperselbstbild (Robinson et al., 2002). Sexuelles Lernen hat in unserer Kultur aber keinen grossen Stellenwert. Mädchen und weibliche Jugendliche haben nur selten Gelegenheit, Erlaubnis oder gar Ermunterung, mit ihren Genitalien zu spielen und dabei Synapsen-Verbindungen in der somatosensorischen Hirnrinde entstehen zu lassen. Erst hygienische Gründe oder Schmerzen, z.B. bei der Menstruation, lenken das Bewusstsein auf den Unterleib, oft begleitet von neutralen oder negativen Emotionen (Schifftan, 2016). Logische Konsequenz ist, dass viele Frauen ein unscharfes, diffuses Bild ihrer Vulva und auch Vagina haben; die verschiedenen äusseren und inneren erogenen Zonen, die Öffnungen, das feuchte Milieu und die Übergänge ins Körperinnere werden kaum gespürt oder bewusst wahrgenommen (Bischof, 2010). Dies geht soweit, dass sexuelle genitale Erregung auch von gesunden Frauen nicht unbedingt wahrgenommen wird (Meston & Buss, 2007) und die physische Resonanz nicht eingeschätzt werden kann (Korff & Geer, 1983).

3.2.2 Funktionale Sexualität

Genitale Erregung fühlt sich gut an, ist jedoch keine Selbstverständlichkeit. Sexuelle Erregung beruht auf einem angeborenen Erregungsreflex, der durch zahlreiche Quellen

auslösbar ist. Er steigert die genitale Durchblutung, die Atmung, die Muskelspannung und verursacht verschiedene neurovegetative Veränderungen (Schifftan, 2016). Nebst der Wahrnehmung der Erregung spielt auch die Erregungssteigerung eine zentrale Rolle in der Sexualität. So haben Bewegungsmuster (Erregungsmodi) im Zusammenspiel mit Muskelspannung, Atmung und Geschwindigkeit Einfluss auf die Wahrnehmung und das emotionale Erleben und beeinflussen die Gedanken (Chatton et al., 2005). Die meisten sexuellen Defizite stehen in direktem Zusammenhang mit den erlernten Bewegungsmustern bzw. dem Erregungsmodus (Bischof, 2008). Woertmann & Brink (2012) beschreiben einen direkten Zusammenhang zwischen genitaler Selbstwahrnehmung und sexueller Funktion. So führt beispielsweise eine Erregungssteigerung mit hoher Muskelspannung zu einer verminderten Genital-Durchblutung. Dies schränkt die Lubrikation und die Wahrnehmung der Sinnesempfindungen ein, kann zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr führen und Wechseljahrbeschwerden wie Scheidentrockenheit verstärken (Mosetter & Mosetter, 2010).

3.3 Sexuelle Beziehung und Partnerschaft

Toates (2014) zeigt in einer Studie, dass Frauen auf sexuelle Stimuli körperlich weniger stark reagieren als Männer. Er betont, dass weibliches Begehren in hohem Masse kontextsensibel sei. Weibliche Sexualität ist weniger auf spezifische Reize fokussiert, sondern reagiert eher auf soziale, körperliche und psychische Reize. Im Vergleich zum linearen Modell sexueller Erregung nach Master und Johnson, das mit seinen vier Reaktionszyklen eine klare Reihenfolge aufzeigt (Masters, Johnson, & Sigusch, 1985), entwirft Basson (2001) ein zirkuläres Modell sexueller Erregung, das die weibliche Sexualität widerspiegelt. Dabei lässt das Skript weiblicher Sexualität die Möglichkeit des Handlungsablaufs offener, der Einstieg in die Sexualität und der Ausstieg aus der sexuellen Handlung sind unvorhersehbarer und kontextabhängig. Weibliche Sexualität ist ausgangsoffener und folgt weniger einem im Voraus festgelegten Ablauf. Das heisst, dass weder der Geschlechtsverkehr noch der Orgasmus explizite Ziele für weibliche Sexualität sein müssen (Sand, Rosen, Meston, & Brotto, 2009). Eher besteht ein Bedürfnis nach nicht-koitaler Intimität (Balmer, 2008). Wenn eine Frau sexuell aktiv wird, muss dies nicht mit körperlicher Erregung korrelieren, und der Zugang zur Sexualität wird oft über affektive Aspekte geschaffen (Meston & Buss, 2007). So kann beispielsweise aus dem Wunsch nach emotionaler Nähe die Motivation entstehen, sexuell aktiv zu werden. Frauen werden in ihrer Sozialisation eher auf Bindung, Fürsorge und Intimität hin sozialisiert als auf Autonomie und Selbsterkundung (Basson, 2001) (Vgl. Kapitel 3.2.1.) Dies kann erklären,

warum bei vielen Frauen das Lustempfinden und die Bereitschaft, sexuell aktiv zu werden, unter anderem von einem starken Bindungswunsch ausgeht (Meston & Buss, 2007).

Ausser dem Bindungswunsch beeinflussen auch die Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper und dessen subjektive Bewertung den Grad der Lust. Die Beurteilung der eigenen sexuellen Attraktivität wirkt dabei als Schub- oder Hemmfaktor für intime Begegnungen. Je attraktiver sich eine Frau empfindet und je selbstsicherer sie ist, desto eher steigt ihre Bereitschaft, sich auf eine sexuelle Begegnung einzulassen und desto befriedigender beurteilt sie ihre gelebte Sexualität (Stirn, Stark, Tabbert, Wehrum-Osinsky, & Oddo, 2013). Bei einem sexuellen Kontakt spielt das Gefühl, vom Partner bzw. der Partnerin begehrt zu werden, eine weitere Rolle für den Selbstwert, und es unterstützt das Gefühl der eigenen Attraktivität (Chatton et al., 2005). Frauen wollen sich im Kontakt mit einem Gegenüber immer wieder neu wahrgenommen fühlen (Sims & Meana, 2010). Viele Frauen wünschen sich in der Sexualität weniger den funktionalen Vollzug bis zum Orgasmus und häufigen Geschlechtsverkehr, sondern vielmehr das Gefühl, in einem intimen Setting begehrt und umworben zu werden (Clayton et al., 2009).

3.4 Faktoren lustvoller weiblicher Sexualität

Viele Frauen, unabhängig von Alter und Gesundheitszustand, wünschen sich, Sexualität zu geniessen und in einer Liebesbeziehung zu leben. Es besteht der Wunsch, Genitalität mit dem Erleben von Emotionalität und Intimität zu verbinden. Die sexuelle Zufriedenheit von Frauen spiegelt sich weniger in der Quantität als vielmehr in der Qualität des Erlebens, das durch direkte Einflussfaktoren beeinflusst werden kann. Für das lustvolle Erleben von Sexualität spielen die in Abbildung 1 beschriebenen erlernten sexuellen Fähigkeiten eine weit bedeutendere Rolle als organische Faktoren. Dabei sind Körper und Psyche eng miteinander verknüpft und stehen in Wechselwirkung zueinander (Tschacher & Storch, 2010). Für lustvolle Sexualität heisst dies: Je mehr lustvolle Sinnesreize, Emotionen und Gedanken, desto grösser das Lusterleben.

3.4.1 Körperbild und sexuelle Selbstsicherheit

Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen einer positiven Haltung dem eigenen Körper gegenüber und einer befriedigenden Sexualität. Die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper ist mehr von subjektiven als von objektiven Faktoren abhängig, was die Bedeutung der individuellen Selbstwahrnehmung und Bewertung des Körpers unterstreicht (Pujols, Meston, & Seal, 2010). Verschiedene Studien konnten die Relevanz eines stabilen

Körperbilds und sexueller Selbstsicherheit für die Sexualität belegen. Frauen mit einer hohen körperlichen Zufriedenheit zeigen mehr Offenheit und Eigenaktivität im Sexualleben. Sie haben häufiger Geschlechtsverkehr, spüren mehr sexuelles Verlangen und haben eine bessere Erregbarkeit, eine grössere Orgasmusfähigkeit und mehr Befriedigung (Satinsky, Reece, Dennis, Sanders, & Bardzell, 2012; Woertman & Brink, 2012). Zudem nutzen sie aktiver die Selbstbefriedigung, was sich positiv auf das eigene Körperbild bzw. die sexuelle Selbstsicherheit auswirkt (Wiederman & Pryor, 1997). Ein positives Körperbild ermöglicht es Frauen, sich im Körper verankert zu fühlen, und trägt im körperlichen Selbsterleben zu einem Gefühl der Selbstwirksamkeit bei (Krüger-Kirn, 2015).

3.4.2 Wahrnehmung von Sinnesempfindungen

Frauen erleben sich in ihrem Selbstkonzept auch über den Kontakt mit den eigenen Geschlechtsorganen (daher auch der Begriff Geschlechts-Identität). Die Aneignung des Genitales, aber auch des ganzen Körpers, auf visueller und taktiler Ebene fördert die Wahrnehmung und den Zugang zur eigenen Geschlechtlichkeit. Dies unterstützt das Genusserleben in der Sexualität (Bischof, 2010). Frauen lernen in genitalen Lern- und Entwicklungsschritten, Sinnesempfindungen im Bereich von Lustlippen, Klitoris, Scheidenöffnung, Vagina und Harnröhrenöffnung wahrzunehmen – sowohl im Bereich der einzelnen Organe als auch im Organverbund. Dadurch werden sowohl der äusserliche Erlebnisraum als auch derjenige im Leibesinnern erweitert. Eigenberührung im Bereich des Genitales fördert zudem die Lubrikation und Geschmeidigkeit der Scheidenschleimhäute auf funktionaler Ebene (Bischof, 2010).

Variationen von Bewegung, Muskelspannung und Atmung im Erregungsmodus verstärken den Blutfluss, was eine grössere Modulation sexueller Erregung zulässt. Dies unterstützt das Genusserleben, ermöglicht intensive Emotionen und gibt dem sexuellen Erleben eine positive Bedeutung (Krüger-Kirn, 2015). Weiter unterstützen spezifische Einstellungen, wie zum Beispiel: «Ich bin eine lustvolle Frau» und positive Gefühle gegenüber den eigenen Geschlechtsorganen lustvolle Sexualität (Claudat, Warren, & Durette, 2012).

3.4.3 Sexuelle Beziehung und Partnerschaft

In einer aktuellen Studie von Frisch, Aguilar-Raab, Eckstein, & Ditzen (2017) wird der psychosoziale Einfluss von Paarbeziehungen auf die sexuelle Gesundheit aufgezeigt. Es wird deutlich, dass eine hohe Paarqualität einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität beider Individuen hat. Körperliche Paarinteraktionen wie Zärtlichkeit, Nähe und Sexualität unterstützen die Gesundheit und wirken stressreduzierend. Entspanntes körperliches und

emotionales Sein wiederum fördert den Appetit auf Sexualität (Clement, 2016a). Abwesenheit von Stress, ein Klima der Zuneigung und explizit erotische Stimuli sind laut Nagoski (2015) günstige Voraussetzungen für lustvolle Sexualität.

Die Bedeutung einer intakten und stabilen Paarbeziehung für lustvolle Sexualität zeigt sich auch bei Meston & Buss (2007): Liebes- und bindungsmotivierte Sexualität korreliert positiv mit sexueller Befriedigung. So beschreiben Frauen die emotionale Nähe zum Partner und dessen sexuelle Befriedigung als zentral auch für die eigene sexuelle Zufriedenheit (Bancroft & Graham, 2011).

Neben der Bindungs- und Liebesfähigkeit sind im Kontakt mit dem Gegenüber auch Fähigkeiten der erotischen Körper-Kommunikation und Verführung von zentraler Bedeutung, um Sexualität lebendig und aktiv zu gestalten und als selbstbestimmt zu erleben (ISP Uster, 2012). Hierfür braucht es die Selbstaufmerksamkeit und Eigenwahrnehmung, denn eigene körperliche und emotionale Ressourcen bilden die Basis für genussvolles sexuelles Erleben zu zweit und die Verbindung von Emotionalität und Genitalität (ISP Uster, 2017).

Lustvolle weibliche Sexualität geht einher mit einer inneren und äusseren Stimmigkeit bzw. einem Gefühl der Kongruenz, also des Aufgehobenseins im eigenen körperlichen und psychischen Frausein. Die Sexualität ist durch das Aneignen von sexuellen Fähigkeiten lernbar und basiert auf Selbstachtsamkeit, Selbstbejahung, selbstbestimmtem Handeln, Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein (Petzold, 2014). Der positive Zugang zum Körper und zum Geschlecht über die Wahrnehmung von Sinnesempfindungen ist eine Schlüsselkomponente für genussvolle weibliche Sexualität. Weiter sind sexuelle Zufriedenheit und Genusserleben von Frauen stark mit emotionaler und körperlicher Nähe zum Partner/zur Partnerin und der Befriedigung von Kommunikationswünschen verbunden (Buddenberg, 2005).

Lustvolles sexuelles Erleben heisst deshalb auch, dass Frauen sich ihres expliziten Körpers (bewegbarer Körper und Sinnesempfindungen) und des impliziten Körpers (Wahrnehmung, Emotionen, Gedanken und Fantasien) bewusst sind und wahrnehmen. Mit diesem Bewusstsein sind fortlaufende Entwicklungsschritte möglich.

4 Brustkrebserkrankung und Brustentfernung

An Brustkrebs (Mammakarzinom) erkranken in der Schweiz jährlich 5900 Frauen (Krebsliga Schweiz, 2016). Eine der möglichen therapeutischen Interventionen ist eine Brustentfernung (Mastektomie). Ca 30% der Brustkrebspatientinnen sind von einem solchen Eingriff betroffen (München & Bauerfeind, 2015). Durch die Früherkennung und die Behandlungsfortschritte ist die Überlebenschance für Brustkrebspatientinnen in den letzten Jahren deutlich gestiegen (Mamié, 2017b). Damit rücken psychosoziale Konsequenzen der Erkrankung und der Therapien mehr in den Vordergrund. Eine Brustkrebserkrankung kann weitreichende Auswirkungen auf die Sexualität sowie das damit zusammenhängende körperliche und psychische Wohlbefinden der Patientinnen haben (Kornblith & Ligibel, 2003; Zettl, 2006). Sexuelle Probleme als Folge einer Krebserkrankung können die Lebensqualität vermindern (NCCN, 2014). Dennoch sind gezielte Unterstützungsangebote, wie zum Beispiel eine ganzheitliche Sexualberatung, noch wenig ins Bewusstsein der medizinischen Teams und der Patientinnen integriert.

4.1 Früherkennung von Brustkrebs

Je früher Brustkrebs erkannt wird, umso grösser sind die Chancen für eine erfolgreiche Behandlung. Das Ziel ist dabei, Brustkrebs in einem frühen Stadium zu entdecken, wenn er noch keine Symptome verursacht. Zusätzlich zu regelmässigen Untersuchungen in der gynäkologischen Praxis oder Teilnahme an Mammographie-Früherkennungs-Programmen wird auch die monatliche Selbstabtastung der Brüste empfohlen (Krebsliga Schweiz, 2017). Dabei wird jedoch davon ausgegangen, dass die Selbstuntersuchung der Brust nicht zu einem Überlebensvorteil führt (Stein, 2008). Durch die Selbstabtastung können Frauen aber ihrem Bedürfnis nach aktiver Gesundheitspflege Rechnung tragen und Veränderungen der Brust frühzeitig bemerken (Marquard, 2016). Die Haltung der Frau gegenüber Gesundheit und Krankheit spielt bei der Selbstuntersuchung der Brust eine wichtige Rolle. Wird Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit betrachtet, kann die Selbstuntersuchung als «Ausschau nach Problemen» empfunden werden. So gibt es eine Vielzahl von Frauen, die aus Angst vor Brustkrebs den Kontakt mit ihren Brüsten scheuen (Gasalberti, 2002). Frauen mit einem stabilen Körperbild und einer positiven Einstellung zu ihrer Brust führen häufiger Selbstuntersuchungen durch (Gödtel, 1993).

Durch die Sensibilisierung der Gesellschaft für das Thema Brustkrebs besteht jedoch Gefahr, Brust und Brustkrebs zunehmend synonym zu verwenden und damit den Fokus auf die Krankheit zu legen (Marquard, 2016). So steht dem möglichen Nutzen der

Selbstuntersuchung die Verunsicherung der Frauen gegenüber. Der sinnlich-leibliche Umgang mit der Brust kann in den Hintergrund geraten. Diesen sinnlichen Umgang gilt es unter dem Blickwinkel der Salutogenese und genussvoller weiblicher Sexualität stets miteinzubeziehen und zu unterstützen. Durch ein regelmässiges, sinnliches Berühren der Brüste, zum Beispiel beim Duschen und Eincremen, kann eine Annäherung an den Körper erfolgen und eine Vertrautheit mit der eigenen Brust entstehen. Die Entwicklung eines kontinuierlichen «Brustbewusstseins» in den verschiedenen Lebensphasen unterstützt ein Bewohnen des eigenen Körpers und fördert die frühe Wahrnehmung von Veränderungen.

4.2 Krankheit und Sexualität - ein doppeltes Tabu

In der heutigen Gesellschaft herrscht ein Bild von Sexualität vor, in dem Vitalität, Jugendlichkeit, Schönheit und physische Unversehrtheit sowie Kraft, Leidenschaft, Gesundheit, hohe genitale Erregung und grosse Affektstürme eine zentrale Rolle spielen. Der Fokus liegt damit auf einem Konzept von jugendlicher Sexualität.

Des Weiteren zeigt unsere Gesellschaft wenig Sensibilität für Lern- und Adaptationsprozesse innerhalb der Sexualität, obwohl in vielen anderen Lebensbereichen Veränderung und Flexibilität begrüsst werden. Im Idealbild von gelebter Sexualität hat Veränderung, insbesondere im Zusammenhang mit einer potenziell lebenslimitierenden Erkrankung, keinen Platz. Die Praxis zeigt, dass dieses Spannungsfeld gerade für jüngere Frauen mit gynäkologischen Tumoren eine grosse Herausforderung ist, über die sie aber kaum sprechen. Kaum ein anderes Thema wird gleichzeitig so öffentlich thematisiert und derart verschwiegen wie die Sexualität. Scham und Peinlichkeit erschweren einen Zugang, der persönliche Fragen erlaubt und eine offene Auseinandersetzung ermöglicht, die über die Funktionalität der Geschlechtsorgane hinausgeht. So ist sexuelles Erleben auch in der heutigen Zeit noch ein Tabuthema.

Durch eine Brustkrebserkrankung und die therapeutischen Interventionen werden die betroffenen Frauen mit Veränderungen, Belastungen und zusätzlichen Anforderungen auf verschiedenen Ebenen konfrontiert. Die Krankheit hat unmittelbare Folgen, auch auf die Sexualität. Über Veränderungen der Sexualität in Verbindung mit einer Krebserkrankung zu sprechen ist ein doppeltes Tabu, das häufig nicht gebrochen wird – weder von betroffenen Frauen und ihren Partnern/Partnerinnen, noch von Gesundheitsfachpersonen (Collier, 2016).

4.3 Therapie des Mammakarzinoms

Operationen, Strahlen- und Chemotherapie sind die drei wichtigsten Methoden der evidenzbasierten Krebstherapie. Sie können auch in Kombination eingesetzt werden. Die unterschiedlichen Krebstherapien können Konsequenzen für die Sexualität der Betroffenen haben (McKee & Schover, 2001).

Operation

Es gibt grundsätzlich zwei Operationsmethoden zur Behandlung des Mammakarzinoms: die brusterhaltende Tumorexstirpation (BET) und die Entfernung der Brust (Mastektomie oder Ablatio Mammae). Den wohl massivsten körperverändernden Eingriff im Rahmen einer Behandlung von Brustkrebs stellt die radikale Mastektomie dar. Obwohl in den letzten Jahrzehnten immer weniger Mastektomien durchgeführt wurden, sind immer noch ungefähr ein Drittel der Brustkrebs-Patientinnen mit einer Ablatio Mammae konfrontiert (Sarasin, 2015, Frei Bonel, 2008). Bei einer Amputation der Brust ist ein Wiederaufbau durch Eigengewebe oder Silikon möglich, entweder sofort im Anschluss an die Brustentfernung (im Rahmen der gleichen Operation) oder später (Eicher & Marquard, 2008). Die durch die Mastektomie verloren gegangene Brustwarze kann durch Tätowierung oder das Verpflanzen der halben Brustwarze von der gesunden Seite wieder dargestellt werden (Uschok, 2016).

Ob Brustprothese oder -rekonstruktion: Die meisten Frauen empfinden die rekonstruierte Brust zwar als Korrektur ihrer Silhouette, ein Gefühl der «Ich-Zugehörigkeit» bezüglich der Brust fehlt hingegen häufig (Sarasin, 2014). Dies ist nicht zuletzt auf den Sensibilitätsverlust der einst erogenen Zone zurückzuführen (Marquard, 2016). Eine Studie zeigt, dass Frauen nach einer Mastektomie signifikant mehr körperliche Probleme, Schmerzen und geringere körperliche Funktionswerte haben als Frauen nach brusterhaltendem Eingriff (Ganz et al., 2004).

Unbestritten hat eine Ablatio Mammae einen wesentlichen Einfluss auf das Körperbild und das damit verbundene Gefühl der sexuellen Attraktivität (Bergant, 2006; Lammer, 2007).

Strahlentherapie

Bei der Strahlentherapie kommt es vor allem zu sichtbaren Veränderungen der Hautoberfläche, zum Beispiel vermehrte Hautpigmentierung oder Rötungen, die innerhalb weniger Monate nach Abschluss der Therapie wieder verschwinden. Zudem kann es zu Verhärtungen oder Schrumpfung des Gewebes kommen, was Auswirkungen auf die Wahrnehmung von Berührungen haben kann (Zettl, 2006). Auftretende Müdigkeit als

Folgeerscheinung der Therapie vergeht innerhalb weniger Monate (Zeyen Käch & Biedermann, 2008).

Chemotherapie

Eine Chemotherapie führt in Abhängigkeit von Substanz und Dosierung häufig zu Zyklusstörungen, die aber bei Frauen unter 40 Jahren meistens reversibel sind. Im Vergleich zu anderen Therapien ist das Ausmass an sexueller Dysfunktion (verminderte Appetenz, mangelnde vaginale Lubrikation, Dyspareunie, sexuelle Befriedigung) bei einer Chemotherapie vorübergehend deutlich höher, was einen ausgeprägt negativen Einfluss auf das Attraktivitätsgefühl und das sexuelle Erleben der Frau hat (Jun et al., 2011). Entgegen der gängigen Vorstellung treten sexuelle Funktionsstörungen seltener durch die Operation, deutlich häufiger aber als Folge der medikamentösen Therapie (insbesondere Chemotherapie) auf (Sarasin, 2014).

Antihormontherapie

Die Antihormontherapie ist neben Operation, Chemotherapie und Bestrahlung die wichtigste Behandlung bei Brustkrebs. Sie zielt darauf ab, die Bildung oder Wirkung von Geschlechtshormonen (vor allem Östrogen) zu blockieren. Das Ziel ist, das Wachstum hormonempfindlicher Tumorzellen zu stoppen. 60-80% der Brustkrebspatientinnen mit einem Hormonrezeptor-positiven Tumor profitieren von einer Antihormontherapie (Barth & Barth, 2003). Die entsprechenden Medikamente müssen über mehrere Jahre eingenommen werden. Mit Beginn der Antihormontherapie kommt es zu einem abrupten Rückgang der ovariellen Hormonproduktion. Der Prozess der Menopause erfolgt innerhalb von Wochen. Der schnelle Hormonabfall bewirkt oft ausgeprägte menopausale Beschwerden wie Hitzewallungen, Übelkeit, wechselhafte Stimmungen, Appetenzmangel, Trockenheit der Scheide und dadurch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Zeyen Käch & Biedermann, 2008). Frauen im gebärfähigen Alter sind durch die Therapie mit dem plötzlichen Verlust der Fertilität konfrontiert.

4.4 Auswirkungen auf die weibliche Sexualität

Medizinische Faktoren wie Brustentfernung mit vaskulären oder neurologischen Nebenwirkungen, Medikamentennebenwirkungen, Operations- und Bestrahlungsfolgen und endokrine Störungen sind Herausforderungen in Bezug auf die lustvolle weibliche Sexualität bzw. das Genusserleben. Als Folge von Chemotherapie und/oder adjuvanter Hormontherapie leiden Betroffene beispielsweise häufig unter Scheidentrockenheit und damit verbundenen

Schmerzen (Krychman & Katz, 2012). Dazu kommt der vorübergehende oder andauernde Fertilitätsverlust.

Der medizinische Fachbegriff für solche Beschwerden ist «sexuelle Funktionsstörungen». Diese werden definiert als ein «Zustand, in dem ein Individuum eine Veränderung seiner sexuellen Funktion während der Reaktionsphasen des sexuellen Verlangens, der Erregung und/oder des Orgasmus erlebt, was als unbefriedigend, nicht lohnenswert oder unangemessen angesehen wird» (NANDA International, 2016).

Die Brust ist primär als Sexualorgan und sekundär als Stillorgan tief in das Körperbild der Frau integriert. Eine Ablatio Mammae wird deshalb als Eingriff in die Weiblichkeit und Erotik gesehen (Klaeson, Sandell, & Berterö, 2011). Eine Brustentfernung beeinflusst die sexuelle Selbstsicherheit bzw. das Körperbild und hat damit direkte Auswirkungen auf das Sexualverhalten und die sexuelle Funktion (Ditz, 2004; Thors, Broeckel, & Jacobsen, 2001).

Durch eine Ablatio Mammae und das veränderte Körperbild sinken sexuelle Aktivität, sexuelles Interesse und Zufriedenheit mit der Sexualität (Milbury, Cohen, Jenkins, Skibber, & Schover, 2013). Es fehlt in der Sexualität das Gefühl der Entspannung und des Genusses (Fobair et al., 2006). Auch Verlustängste und Kommunikationsprobleme in der Partnerschaft beschäftigen betroffene Frauen (Wollenschein, Zivanovic, Kuhn, Rohde, & Dorn, 2005).

Therapiemaßnahmen bei Brustkrebs wirken als indirekte Einflussfaktoren auf die Sexualität der Frau ein. Die bestehende Sexualität vor der Erkrankung wird durch die Therapien beeinflusst. Die Folgen der Therapien bringen Veränderungen im sexuellen Erleben mit sich und beeinträchtigen die sexuelle Gesundheit einer Frau ganzheitlich (**Abbildung 2**). Es sind physisch-medizinische, psychische, soziale und mentale Anteile der Sexualität betroffen. Ein neues Gleichgewicht sexueller Gesundheit muss gefunden werden.

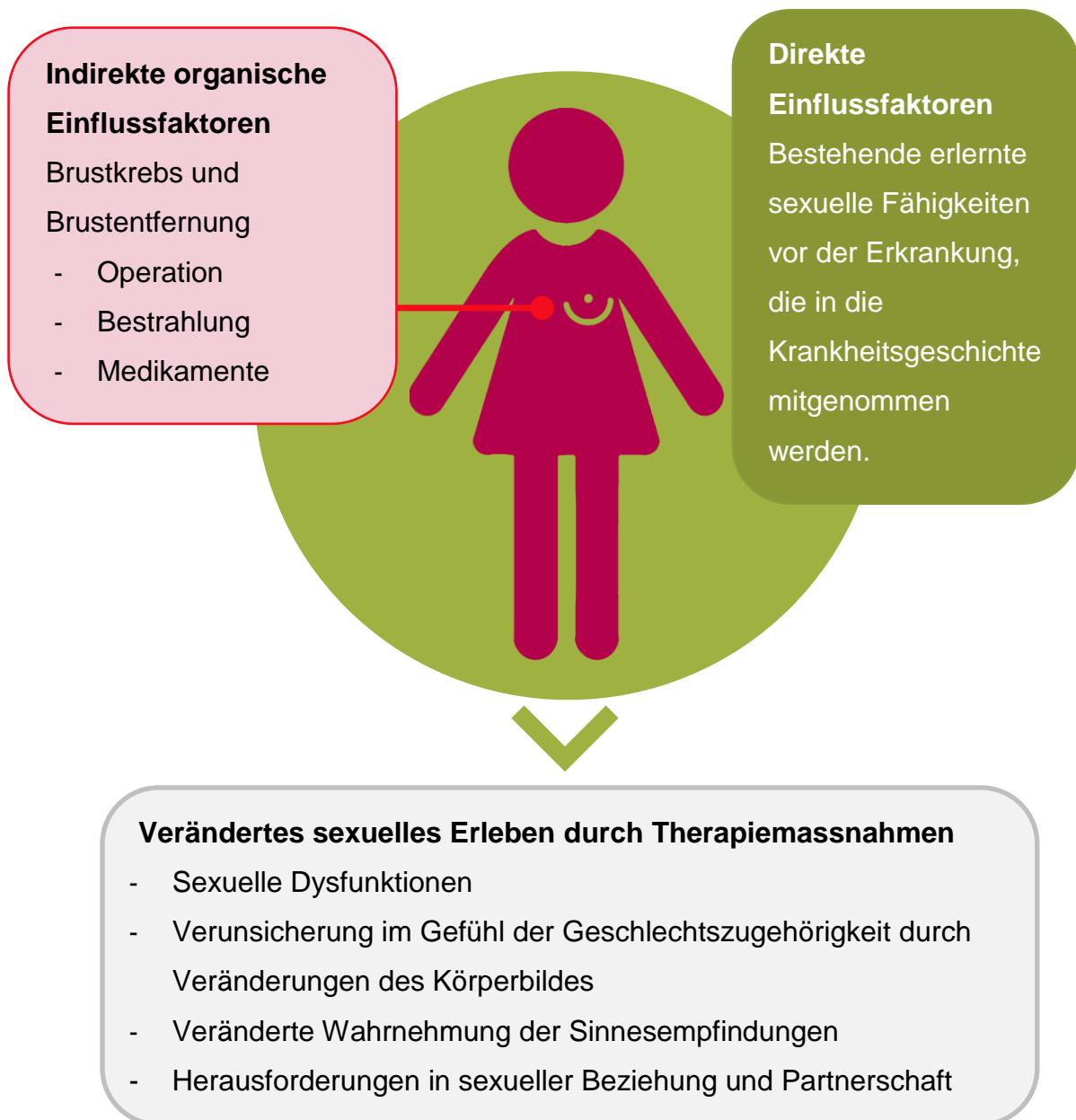


Abbildung 2: Therapiemaßnahmen bei Brustkrebs als indirekte Einflussfaktoren auf die weibliche Sexualität und ihre Folgen

Die Behebung einer sexualrelevanten Einschränkung ist nicht für alle Patientinnen gleich wichtig. So werden Symptome wie vaginale Trockenheit, Dyspareunie, Libidoverminderung, Sensibilitätsstörungen oder Körperbildveränderungen und Beziehungsthemen von betroffenen Frauen unterschiedlich erlebt und beurteilt (Zettl, 2006). Sexualität ist grundsätzlich ein subjektives, für jeden Menschen einzigartiges Erleben. Ob Sexualität Freude und Genuss bereitet oder aber eine Mühsal ist und Unterstützungsbedarf besteht, hängt weniger mit dem objektiven Befund als vielmehr mit der subjektiven Wahrnehmung und dem Leidensdruck zusammen. Ob Sexualität zeitweise oder dauerhaft in

den Hintergrund tritt oder ob sie wieder oder überhaupt gelebt wird als Quelle für Lust, Nähe und Lebendigkeit, ist von Frau zu Frau verschieden. Das sexuelle Erleben während und nach der Erkrankung hängt auch davon ab, welchen Stellenwert Sexualität und Intimität vor der Erkrankung in der individuellen Biografie eingenommen haben (Zettl, 2006). Frauen, die vor der Diagnose Freude an sexueller Aktivität hatten und sich als Frau wohl fühlten, können in der Krankheitssituation auf sexuelle Ressourcen vor der Erkrankung zurückgreifen, und sie suchen eher nach neuen Formen von Körperkontakt und Zärtlichkeit (Beckjord & Compas, 2007). Frauen, bei denen sexuelle Schuldgefühle vorherrschen, sind oft froh, das Kapitel Sexualität für sich abschliessen zu können. Auch frühere sexuelle Konflikte in der Paarbeziehung können durch eine Ablatio Mammae verstärkt, betont oder reaktualisiert werden (Mamié, 2017b).

Dies alles macht deutlich, dass die Sexualität vor der Erkrankung und die damit zusammenhängenden direkten Einflussfaktoren die Sexualität ein Jahr nach der Brustentfernung beeinflusst. Veränderungen der Sexualphysiologie und der Sensomotorik sowie psychosoziale Aspekte im Zusammenhang mit der Brustkrebserkrankung können sich mehr oder weniger auf die Sexualität auswirken, je nach Reichhaltigkeit der angeeigneten sexuellen Fähigkeiten vor der Erkrankung.

Welche Art von Sexualität eine betroffene Frau als «normal» und welche als «verändert» ansieht, muss in einem ausführlichen Gespräch individuell erfragt werden und immer im Zusammenhang mit der Sexualität vor der Erkrankung verstanden werden.

4.5 Bedeutung der Sexualität im Kontext der Brustentfernung

Die Konfrontation mit der Diagnose Brustkrebs löst bei den Betroffenen und ihren Angehörigen Angst und Verunsicherung aus. Der gewohnten Sicht auf das Leben einschliesslich des eigenen Selbstbilds wird plötzlich der Boden entzogen. Gerdes (1986) spricht dabei auch von einem «Sturz aus der der Wirklichkeit», der durch den Befund ausgelöst wird. Die Erkrankung trifft die Frau zudem an einer sehr verwundbaren Stelle ihrer weiblichen Persönlichkeit (Bergant, 2006). Die Brustkrebs-Therapie ist mit Sorge und Stress verbunden ist (Bloom, Stewart, Chang, & Banks, 2004).

In Anbetracht der grossen psychischen und körperlichen Belastungen, die mit der Erkrankung einhergehen, ist die Frage gerechtfertigt, ob sexuelle Beeinträchtigungen wirklich von Bedeutung sind in einer Situation, in der die betroffene Frau vollständig von der Bewältigung ihrer Krankheit und der damit verbundenen Ängste beansprucht wird. Während der ersten Zeit der Erkrankung und der stationären Therapie spielen sexuelle Beeinträchtigungen sicher eine untergeordnete Rolle. Mit der Rückkehr in den Alltag und somit

in die «Normalität» wird dieser Teilbereich der Lebensqualität aber wieder bedeutsam: Eventuell wegen eigener Wünsche und Bedürfnisse, durch Erwartungen des Partners/der Partnerin oder durch die Konfrontation mit dem Thema Sexualität in der Gesellschaft (Zettl, 2006).

In einer Erhebung der Krebsliga Schweiz zu psychosozialen Bedürfnissen von Krebsbetroffenen nannten 17% der Patientinnen ein Bedürfnis nach «Unterstützung im Umgang mit veränderter Sexualität», fühlten sich aber durch Gesundheitsfachpersonen in dieser Hinsicht ungenügend versorgt (Navarra et al., 2005). Allgemein steigt das Informationsbedürfnis der Patientinnen, je stärker sich Erkrankung und Behandlung auf die Sexualität auswirken. Jüngere Patientinnen haben generell ein höheres Bedürfnis nach Unterstützung (Hautamäki-Lamminen, Lipiäinen, Beaver, Lehto, & Kellokumpu-Lehtinen, 2013).

4.6 Medizinisches Unterstützungsangebot in Bezug auf veränderte Sexualität

Obwohl Sexualität in der Gesellschaft heute sehr präsent ist, bleibt das eigene Sexualeben ein sehr persönliches Thema. Insbesondere sexuelles Versagen wird tabuisiert. Auch zwischen Gesundheitsfachpersonen und betroffenen Frauen wird wenig und nicht routinemässig über veränderte Sexualität gesprochen (Bergant, 2006). Nicht nur in der frühen Phase der Diagnose und Behandlung, wenn das Thema vernachlässigbar erscheinen mag, sondern auch in späteren Phasen und während der Nachsorge werden Patientinnen häufig nicht auf mögliche Veränderung der Sexualität und persönliches Erleben angesprochen. Gesundheitsfachpersonen vermeiden das Thema aufgrund von Annahmen, die sie in Bezug auf Alter, Geschlecht, Diagnose, Kultur oder Beziehungsstatus der Patientinnen treffen (Hordern & Street, 2007). Weitere Gründe, das heikle Thema nicht anzusprechen, sind ungenügende sexualmedizinische Kenntnisse und Zeitmangel, aber auch Hemmungen (Sarasin, 2014).

Sexualität nach einer Brustentfernung wird, wenn überhaupt, häufig aus rein medizinischer Perspektive betrachtet und sexuelle Funktionsstörungen therapiert. Das medizinische Interesse richtet sich dabei vor allem auf die physischen Funktionsstörungen, hervorgerufen durch körperliche Veränderungen nach der Operation oder die Nebenwirkungen der medizinischen Therapien (Nussbaum, Lenahan, & Sadowski, 2005). Die Frauen erhalten Lubrikanzien. Je nach Hormonsensibilität des Tumors werden östrogenhaltige Präparate systemisch oder lokal eingesetzt. Bei Schmerzen beim Geschlechtsakt durch verminderte

vaginale Feuchtigkeit werden Gleitgels empfohlen (Ahrendt & Friedrich, 2015). Sexuellen Herausforderungen nach Krebs wird primär mit somatisch-funktionellen Lösungsansätzen begegnet. Forschungen zu Sexualität bei gynäkologischen Tumoren werden oft wegen ihrem Fokus auf die physischen Aspekte kritisiert (Cleary & Hegarty, 2011). Wobei das zögerliche Forschungsinteresse auf die Bewertung der Erkrankung als Lebensbedrohung und die Reduktion von Sexualität auf Funktionen der Lust und Reproduktion zurückzuführen ist (Neutze & Beier, 2005). Es gibt nur wenige Studien, die sich aus psychologischer Perspektive mit veränderter Sexualität bei Krebserkrankung auseinandersetzen und das subjektive Genusserleben nach einer Brustentfernung in den Mittelpunkt stellen.

5 Methode

Für die vorliegende Arbeit wurde der qualitative Ansatz gewählt. Bei der empirischen Forschungsmethode «Fallstudie» wird ein Gegenstand in seinem realen Umfeld untersucht. Im konkreten Fall wird damit angestrebt, das subjektive Erleben der Sexualität von Brustkrebspatientinnen im gebärfähigen Alter ein Jahr nach einer Ablatio Mammae zu erforschen, ganzheitlich zu betrachten und von innen heraus zu verstehen (Mayer, 2007). Die Ziele sind, Veränderungen im sexuellen Erleben dieser Frauen zu erfassen und den Bedarf für Sexualberatung für betroffene Frauen aufzuzeigen. Eine wichtige Grundlage für qualitatives Arbeiten bilden eigene Kriterien, mit deren Hilfe die Güte qualitativer Forschung beschreibbar und messbar wird. Für die vorliegende Arbeit wurden Gütekriterien nach dem Verständnis von Mayring herangezogen (Mayring, 2015). In einem zusätzlichen Kapitel wird die Bedeutung der körperorientierten Sexualberatung nach Sexocorporel anhand eines Beratungsbeispiels aus der Praxis der Autorin verdeutlicht.

5.1 Datenerhebung

Die Interviews wurden semistrukturiert und mittels eines Interviewleitfadens [1] durchgeführt, der vor der Erhebung entwickelt wurde. Dieser orientiert sich an Aspekten der interessierenden Forschungsfragen.

Für den Einstieg in das Interview wählten die Interviewpartnerinnen eine individuell, ausgewählte Bildkarte zum Thema «Meine Sexualität nach der Brustentfernung». Durch diese Methode konnten die Interviewpartnerinnen auf Wahrnehmungen, Gefühle und Erfahrungen zurückgreifen, was die Erlebnisaktivierung unterstützt (Wechsler, 2012). Ebenso gelang es durch diese Herangehensweise, mit der aktuellen Sexualität der Frauen ins Gespräch einzusteigen und sich dann schrittweise an die erlebte Erfahrung der Teilnehmerinnen heranzutasten.

Um unterschiedliche Aspekte der Sexualität und somit die Themenkreise für die Interviewpartnerinnen sichtbar zu machen, wurden die Themen vor dem Gespräch auf identische Kärtchen notiert, und diese Kärtchen wurden während jedem Interview in derselben Reihenfolge um die gewählte Bildkarte platziert (**Abbildung 3**). Die Interviewpartnerinnen konnten entscheiden, mit welchem Baustein sie das Gespräch beginnen, beziehungsweise weiterführen wollten. Die Bildkarten waren während der gesamten Gespräche für die beiden Frauen sichtbar. Dadurch konnte jederzeit auf einen Aspekt zurückgegriffen werden, wenn die Frauen sich erneut zu diesem, bereits besprochenen Aspekt äussern wollten.

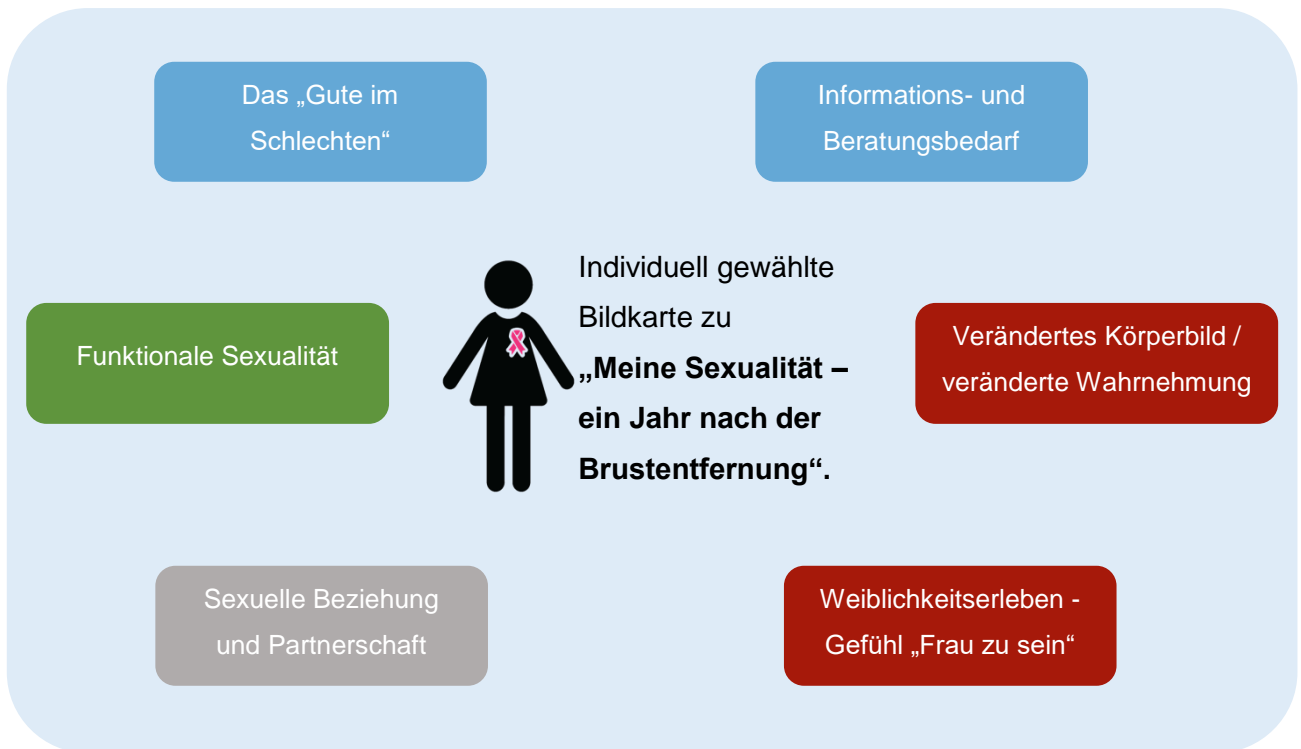


Abbildung 3: Aspekte weiblicher Sexualität nach einer Ablatio Mammae

5.2 Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte anhand der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Ziel der gewählten Inhaltsanalyse ist die systematische und schrittweise Analyse von Texten. Bei der Bearbeitung des Materials wurden Grundformen des Interpretierens eingehalten. Die Datenauswertung orientierte sich an den von Mayring definierten Analyseschritten.

5.3 Ethische Überlegungen

Mayer (2015) unterscheidet drei ethische Grundsätze des Persönlichkeitsschutzes für Studienteilnehmende: freiwillige Teilnahme, Anonymität und Schutz vor psychischen und physischen Schäden. An diesen Grundsätzen sollten sich Forschende orientieren. Bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen wurde darauf geachtet, dass deren Brustentfernung mindestens ein Jahr zurücklag. Dadurch sollte die emotionale Belastung der Teilnehmerinnen aufgrund eines erneuten Durchlebens der Erfahrung möglichst niedrig gehalten werden.

5.4 Gesprächsteilnehmerinnen

Es konnten, dank der Tätigkeit der Autorin in einer onkologischen Praxis, zwei Gesprächspartnerinnen im Alter von 33 und 36 Jahren gewonnen werden. Diese Frauen wurden ein Jahr nach ihrer Brustentfernung interviewt. Beide Frauen lebten zum Zeitpunkt der Brustentfernung in einer langjährigen Beziehung mit je zwei Kindern im Alter zwischen 4 und 12 Jahren. Bei einer Frau wurden eine Teilbrustentfernung ohne Wiederaufbau der Brust und eine Antihormontherapie durchgeführt. Bei der anderen Frau erfolgten eine beidseitige totale Mastektomie mit Wiederaufbau der Brüste durch Silikonimplantate, die Entfernung von Gebärmutter und Eierstöcken und eine Chemotherapie.

6 Ergebnisse: Weibliche Sexualität ein Jahr nach der Brustentfernung

Nachfolgend werden theoretische Forschungsergebnisse zur Sexualität nach einer Brustentfernung und die Ergebnisse der beiden Interviews dargestellt und durch Originalzitate der betroffenen Frauen ergänzt. Die Hauptkategorien des Interviewleitfadens umfassten folgende Themen (**Abbildung 3**):

- Informations- und Beratungsbedarf
- Funktionale Sexualität
- Verändertes Körperbild und sexuelle Selbstsicherheit
- Weiblichkeitserleben – Gefühl, eine Frau zu sein
- Wahrnehmung von Sinnesempfindungen
- Sexuelle Beziehung und Partnerschaft
- Lebensereignis Brustkrebs als Möglichkeit sexueller Entwicklung oder «Das Gute im Schlechten»

Aufgrund der Stichprobengrösse müssen die Interviewaussagen bzw. die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen mit Vorsicht interpretiert werden.

6.1 Informations- und Beratungsbedarf

Viele Frauen mit gynäkologisch-onkologischen Erkrankungen wünschen sich Informationen und Beratung rund um ihre veränderte Sexualität (Rasmusson & Thomé, 2008). Die Mehrzahl der betroffenen Frauen erwartet zudem eine Gesprächseröffnung durch die Gesundheitsfachperson (Ekwall, Ternestedt, & Sorbe, 2003). Schwierigkeiten im Bereich der Sexualität werden von den Patientinnen kaum selbst angesprochen was die Wichtigkeit unterstreicht, dass Gesundheitsfachpersonen das Thema ansprechen (Buddenberg, Bitton, Eijsten, & Casella, 2007).

« (...) Man getraut sich dann oft auch nicht, es anzusprechen. (...) Es wird einem ja keine Fachperson im Spital vorgestellt, die man in Bezug auf Sexualität kontaktieren könnte.»

«Nach der Operation kam der Arzt kurz ins Zimmer und berichtete, es sei alles gut gelaufen und dass ich ab jetzt keine Kinder mehr bekommen könne. Das ist mir so an den Kopf geworfen worden und hat mich sehr deprimiert (...) Ich hätte aber mehr gebraucht, zum Beispiel, dass das Narbengewebe immer schmerzt, dass sich alles anders anfühlt durch die Hormone, dass die Lust weggeht.»

«Der Arzt erklärte mir den Verlauf der OP, die Medikamente. Das Einzige, was ich sagte war: Machen Sie die Narbe bitte schön, worauf der Arzt lächelte. Mir kam es so vor, als sei ihm das nicht so wichtig.»

Es zeigt sich, dass das medizinischen Team die Sexualität aktiv auf funktionaler Ebene anspricht und thematisiert. Hier vermutet die Autorin eine Sensibilisierung auf die Thematik in der onkologischen Medizin. Allerdings können die Patientinnen mit den Informationen und den funktional-somatischen Interventionen oft wenig anfangen, sie lesen die Broschüren teilweise nicht und wenden Produkte nicht an. Die Autorin führt dies auf den fehlenden emotionalen und körperlichen Bezug zum Zeitpunkt des Unterstützungsangebots zurück. Weiter zeigt sich, dass Frauen im Akutspital oft nicht empfänglich sind für Themen zur funktionalen Sexualität.

«Eine Pflegefachfrau gab mir eine Salbe, aber wahrscheinlich eher für die Haut, den Kopf und die Fingernägel. Aber speziell für die Scheidentrockenheit habe ich nichts bekommen (...) Das war keine grosse Information (...) Aber man lebt damit und nimmt es einfach hin. (...) Über die Antihormontherapie sagte der Arzt schon etwas (...) Wirklich ausführlich gesprochen über alle Nebenwirkungen hat dann erst der Arzt der onkologischen Praxis. Er hat dann auch auf eine praxisinterne Sexualberatung aufmerksam gemacht.»

«Die ganze Aufklärung (...) ist im ersten Teil total untergegangen. Das hat mich ehrlich gesagt auch nicht gross interessiert.»

Beide Frauen beschreiben einen hohen Bedarf an intensiverer Unterstützung in Bezug auf ihr sexuelles Erleben auch im Zusammenhang mit der bestehenden Partnerschaft. Es geht dabei weniger um die funktionale Sexualität, als um Genusserleben allgemein. Die Frauen werden aber durch Scham und das doppelte Tabu «Krankheit und Sexualität» daran gehindert, Sexualität ausserhalb der Funktionsfähigkeit offen zum Thema zu machen.

«Man schämt sich auch für die Gedanken an Sexualität. Da denken doch alle, jetzt hat die Frau überlebt, macht die schlimme Therapie, hat keine Haare auf dem Kopf und keine Brust mehr und denkt schon an Sex. Da sagt man dann lieber nichts.»

«Es hätte mir gutgetan, wenn ich jemanden gehabt hätte, der mir zuhört und nicht irgendein Produkt abgibt (...) Bei der Chemotherapie bekam ich Salben und es wurde mir erklärt, dass ich im Genitalbereich trocken werden würde. Aber das war keine so wichtige Information für mich, viel wichtiger war mir der zwischenmenschliche Bereich. Rückblickend hätte es mir gutgetan, über uns als Paar zu reden (...) Es gibt den Arzt für die Medizin, den Psychoonkologen und warum nicht auch die Sexualberatung?»

«Wenn du zu Hause bist, kommst du an den Punkt, wo du als sexuelles Paar nicht mehr weiterkommst. Dann ist man alleine mit seinen Problemen und den abgegebenen Produkten.»

6.2 Funktionale Sexualität

Behandlungen wie Chemo- und Antihormontherapie belasten die Sexualität auf einer funktionalen Ebene, insbesondere durch vaginale Trockenheit und Dyspareunie. Nach Vaidakis et al. (2014) sind sexuelle Dysfunktionen ein ernstzunehmendes Problem von Frauen mit gynäkologisch-onkologischen Tumoren: 40-100% der betroffenen Frauen leiden unter einer funktionalen Belastung der Sexualität, die auf medizinische Therapiemassnahmen zurückzuführen sind (Wiggins, Wood, Granai, & Dizon, 2007).

«Wir müssen auf Hilfsmittel zurückgreifen, damit er überhaupt in mich eindringen kann, sonst wäre es vor Schmerzen und Trockenheit gar nicht möglich.»

In einer Studie mit beschwerdefreien und sexuell aktiven Frauen ein Jahr nach einer Ablatio Mammae zeigen sich folgende sexuelle Dysfunktionen (Barni & Mondin, 1997): Ausbleiben des sexuellen Verlangens (46%), reduzierte Appetenz (48%), mangelnde sexuelle Befriedigung (44%), Probleme mit der Lubrikation (42%), Vaginismus, Orgasmusstörungen, kurzanhaltender Geschlechtsverkehr (30%). Aus der Studie geht nicht hervor, warum einige Frauen keine sexuelle Dysfunktion entwickeln. Es wäre interessant zu untersuchen, welche direkten sexuellen Fähigkeiten diese Frauen im Zusammenhang mit dem Erregungsmodus nutzen, damit sie die Sexualität trotz Erkrankung genussvoll erleben.

Auch in den Interviews beschreiben beide Frauen anhaltende vaginale Trockenheit, jedoch nur eine Frau einschränkende Schmerzen.

«Ich hatte mit der Chemo und einem Medikament, das die Produktion der Eierstöcke einstellt, das ganze Paket an Nebenwirkungen: extreme Hitzewallungen, Lustlosigkeit ... und vor allem trockene Scheiden-Schleimhäute. (...) Und wenn mein Mann und ich dann Sex haben, tut es schon weh.»

«Auch die Trockenheit ist da. Da nutzen wir jetzt aber einfach Gleitgels. Aber auf die Sexualität wirkt es sich das nicht aus (...) ich habe keine Schmerzen.»

Die beiden interviewten jungen Frauen können nicht mehr schwanger werden. Die Unfruchtbarkeit ist auf die Medikamente bzw. die Entfernung der Gebärmutter und Eierstöcke zurückzuführen. Selbst wenn kein Kinderwunsch mehr besteht, fühlen sich die Betroffenen durch den frühzeitigen Eintritt des Klimakteriums der Möglichkeit, Kinder zu bekommen, beraubt.

«Die Antihormontherapie, die von einem Tag auf den anderen abrupt Stopp macht, habe ich als sehr belastend empfunden. Ich bin 36 und bin in den Wechseljahren! (...) Das ist eine Veränderung, die man nicht sieht.»

«Die Eierstöcke und die Gebärmutter habe ich auch nicht mehr, zusätzlich zu den Silikonbrüsten. Das ist natürlich ein riesiger Eingriff. Ich bin jetzt in der Abänderung mit 33. Das ist nicht ganz ohne, dies zu akzeptieren. (...) aber wir können jetzt unbeschwert, das kann auch ein Vorteil sein.»

Auf der funktionalen Ebene schildern beide Frauen Trockenheit, eine auch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Vor allem die starken Wechseljahrsbeschwerden und der Verlust der Fertilität machen beiden jungen Frauen zu schaffen. Diese Veränderungen sieht man von aussen nicht, sie stellen jedoch die weibliche Identität im Zusammenhang mit der biologischen Bestimmung in Frage. Eine der Frauen nimmt Antidepressiva, da sie unter anderem wegen des Fertilitätsverlusts an depressiven Stimmungsschwankungen leidet.

Dazu kommt bei beiden Frauen Lustlosigkeit und Müdigkeit (Bower, Ganz, Aziz, & Fahey, 2002). Sie beschreiben einen rapiden Rückgang ihrer Lust im Vergleich zu vor der Erkrankung, was sie als belastend erleben, sowohl für sich selbst als auch für die Beziehung.

Es zeigt sich, dass die Frauen unterschiedlich mit den Auswirkungen auf die Funktionalität umgehen. Eine Frau weicht nach der Brustentfernung sowohl dem Geschlechtsverkehr als auch der Selbstbefriedigung aus, die andere Frau greift - im Rahmen einer neuen und befriedigenden Partnerschaft – erweiterte Formen von Sexualität auf. Die beiden Frauen verfügen über unterschiedliche Ressourcen im Umgang mit sexueller Dysfunktion. Diese lassen auf sexuelle Fähigkeiten rückschliessen, die schon vor der Erkrankung vorhanden waren. Diese Ressourcen wurden aber im Interview nicht genauer evaluiert.

6.3 Körperbild und sexuelle Selbstsicherheit

Zahlreiche Patientinnen erleben als Folge von grossen chirurgischen Eingriffen nicht nur körperliche Veränderungen (Mehnert, 2005). Es kommen auch jene Verletzungen zutage, die der Krebs in der weiblichen Identität hinterlässt (McClelland, Holland, & Griggs, 2015).

«Brüste machen unsere Weiblichkeit aus. Das habe ich auch gemerkt. Vor der Brustamputation war die Brust einfach die Brust. Du bist Mami und brauchst sie für die Kinder und jetzt mit diesen Implantaten wird dir bewusst, was die Brust eigentlich ist. Sie macht viel aus auch für dein Selbstbewusstsein.»

Die qualitative Studie von Fesenfeld (2006) zeigt, dass der Schock über die Diagnose und den Verlust der Brust zu einem Fremdheitsgefühl führt. Der veränderte Körper erscheint den Betroffenen häufig als etwas, das sich von ihrer Identität unterscheidet. Er wird als ihnen nicht zugehörig empfunden. Gefühle des Gespaltenseins und der Entfremdung stellen sich ein (Ushok, 2016). Die subjektive Wahrnehmung «Ich bin keine ganze Frau mehr» wird unterstützt durch den Sensibilitätsverlust im Bereich der entfernten Brust, einer vormals wichtigen erogenen Zone und den veränderten Wahrnehmungen an Vulva und Vagina durch die adjuvante Therapie (Sarasin, 2015).

«Das Berühren aber ist fremd. Du merkst, du hast einen Fremdkörper in dir.»

Operationsbedingte Narben werden unter ästhetischen Gesichtspunkten betrachtet. Die betroffenen Frauen stellen sich die Frage, ob sie sich mit dem versehrten Körper noch attraktiv und begehrenswert fühlen können. Deshalb werden die äusserlich sichtbaren Folgen der Operation auch als Kränkung der Weiblichkeit erlebt, was zu einer Körperbildstörung führen

kann, die noch Jahre nach der Diagnosestellung bestehen kann (Carver et al., 1998; Penman et al., 1987). Studien zeigen, dass sich Frauen ohne Brust-Rekonstruktion nach dem Brustverlust weniger attraktiv und selbstsicher fühlen als vor der Operation (Begovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu, & Chapman, 2012; McClelland et al., 2015) und häufiger unter Depressionen leiden (Rubino, Figus, Loretto, & Sechi, 2007). Ähnliche Studienresultate präsentieren auch Arndt, Stegmaier, Ziegler, & Brenner (2008): Eine Mastektomie verunsichert die betroffenen Frauen bezüglich ihres Aussehens; sie fühlen sich weniger begehrenswert und attraktiv und meiden daher soziale Kontakte (Künzler et al., 2012). Dies gilt insbesondere für Frauen, deren Selbstbewusstsein stark an die äusserliche Erscheinung bzw. den Geschlechtsstereotyp gekoppelt ist (Sarasin, 2015). Je mehr eine Frau zu ihrer Verankerung in der Weiblichkeit auf einen unversehrten Körper angewiesen ist, desto schwieriger wird die psychische Verarbeitung der Krebserkrankung bzw. der Ablatio Mammae (Bergant, 2006).

«Nach diesem Jahr sieht die Brust aus wie ein Ballon, der alt wird und dem es an Luft fehlt. Das find ich nicht toll, vor allem auch deshalb, weil ich zugenommen habe, die Brüste aber klein geblieben sind. (...) Für mich sind die Veränderungen des ganzen Körpers schwieriger anzunehmen als der Brustverlust. Ich habe das Gefühl, ein Barbapapa zu sein. Vor allem, weil mein Bauch durch die Gewichtszunahme grösser ist als die operierte Brust. Das stresst mich sehr. Früher war ich schlank und hatte kleine Brüste (...) Durch die Narben an Unterbauch und Brust sehe ich vor dem Spiegel mehr ein Flickwerk.»

Verschiedene Hilfsmittel können dazu beitragen, mit dem Verlust der Brust zurechtzukommen, aber das geschädigte Körperbild wird dadurch nicht repariert. Mittels Brustprothese, Brustimplantaten oder Brustaufbau lässt sich zwar die Zufriedenheit mit der äusseren Erscheinung und der Kontur verbessern («body concern»), nicht aber der schamhaft empfundene Makel und die verlorene Körperintegrität («body shame») (Fang, Shu, & Chang, 2013).

«Vom Äusseren her finde ich die beiden Silikonbrüste schön und überhaupt nicht fremd. Ich habe ja dadurch jetzt keine Hängebrüste mehr (...) die Narbe ist schön und die Brustwarzen sind auch nicht abgestorben. Das sind alles Pluspunkte, an denen orientiere ich mich (...) Jetzt hast du das und es fühlt sich schon fremd an, gehört nicht zu dir...»

«Für mich ist es mehr die Wahrnehmung meines ganzen Körpers, der nicht mehr zu mir passt. Das ist für mich schlimm. Nicht nur die Brustentfernung (...) sondern mehr die Gewichtszunahme, weil ich im Spiegel nur noch das gesehen habe. Das gibt mir das Gefühl, nicht mehr attraktiv zu sein. Und das wirkt sich natürlich auf die Sexualität aus. Ich wär am Anfang am liebsten nirgends mehr hingegangen und wollte mich meinem Mann nicht mehr zumuten.»

Das geschädigte Körperbild resultiert nach (Serto, Doganavsargil, & Elbi, 2009) auch aus der radikalen Behandlung des Körpers. Die Frauen müssen lernen, mit dem Verlust des Organs und dem allfälligen Fertilitätsverlust zurechtzukommen, sie müssen Abschied nehmen und trauern, damit sie ihren veränderten Körper neu «bewohnen» können und dabei den Leib und das sinnliche Erleben wieder in den Vordergrund rücken.

«Woher die Lustlosigkeit kommt, kann ich nicht sagen. Sicher macht der Körper etwas so Brutales mit (...) Es hat sicher auch damit zu tun.»

«Es ist ein ganzes Paket, das mitschwingt. Nach so einem Einschnitt gibt es einen totalen Wandel.»

Beide interviewten Frauen erleben eine Veränderung des Körperbilds, die sie als Verlust der Attraktivität empfinden und die ein vermindertes Selbstwertgefühl mit sich bringt. Der Brustverlust steht für die Frauen nicht im Vordergrund der Sorge bezüglich Attraktivität. Die Autorin führt dies unter anderem auch auf die modernen Operationsmethoden zurück. Die Bedeutung der Brust für die weibliche Identität und die gesellschaftlichen Geschlechtsstereotypen werden heute in der Tumorchirurgie vermehrt beachtet – wann immer möglich wird brusterhaltend operiert, so dass das Resultat optisch zufriedenstellend ist. Im Umgang mit dem Brustverlust spielt auch die individuelle Bedeutung der Brust vor der Erkrankung eine Rolle. Weit mehr als der Brustverlust macht den beiden Frauen das veränderte Körperbild durch Gewichtszunahme, Hautveränderungen und bei einer Frau durch Haarverlust zu schaffen. Das Wohlfühlen und Bewohnen des veränderten Körpers gestaltet sich als herausfordernde Aufgabe.

«Vor dem Spiegel plagen mich mehr meine Speckröllchen, nicht so sehr die fehlenden Brüste. Ich muss schon sagen, es sind weniger die Brüste, sondern das Gesamtpaket, das in der Beziehung dazukam (...) und die Wechseljahre.»

«Ich habe eine sehr schlechte Haut bekommen. Das hat mich sehr gestört. Ich fand mich dann selber nicht mehr schön oder attraktiv - überall Pickel und so (...) Das war auch ein Grund, warum wir viel weniger Sex hatten.»

Die Lebensnotwendigkeit der Operation führt bei beiden Frauen zu einem rationalen Umgang mit der Situation und dem Brustverlust.

«Die Operationen und die Implantate haben mir das Leben wiedergegeben. Wenn ich mich entschieden hätte, die Brüste und die Gebärmutter zu behalten, hätte ich in 2-3 Jahren wieder Krebs. Also war klar, wenn, dann gleich alles weg.»

6.4 Wahrnehmung von Sinnesempfindungen

Durch die operativen Eingriffe werden unvermeidlich Nervenbahnen durchtrennt. Dadurch können postoperative Wund- und Narbenschmerzen auftreten oder es kann sich eine vorübergehende oder dauerhafte Taubheit oder Überempfindlichkeit von Hautbezirken entwickeln. In seltenen Fällen kommt es zu Phantomschmerzen, so dass die entfernte Brust als schmerzhaft wahrgenommen wird. Im Bereich der Operationsnarben treten manchmal schmerzhaft Spannungszustände auf, weil sich Haut und Unterhautgewebe während des Wundheilungsprozesses zusammenziehen und verhärten können. Ausserdem ist die normalerweise vorhandene Verschiebbarkeit der Unterhaut häufig durch Verklebungen eingeschränkt. All dies kann bei Berührungen Missempfindungen auslösen und das sinnliche Erleben einschränken (Zettl, 2006). Frauen berichten, dass sie nach der Operation Angst vor der Berührung der operierten Brust (85%) und auch der gesunden Brust (75%) hatten (Lotze, 1982).

«Ich will immer noch nicht an den Brüsten berührt werden. Auch ich selber berühre die Silikonbrüste ungern. (...) jetzt habe ich es nicht mehr gerne, wenn die Kinder zu mir kommen und sie mir auf den Oberkörper, die Brust liegen (...) Das tut mir auch weh.»

«Ich habe nach wie vor einen unangenehmen Druckschmerz an der operierten Brust. Ich merke es auch beim Joggen. Da brauche ich einen guten BH, denn sonst tut es wirklich weh. Das ist dann auch in der Sexualität so, dass wenn er die Brust anfasst, ich sie nicht sinnlich erlebe oder sie Lust bereitet, (...) weil es dann Schmerzen macht (...) Ich berühre die andere Brust lieber. Manchmal massiere ich die Narbe, damit sie geschmeidiger wird, aber das mach ich nicht oft und nicht gern.»

Sexuelle Dysfunktionen und Folgen von Operationen (z.B. Gebärmutterentfernung) führen dazu, dass Sinnesreize an Vulva und in der Vagina verändert und teilweise als unangenehm wahrgenommen werden. Das führt dazu, dass betroffene Frauen den Geschlechtsverkehr, aber auch die Selbstbefriedigung im Vergleich zu vor der Erkrankung anders erleben und oder darauf verzichten.

«Es ist nicht mehr dasselbe Empfinden wie vorher (...) Es schüttelt mich jedes Mal, wenn er mich an den Brüsten und unten berührt (...) Das Nicht-berühren-wollen ist sicher auch ein negativer Punkt.»

«Wenn ich Selbstbefriedigung mache oder mit meinem Mann Sex habe, komme ich viel schneller zum Orgasmus. Das ist eine Veränderung zu vor der Erkrankung. Ich muss schauen, dass ich nicht schon zehnmal gekommen bin, bevor er richtig angefangen hat...»

«Ich habe das Gefühl, dass das Kribbeln, das man hat, wenn der Partner Richtung Unterleib kommt (...) oder streichelt, das ist eher weniger geworden.»

«Vorher hatte ich keine Mühe, meinen Körper und meine Scheide zu berühren (...) Jetzt ist da ein gewisser Schauer (...) Da sind nicht mehr dieselben Empfindungen wie früher. Das sind Gedanken, die mir zu schaffen machen.»

Beide Frauen beschreiben teilweise belastende Veränderungen in der Wahrnehmung von Sinnesempfindungen an Brüsten und Genital. Die Narben resp. die operierten Körperbereiche sind für die Interviewpartnerinnen ein «unbewohntes» Gebiet ihres Körpers,

demgegenüber sie sich distanziert verhalten. Es ist für die Frauen eine Herausforderung, jene Bereiche ihres Körpers zu (be)fühlen, in den Alltag zu integrieren und in der Sexualität lustvoll und leiblich zu bewohnen. Der veränderten Wahrnehmung stehen die Frauen hilflos gegenüber; sie können ihre veränderten Empfindungen sexologisch nicht einordnen.

6.5 Sexuelle Beziehung und Partnerschaft

Eine Ablatio Mammae wirkt sich auch auf die Beziehung aus. 25% der Brustkrebs-Patientinnen berichten von Beziehungsbelastungen als Folge der Diagnose, 60% von einer reduzierten sexuellen Lebensqualität und 35% erleben ihren Partner/ihre Partnerin als emotional nicht verfügbar (Beckjord & Compas, 2007).

«...dann merke ich, dass ich nicht mehr kann, nicht mehr will, da die Kraft noch immer fehlt. Dann auch eine Lustlosigkeit. Und dann kommt hinzu, dass dein Partner eigentlich möchte und Lust hätte. Das ist ein Kampf – ein riesiger innerer Kampf.»

Die Verunsicherung durch die Körperbildveränderung führt bei Frauen nach einer Ablatio Mammae oft zu einem seelischen und körperlichen Rückzug, der den Partner stark verunsichert (Andrzejczak, Markocka-Mączka, & Lewandowski, 2013). Beide interviewten Frauen berichten von unterschiedlichen sexuellen Bedürfnissen in der Partnerschaft und der Schwierigkeit, damit umzugehen. Beide Frauen erleben vor allem die eigene Lustlosigkeit und die fehlende Kommunikation als belastend für die Partnerschaft. Sie führen die Lustlosigkeit auf Chemotherapie, Antihormontherapie, die radikalen Behandlungen an ihrem Körper und die Körperbildveränderung zurück und bringen sie nicht in Zusammenhang mit ihrer Sexualität vor der Erkrankung.

«Ich habe einfach keine Lust auf Nähe und Sexualität mit meinem Mann. Wenn, dann am liebsten, dass er mich einfach in den Arm nimmt und für mich da ist. (...) Aber das hat er irgendwie nicht verstanden.»

Es kommt nicht selten zu einer Einschränkung der Kommunikation beiderseits, aus Angst vor Zurückweisung und Auseinandersetzung mit der schambesetzten Thematik (Alferi, Carver, Antoni, Weiss, & Durán, 2001). Dabei zeigt der gesunde Partner Rücksicht und Schonungsverhalten aufgrund von unausgesprochenen Vermutungen in Bezug auf die

sexuelle Gesundheit seiner Partnerin, während sich die betroffene Frau darin bestätigt sieht, nicht begehrenswert und attraktiv zu sein (Bergant, 2006). Aus dem Rückzugs- und Vermeidungsverhalten entsteht ein Teufelskreis aus Erwartungsängsten und selbsterfüllenden Prophezeiungen. Angst vor sexuellem Versagen bzw. Ablehnung führt zu Funktionsstörungen, körperlicher Entfremdung und Distanzierung bis zur inneren und äusseren Trennung.

«Ich habe oft ein schlechtes Gewissen wegen meinem Mann. Ich schaue dann lieber einen guten Film anstatt Sex zu haben. Er nimmt extrem Rücksicht auf mich, will nie etwas erzwingen.»

«Vorher, wenn er Sex haben wollte und ich nicht, so konnte er schon beleidigt und sauer sein. Aber das war er nach der Erkrankung nicht mehr.»

«Ich will nicht das Glied des Partners auch noch dort haben, wo es schon weh tut. Ich will auf eine andere Art und Weise Nähe haben. Das geht dann total unter und man wird dann irgendwie missmutig.»

Es ist für beide Partner schwierig abzuschätzen, wie viel Intimität es verträgt, ohne dass diese als Bedrängen wahrgenommen wird, und wie viel Zurückhaltung, ohne dass diese als Ablehnung verstanden wird. Störungen in der Kommunikation hindern viele Paare daran, Nähe zuzulassen. Dabei wird nicht nur jeder Versuch, Geschlechtsverkehr zu vollziehen, vermieden, sondern die Paare verzichten auch auf jede Form von Sinnlichkeit, Zärtlichkeit, Sexualität und Körperkontakt, was ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen wie Angst und Depression ist (Frisch et al., 2017). Die Beziehung einer der interviewten Frauen hielt der zusätzlichen Belastung durch die Erkrankung nicht stand und wurde noch während des Genesungsprozesses aufgelöst. Fehlende Kommunikation führen die Frauen nicht auf die Erkrankung zurück, sondern wird in Verbindung mit der Paarqualität vor der Erkrankung gesehen.

«Nein, darüber geredet haben wir nicht, wir konnten schon vor der Erkrankung nicht gut miteinander reden (...) Diese Sprachlosigkeit nimmt man dann auch in eine Krankensituation mit.»

Ein wichtiger Punkt ist, dass Partner/Partnerinnen von betroffenen Frauen vergleichbar belastet sind – inklusive der Sexualität – wie die Brustkrebs-Patientinnen selbst. Auch bei den Partnern kommen Angst und Depressionen vermehrt vor, beides geht mit einer Abnahme der Libido einher (Bodenmann, 2017). Die Ehemänner reagieren empfindlich auf die Veränderungen in der Paarsexualität und ziehen sich zurück. Das vermeidende Coping als Reaktion von Ehemännern auf die Diagnose wird auch bei Dalton III, Nelson, Brobst, Lindsay, & Friedman (2007) diskutiert. Aus diesem Grund sollte der Partner nicht nur als Unterstützer der Patientin gesehen werden, sondern auch als jemand, der selbst Unterstützung braucht (Kayser, Watson, & Andrade, 2007).

«Er hatte mega Angst, es komme wieder, und das hatte ich gar nicht so realisiert.»

«Er reagierte nicht verständnisvoll (...) war böse oder wütend. Wir haben uns dann nach ein paar Minuten abgewendet und die Hässigkeit lag tagelang in der Luft. Wenn wir dann einmal Sex hatten, dann war es eigentlich nur eine Abfertigung. Ich war dann einfach froh, dass er nicht mehr hässig war. Ich machte Sex, um ihn zu entlasten.»

Eine intakte Beziehung wird von Frauen als äusserst wertvoll empfunden. Ganz besonders dann, wenn verändertes sexuelles Erleben offen, konstruktiv und gemeinsam angegangen werden kann und sich die Beziehung hin zur Neuorientierung bewegt. Die Qualität der Partnerschaft und die Zufriedenheit mit der Sexualität vor der Behandlung beeinflusst das sexuelle Erleben nach Diagnosestellung und Therapie (Andersen, Anderson, & deProse, 1989). Eine intakte Beziehung, in der Frauen sich entspannen und wohl fühlen, unterstützt lustvolles Sein und kann sich zudem positiv auf die Selbststimulierungsfrequenz auswirken. Als entlastend wird zudem der unterstützende Umgang des Partners mit dem Brustverlust erlebt.

«Mein neuer Partner hat alle Auf und Abs mitgemacht (...) mit ihm bin ich wieder sexuell aufgeblüht. Ich glaube auch, dass er mit der Situation ganz anders umgeht. Er sieht die Lustlosigkeit nach all den Strapazen (...) Wir können auch über Sexualität reden und er hat keine Mühe, wenn ich mich selber befriedige (...) wir versuchen, die Lust auf eine lustige Art und Weise rauszukitzeln und probieren aus. Das ist für mich als Frau mit einer solchen Geschichte Gold wert.»

«Interessant ist, dass sie immer noch die Lieblingsbrust meines Mannes ist.»

«...in der Situation nachher sagte ich: Warum musst du immer diese Brust greifen?
(...) Er sagte: Ich will diese, weil ich sie lieb habe. (...) Ich finde es schön, dass mein Mann keinen Unterschied macht.»

Der Austausch von Zärtlichkeit und Körperkontakt auch ausserhalb des Geschlechtsakts hat einen positiven Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden und die Bewältigung der Krankheit. Neue, erweiterte Formen von Sexualität und Intimität, z.B. das Erforschen von erogenen Zonen, anzudenken und auszuprobieren kann zu einer befriedigenden Sexualität führen, was gemäss Frisch et al. (2017) das Selbstwertgefühl hebt, das Immunsystem stimuliert und stressreduzierend wirkt.

«Vielfach haben wir jetzt auch mehr Sex ohne eigentlichen Geschlechtsverkehr
(...) einfach mehr gegenseitiges Streicheln.»

«Mit meinem neuen Partner diskutiere ich jetzt im Bett, was wir machen. Es wird nicht einfach drauflos geliebt.»

«Wenn wir dann im Aktiven sind, schmieren wir halt. Wir lachen dann, ist also keine ernste Angelegenheit.»

Die beiden Frauen erleben die Erkrankung auch als Eingriff in die Paardynamik. Die Paarbeziehung ist durch die Erkrankung und die damit verbundenen physischen und psychischen Veränderungen mit neuen Fragen rund um verbale und sinnliche Kommunikation konfrontiert.

6.6 Lebensereignis Brustkrebs als Möglichkeit für sexuelle Weiterentwicklung

Ist eine Brustentfernung für die weibliche Sexualität im Zusammenhang mit sexueller Identität, der funktionalen Sexualität und dem Beziehungsleben einzig ein kritisches Lebensereignis? Oder verbirgt sich hinter der existentiellen Bedrohung, so paradox dies auch

klingen mag, auch die Möglichkeit einer Neuorientierung in Form einer sexuellen Hinwendung zu sich selbst und zum Partner?

«Wenn man einmal krank gewesen ist, schaut man viele Sachen anders an als vorher, das ganze Leben.»

Mit der eigenen Endlichkeit konfrontiert zu werden, führt bei den Frauen zu einer Reflexion der persönlichen Verhaltens- und Lebensweise (Zöllner, Calhoun & Tedeschi, 2006). Beide interviewten Frauen wollen ein Jahr nach der Brustentfernung die Krankheit bewusst hinter sich lassen. Sie möchten sich mehr Zeit nehmen für sich, den Körper und die Beziehung, und wollen neue Möglichkeiten im Leben entdecken. Im Verständnis von Sexualität als Lebenskraft erstaunt es deshalb kaum, dass beide Frauen sich im Rahmen der stärker werdenden physischen und psychischen Energie auch vermehrt dem Lebensbereich Sexualität zuwenden.

«Es ging immer um das Thema Krebs. Wie ein schwarzes Loch. (...) Jetzt ist wieder Leben da. Und Sexualität bekommt wieder Raum.»

Die intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität kann zu Trennungen führen. So ist das Trennungs- resp. Scheidungsrisiko bei Krebspatientinnen sechsmal grösser als in der Normalbevölkerung (Glantz et al., 2009). Dabei könnte auch eine Rolle spielen, dass sich bei den Frauen das Bewusstsein für die eigenen Bedürfnisse verändert mit dem Wunsch nach Neuorientierung.

Der Prozess des sich Einlebens in den veränderten Körper und die Auseinandersetzung mit Aspekten der eigenen Weiblichkeit brauchen Zeit. Etlichen betroffenen Frauen gelingt es nach ein bis zwei Jahren, sich mit der körperlichen Entfremdung zu arrangieren bzw. sich auf den veränderten Körper einzustellen was jedoch nicht heisst, dass die Frauen den lustvollen Zugang zur Sexualität (wieder) gefunden haben (Bakewell & Volker, 2005). Das Gefühl der Selbstwirksamkeit, Ressourcen vor der Erkrankung und das Aneignen von erweiterten sexuellen Fähigkeiten können die Adaptionsprozesse unterstützen (Bergelt, Welk, & Koch, 2003).

«Es ist mir relativ gut gelungen mit dem Brustverlust umzugehen. (...) Nach dem Entscheid, die Brüste zu amputieren, bin ich voll und ganz dahinter gestanden. Und das habe ich gespürt.»

Gemäss der These von Akashe-Böhme & Böhme (2005) und in Anlehnung an das salutogenetische Verständnis, sind eine Krankheit und die damit verbundenen (sexuellen) Prozesse nicht einfach Geschehnisse, sondern auch mit Verhaltensweisen verbunden. Eine Brustkrebserkrankung mit einer Ablatio Mammae kann somit als eine Aufgabe begriffen werden, bei der die betroffene Frau ein neues Gleichgewicht, auch in der Sexualität, suchen muss. Demzufolge ist Krankheit kein «Einwand gegen das Leben» sondern vielmehr eine «Form des Lebens» (Akashe-Böhme & Böhme, 2005). Unliebsame Veränderungen können auch als Chance verstanden werden, die neue Perspektiven eröffnet und auch sexuelle Entwicklungsprozesse anregt.

«Vorher bist du im Bett gewesen und hast einfach Sex gehabt. Jetzt ist alles überlegter. Es ist wirklich speziell: mehr präsent, mehr bewusst (...) es fühlt sich alles greifbarer an.»

«Nach so einem Einschnitt gibt es einen totalen Wandel als Frau, so habe ich das erlebt (...) es ist für mich eine neue Chance, ein anderes Erleben, vor allem auch durch meinen neuen Partner.»

Grenzen im sexuellen Genusserleben nach einer Ablatio Mammae können als Anzeichen einer Entwicklung gesehen werden. Es geht um einen Zuwachs an Selbsterfahrung, um Selbstwirksamkeit im Umgang mit verschiedenen Situationen und ein Vertreten der eigenen Stimmigkeit und sinnlicher Leiblichkeit (Schnarch, 1991). Eine Sexualberatung kann unterstützend wirken.

6.7 Veränderte Sexualität ein Jahr nach der Brustentfernung

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Erfahrung einer Brustentfernung auf alle Aspekte des Verständnisses von Sexualität auswirkt. Frauen sind mit Herausforderungen sowohl auf physischer, psychischer, kognitiv-spirituelle und paardynamischer Ebene konfrontiert. Auch ein Jahr nach der Brustentfernung werden einschränkende Veränderungen im Erleben

lustvoller weiblicher Sexualität geschildert. Weniger die Brustentfernung steht im Mittelpunkt der Schilderungen, sondern das Gesamtpaket an Folgen, die nach Brustkrebs-Therapien auftreten können und welche die Sexualität und die Wahrnehmung längerfristig beeinflussen.

Ausser der operativen Behandlung der Brust führen Chemo- und Hormontherapie zu kurz- oder langfristigen Veränderungen des sexuellen Erlebens, vor allem wegen Scheidentrockenheit, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Lustlosigkeit und frühzeitiger Menopause. Zusätzlich belastend sind Körperbildveränderungen sowie Beziehungsprobleme. Unabhängig von der Behandlung ist bei Frauen im gebärfähigen Alter die Wahrscheinlichkeit, nach einem Brustkrebs sexuelle Funktionsstörungen zu entwickeln, grösser als bei älteren Frauen (Bergant, 2006). Wobei der Beziehungsstatus, die gesellschaftlichen Konzepte und Vorstellungen von Sexualität und die Bedeutung der Sexualität im jeweiligen Lebensabschnitt eine Rolle spielen.

Körperbildveränderungen, sexuelle Dysfunktionen und Beziehungsprobleme beeinflussen die lustvolle Sexualität ungünstig. Sexualität als Zusammenspiel von Wissen, Sinnesempfindungen, inneren Vorstellungen und Gefühlen mit dem eigenen Körper und einem Gegenüber verlangt eine neue Ordnung, damit Lust und Genuss wieder erfahrbar wird.

Betroffene Frauen wünschen sich mehr Informationen und vor allem Gesprächsmöglichkeiten in Bezug auf ihr verändertes Erleben. Dass ihnen bei Sexualstörungen Medikamente und Produkte ohne begleitende sexologische Beratung verschrieben werden, ist für die betroffenen Frauen unbefriedigend. In der Schulmedizin stehen die physischen Auswirkungen von Brustkrebs auf die Sexualität im Fokus. Gespräche zu veränderter Sexualität haben in der Regel informativen Charakter, und es steht dabei die funktionale Sexualität im Vordergrund. Die Frauen werden über Auswirkungen von Therapien und entsprechende sexuelle Dysfunktionen aufgeklärt.

Ein kurzes Gespräch und erste Lösungsversuche auf somatisch-medizinischer, eher funktionaler Ebene reichen aber nicht aus, die veränderte Sexualität von Frauen mit einer Ablatio Mammae ganzheitlich zu erfassen. Nicht selten sind diese Interventionen nicht ausreichend wirksam oder werden von den Betroffenen nicht angenommen; insbesondere bei Körperbildveränderungen, sexueller Unzufriedenheit oder Paarproblemen auf psychischer Ebene (Corona et al., 2016; Mamié, 2017a).

Da das sexuelle Erleben sowie Sexualität im Zusammenhang mit Krankheit in unserer Kultur Tabus sind, wird die Auseinandersetzung mit diesen Themen vermieden. Dies unterstützt die Aufrechterhaltung der Symptomatik bzw. die betroffenen Frauen werden mit

ihrem veränderten Erleben allein gelassen. Wie mit Patientinnen über Sexualität gesprochen wird und welche diesbezüglichen Interventionen angeboten werden, ist im Wesentlichen von der Sichtweise der Gesundheitsfachperson bezüglich Sexualität geprägt (Balint, 2010). Zur Unterstützung der Kommunikation mit der Patientin können Modelle wie PLISSIT (Annon, 1976) und BETTER (Cohen, 2004) beigezogen werden, die insbesondere auf die Wichtigkeit der Gesprächseröffnung (offenes Ansprechen der Thematik, um Gesprächserlaubnis bitten) und die individuelle Patientenedukation (Information, Schulung, Beratung) hinweisen. Doch auch diese Modelle können nicht garantieren, dass sich Frauen in ihrem veränderten sexuellen Erleben wahrgenommen fühlen und dem Bedürfnis nach Gesprächen Rechnung getragen werden kann. Das Signalisieren von Gesprächsbereitschaft bzw. das direkte Ansprechen durch das behandelnde Team entlastet die betroffene Frau bezüglich des doppelten Tabus «Krankheit und Sexualität» und unterstützt sie in ihrem Stressmanagement (Stead, Brown, Fallowfield, & Selby, 2003). Zudem bietet das Ansprechen den Frauen Gelegenheit, sich ganzheitliche Unterstützung sowie Trost und Ermutigung zur sexuellen Weiterentwicklung zu holen. Sexualität als Lebensqualität anzuerkennen, heisst deshalb: Betroffene Frauen nach dem Erleben ihrer Sexualität zu fragen, mit Hinweisen auf die Möglichkeit einer professionellen Sexualberatung. Team-Fortbildungen zu diesem Thema können den Blick für Faktoren lustvoller Sexualität schärfen und eine interprofessionelle Zusammenarbeit zugunsten der betroffenen Frauen bzw. besseren Patienten-Outcomes anregen (Sottas, 2016).

Als belastend beschreiben die Frauen Teilaspekte des Körpererlebens, die im Zusammenhang stehen mit Wissen, Wahrnehmung, Gefühlen, inneren Vorstellungen in Bezug auf ihren Körper. Durch das Entfernen der Brust erfahren betroffene Frauen eine Veränderung ihres Körperbilds, das bei der Einschätzung der eigenen Weiblichkeit, sexueller Attraktivität und Identität eine zentrale Rolle spielt (Sims & Meana, 2010). Der eigene Anspruch und die Vorstellung, wie der Körper zu sein und wie er sich darzustellen hat, sind bei Frauen oft inkongruent mit ihrem Wirklichkeitserleben («Beratung zu sexuellen Problemen bei Patientinnen mit Mammakarzinom», 2007). Eine negativ erlebte Körperveränderung korreliert mit einem verminderten Selbstwertgefühl («ich bin nicht mehr begehrenswert, nicht mehr attraktiv»), sexuellem Vermeidungsverhalten und einer Qualitätseinbusse bei der Sexualität (Karabulut & Erci, 2009; Kaufmann & Ernst, 2000). Verunsicherung in der sexuellen Selbstsicherheit wird aber nicht nur durch den Verlust des Weiblichkeitssymbol Brust induziert, sondern auch durch Gewichtszunahme, Hautbildveränderungen und Haarverlust. Diese Nebenwirkungen der Krebstherapie stehen nicht im Einklang mit gesellschaftlichen Geschlechtsstereotypen. Dies führt bei den betroffenen Frauen zu einem expliziten und

impliziten Unwohlsein im eigenen Körper. Die plötzlich eintretenden Wechseljahre als Folge einer Antihormontherapie und radikale Unterleibsoperationen konfrontieren junge krebserkrankte Frauen mit dem Verlust eines weiblichen Organs und der Fertilität.

Die äussere und innere Körperbildveränderung trifft eine verwundbare Stelle in der weiblichen Identität und führt zu einer Identitätskrise, die umschrieben werden kann als narzisstische Kränkung, Erschütterung des «So-Seins» als junge Frau. Veränderungen des äusseren Körperbilds (z.B. Brustentfernung) und im Körperinnern (z.B. Gebärmutterentfernung) fordern Prozesse wie Abschied, Loslassen und Trauern sowie später Annehmen und Neubesetzen.

Ein Zusammenhang zwischen dem subjektiven Körperbild und sexueller Erregbarkeit, Aktivität und Zufriedenheit zeigt sich mehrfach in Studien (Seal, Bradford, & Meston, 2009). Frauen mit geringer Körperzufriedenheit und abwertendem Genitalselbstbild sind besorgt und verunsichert über ihre Erscheinung während sexueller Interaktionen (Woertman & Brink, 2012) und geniessen Sexualität weniger (Cash et al., 2004). Bei Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper wird auch Selbstbefriedigung signifikant weniger genutzt (Wiederman & Pryor, 1997). Folgende Kausalkette kann deshalb postuliert werden: Unzufriedenheit mit dem Körperbild führt zu einem unsicheren Selbstbild und wirkt sich negativ auf das sexuelle Selbstwertgefühl und die sexuelle Selbstsicherheit aus, was wiederum den sexuellen Genuss bzw. die Wahrnehmung einschränkt (Schick et al., 2010). Im Vergleich zu vor der Erkrankung erleben Frauen eine Verunsicherung bezüglich sexueller Selbstsicherheit, Geschlechtsstereotyp und sexuellem Archetyp im Zusammenhang mit Mütterlichkeit und Fertilität.

Die Wahrnehmung und das Erleben des eigenen Körpers hat im Kontext einer Brustentfernung grosse Bedeutung. Durch die Operation und begleitende medikamentöse Massnahmen verändert sich die Wahrnehmung der Sinnesempfindungen an den Leibesinseln. Berührungen am Narbengewebe oder an den Implantaten werden als unangenehm erlebt und vermieden. Als Folge der sexuellen Dysfunktionen werden Berührungen im Genitalbereich als unangenehm oder verändert wahrgenommen. Durch das veränderte Erleben und die Vermeidungshaltung gegenüber der eigenen Leiblichkeit geht häufig das Vertrauen in den eigenen Körper verloren (Marquard, 2016; Schover et al., 1995), was sich wiederum negativ auf die sexuelle Selbstsicherheit auswirkt. Zusätzlich zum veränderten Erleben in der Leiblichkeit führt die Diskrepanz zwischen Ideal und tatsächlichem Aussehen zu einer normativen Unzufriedenheit, die sich in einer Vermeidungshaltung gegenüber Sexualität, Zärtlichkeit und Nähe zeigen kann (Rodin, Silberstein, & Striegel-Moore, 1984).

Innerhalb des ersten Jahres nach Behandlungsbeginn lässt sich bei 50% aller Brustkrebserkrankten Frauen mindestens eine sexuelle Dysfunktion diagnostizieren (Andersen et al., 1989). Diese Begleiterscheinung der Therapie beeinträchtigt auch das sexuelle Wohlbefinden der Interviewpartnerinnen und hat Auswirkungen auf die sexuelle Beziehung mit sich und einem Gegenüber. Aufgrund des veränderten Körperbilds, der sexuellen Dysfunktionen und der Lustlosigkeit wird sexuelle Intimität allein oder als Paar vermieden. Dies führt zu unterschwelligem oder offenen Paarkonflikten, begleitet von Verlustängsten und schlechtem Gewissen gegenüber dem Partner. Das Paar befindet sich in einem Konfliktzirkel aus Rückzugs- und Vermeidungsverhalten (Clement, 2016a). Fehlende Ressourcen in der verbalen und sinnlichen Kommunikation bereits vor der Erkrankung erschweren den Umgang mit veränderter Sexualität in der Partnerschaft.

Die Brustentfernung und die Therapiemaßnahmen haben Auswirkungen auf die sexuelle Befindlichkeit beider Partner. So können die Partner unter anderem unter Ängsten und depressiven Symptomen leiden (Grunfeld et al., 2004). Studien zur Lebensqualität von Angehörigen zeigen, dass die gemeinsame Bewältigung von Krankheit im Verlauf günstiger ist als eine einseitige Unterstützung des Betroffenen durch den Partner (Snyder & Halford, 2012). Diese Erkenntnis kann auch auf die veränderte Paarsexualität übertragen werden. Besonders wichtig ist deshalb das Angebot, auf Wunsch den Partner in die Beratungsgespräche miteinzubeziehen. Die gegenseitige und wechselseitige Unterstützung und Ressourcennutzung im Sinne eines dyadischen Copings (gegenseitige Unterstützung in belastenden Situationen) hilft Paaren, ihre Beziehung und Sexualität in der Veränderung als Chance zu nutzen. Verändertes sexuelles Erleben auf Seiten beider Partner kann Anstoss sein, als Paar vertiefter ins Gespräch zu kommen, und eine partnerschaftliche Entwicklung anregen (Rosenberger et al., 2012; Schnarch, 2014). Die Krebserkrankung und veränderte Sexualität werden dabei als gemeinsame Herausforderung angesehen, als gemeinsame Aufgabe, in der beide Leid erfahren, aber auch beide zur Bewältigung beitragen.

Die Auswirkungen der Krebserkrankung führen zu Einschränkungen im sexuellen Genusserleben, die auf die Ganzheit der Frau als sexuelles Wesen Einfluss haben – allerdings nicht zwangsläufig. Schover et al. (1995) zeigt in seiner retrospektiven Studie, dass der allgemeine Gesundheitszustand, die Qualität der partnerschaftlichen Beziehung, das Körperbild und das Sexualleben vor der Erkrankung viel bessere Prädiktoren für die spätere Sexualität sind als das Ausmaß der Therapien.

Frauen verfügen über unterschiedliche Ressourcen im Umgang mit Sexualität nach der Brustentfernung. Wobei eine Ressource von einem Potential zu unterscheiden ist: Eine

Ressource steht bereits zur Verfügung ein Potential liegt latent bereit und kann sich noch entwickeln (Clement, 2016b). Diese Ressourcen stehen im Zusammenhang mit den erlernten sexuellen Fähigkeiten vor der Erkrankung (vgl. Kapitel 3). Im Wesentlichen sind dies: Verankerung im Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit, Wahrnehmung von Körper und Geschlecht, modulierbarer Erregungsmodus, Paarqualität und Kohärenzgefühl. Unter dem Blickwinkel des integralen, salutogenetischen Ansatzes hat eine Frau nach einer Brustentfernung nach wie vor gesunde sexuelle Anteile, die sie zur Erweiterung ihres Potentials nutzen kann. Durch den medizinischen Eingriff wird die Sexualität der Frau zwar von aussen bzw. durch einen indirekten Faktor aus dem Gleichgewicht gebracht. Es stehen ihr aber auch angeeignete sexuelle Fähigkeiten zur Verfügung, die sie für Adaptionsprozesse nutzen kann. Je reichhaltiger die sexuellen Fähigkeiten vor der Erkrankung sind, desto einfacher ist Anpassung an die neue Situation. Dies ist vergleichbar mit der sportlichen Fitness, wo eine gute Grundkonstitution Genesungsprozesse beschleunigen kann. Ebenso spielt die persönliche Haltung zu Gesundheit und Krankheit eine Rolle im Umgang mit der Sexualität nach einer Brustentfernung. Durch eine salutogenetische Einstellung kann die Krankheit durchaus als Chance gesehen werden, die weitere, unter anderem sexuelle Entwicklungen anstossen kann oder gar einfordert (Curtis, Groarke, McSharry, & Kerin, 2014).

Abschliessend kann gesagt werden, dass Frauen in der Zeitpanne von vor der Erkrankung bis ein Jahr nach der Brustentfernung einschneidende Veränderungen in ihrer Sexualität und Körperwahrnehmung erleben. Sie befinden sich in einer Übergangsphase und Zeit der Neuorientierung. Der Zugang zur lustvollen Sexualität und den eigenen Ressourcen kann durch den indirekten organischen Einfluss der Erkrankung erschwert sein. Das Aneignen von erweiterten sexuellen Fähigkeiten kann nach einer Brustentfernung von zentraler Bedeutung sein, um das Potential genussvoller Sexualität auszuschöpfen bzw. entwickeln zu können. Es gehört zur modernen Behandlung von Brustkrebs, dass die Patientinnen während oder nach Abschluss der medizinischen Behandlungen an Fachpersonen weitergeleitet werden, welche die Patientinnen bezüglich Lebensqualität und Gesundheit weiter unterstützen. Bei der Behandlung von längerfristigen Therapiefolgen sollte auch die Sexualität ganzheitlich miteinbezogen werden. Das bedeutet: Die Sexualität als Lebensqualität im Fokus haben und Frauen mit einer Ablatio Mammae bei Bedarf in eine ganzheitliche Sexualtherapie überweisen, damit diese die eigene Leiblichkeit wieder lustvoll erleben können.

7 Sexualberatung nach Sexocorporel

Theoretischer Hintergrund für dieses Kapitel bildet ein Modell, das sich einerseits mit der Entstehung von sexueller Gesundheit befasst und andererseits die in Kapitel 3 beschriebenen Aspekte lustvoller weiblicher Sexualität berücksichtigt. Ebenso werden onkosexologische Interventionen im Kontext einer Brustentfernung allgemein vorgestellt.

7.1 Modell Sexocorporel

Während sexualwissenschaftliche Modelle unter anderem von Master und Johnson (Masters et al., 1985) und Helen Kaplan (Kaplan, 1999) die Funktion bzw. die Reaktionszyklen in den Vordergrund stellen, stellt das Modell Sexocorporel Aspekte der sexuellen Gesundheit und das persönliche Erleben in den Fokus. Dabei werden vier Komponenten sexueller Gesundheit unterschieden, die beim Ausüben und Erleben der Sexualität interagieren und sich gegenseitig beeinflussen (**Abbildung 4**):

1. Physiologische Komponente, unter anderem Wahrnehmung der Sinnesempfindungen und Erregungsmodus;
2. Kognitive Komponente mit Vorstellungen, Ideologien, Normen und Werten;
3. Persönliche Komponente, unter anderem mit dem Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit als zentralen Aspekt;
4. Beziehungskomponente, welche erlernte Fähigkeiten in der Beziehung darstellt.

In der Realität interagieren die Komponenten und werden entsprechend in enger Verbindung betrachtet. Denn dieses Modell geht davon aus, dass Körper und Geist eine Einheit bilden, in der sich Vorgänge auf der einen Ebene direkt in der anderen Ebene spiegeln, vergleichbar mit dem Konzept des Embodiment (Tschacher & Storch, 2012). Expliziter und impliziter Körper beeinflussen sich gegenseitig: Sexualität ist ein Zusammenspiel von Geist, Psyche, Körper und Verhalten. Emotionale, mentale, soziale, spirituelle sowie verhaltensmässige Faktoren nehmen direkt Einfluss auf die Sexualität als zentralen Aspekt der Lebensqualität. Veränderungen werden salutogenetisch betrachtet, im Sinn von lebenslanger Entwicklung, die neue sexuelle Lernprozesse mit sich selbst und im Austausch mit anderen erfordert. Die Störanfälligkeit der sexuellen Gesundheit wird nicht in erster Linie durch psychische oder organische Faktoren bestimmt, sondern durch die erlernten sexuellen Fähigkeiten. Je nach Reichhaltigkeit dieser Fähigkeiten und der Adaptabilität wirkt sich zum Beispiel eine Krankheit stark oder wenig auf die Sexualität aus. Sexuellen Herausforderungen, wie sie eine Ablatio Mammae mit sich bringt, wird mit

körperbezogenen Übungen zur Unterstützung der Funktionsfähigkeit und Erweiterung der Erlebnisfähigkeit bzw. der Wahrnehmung begegnet.

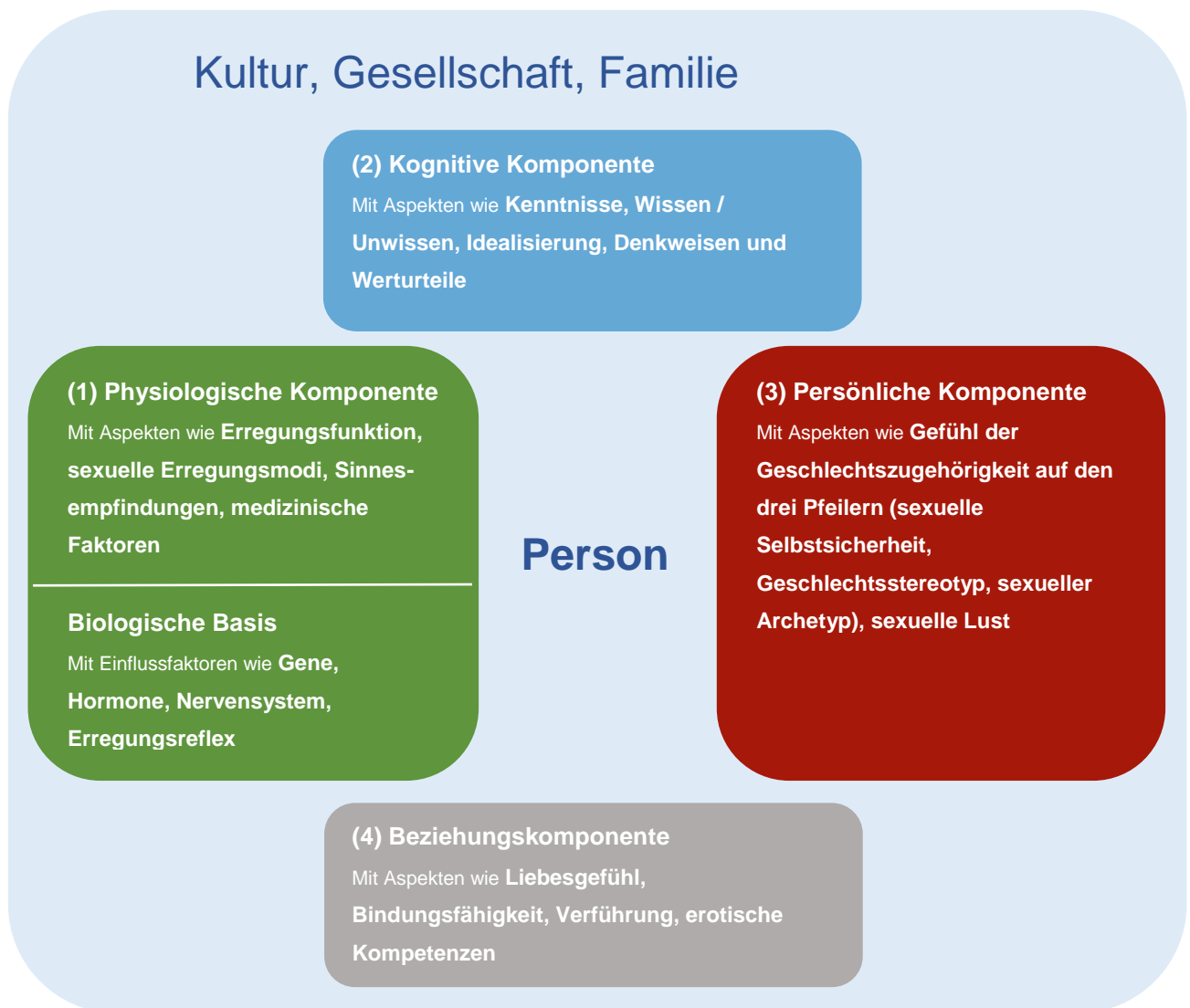


Abbildung 4: Modell Sexocorporel: vier Komponenten sexueller Gesundheit.
Quelle: adaptiert nach (Académie du Sexocorporel, 2010a, S. 8)

7.2 Beratung nach Sexocorporel

Unter Beratung wird hier ein systemischer Prozess verstanden, der über die Dimension einer rein somatisch-funktionalen Unterstützung hinausgeht und auch emotionale, soziale und mentale Komponenten berücksichtigt (Rasmusson & Thomé, 2008). Sexocorporel als Therapiemodell fördert alle Komponenten sexueller Gesundheit. Der sexuelle Genuss, der mit vielfältigen Körper-Erfahrungen unterstützt wird, steht im Zentrum. Der Zugang zu sinnlichem Erleben, Sinneslust und Verankerung im Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit wird

über sexuelle Lernschritte erweitert, die Selbstwahrnehmung und der positive Kontakt zum Körper und Geschlecht werden gefördert. Ausgehend vom erlernten Erregungsmodus wird gezielt mit Körperarbeit und dem Einbezug von Muskelspannung, Bewegung und Atmung gearbeitet, um so positive physiologische Reaktionen zu bewirken sowie Wahrnehmung und Selbstachtsamkeit zu schulen. Dies wiederum induziert positive Kognitionen und Emotionen und stärkt die eigene Geschlechtsidentität, das Selbstbewusstsein und den Stolz auf die eigene Weiblichkeit/Männlichkeit (Bischof, 2016). Eine sichere, verankerte und bejahende Beziehung zu sich selbst wirkt sich auch positiv auf die Paardynamik aus. Weiter wird durch gesprächsbasierte Interventionen das Bewusstsein für die eigene Sexualität geschult, was ein selbstbestimmtes Handeln induziert. Eine als lustvoll empfundene Sexualität wirkt durch entsprechende Endorphinausschüttung appetenzfördernd und es wird nach Befriedigung gesucht. Ein positiver Regelkreis entsteht, der gemäss Bischof (2016) zumindest bei Frauen weit wichtiger ist als hormonelle Einflüsse.

Eine sorgfältige Anamnese bzw. Evaluation von unterschiedlichen Komponenten steht am Anfang der Sexualtherapie nach Sexocorporel. Das betrifft unter anderem folgende Aspekte: Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit zum eigenen Geschlecht, Wahrnehmung des Körpers und Genitals, Erregungsmodus und Genusserleben, allgemeine Wertvorstellungen und Rollenbilder sowie Fähigkeiten in der Beziehungskomponente. Aufgrund der erhobenen Daten, auch Logik des Systems genannt, wird individuell und basierend auf bereits erfolgten Lernprozessen ein Beratungsplan erstellt, bei dem das Anliegen der Klientin/des Klienten im Zentrum steht.

7.3 Sexualberatung im Kontext einer Brustentfernung

Sexuelle Herausforderungen, die im Rahmen einer Brustkrebserkrankung auftreten können, haben eine multifaktorielle Genese (Folgeerscheinungen der medizinischen Therapien als indirekte Einflussfaktoren, psychische Aspekte im Zusammenhang mit dem Körperbild, psychosoziale Aspekte und direkte Einflussfaktoren weiblicher Sexualität vor der Erkrankung), inklusive Angst, Stress und Verleugnung (Alferi et al., 2001). Gemäss Studien und den Ergebnissen der vorgestellten Interviews betreffen die häufigsten sexuellen Anliegen von Frauen nach einer Brustentfernung und medizinischer Therapie Verunsicherung im Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit insbesondere durch die Körperbildveränderung, sexuelle Funktionsstörungen (Krychman & Katz, 2012) sowie Verlustängste und Kommunikationsprobleme in der Partnerschaft (Wollenschein et al., 2005). Gelebte lustvolle Sexualität und weibliche Identität befinden sich in einem Umbruch: Alte Strukturen kommen

teilweise an ein Ende, die neuen sind noch unklar. Ein Übergang steht an, der durch fachspezifische Unterstützung begleitet werden kann.

Im Folgenden werden einzelne sexo-onkologische Interventionen der Beratung nach Sexocorporel ausgeführt, welche die Autorin als bedeutsam für die Begleitung von Frauen nach einer Brustentfernung erachtet. In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass Sexualität und Sexualberatung für eine Frau mit einer Ablatio Mammae wichtig sein können, aber nicht müssen (Buddenberg, 2005).

Schulung der Wahrnehmung von Sinnesempfindungen

Krebspatienten haben häufig Angst, der Krebs könne zurückkehren (Bernhard & Dietrich, 2008). Auch ein Jahr nach der Diagnose sind ca. 30% der Frauen ängstlich, übermässig gestresst und leiden an einer klinisch relevanten Depression (Herschbach et al., 2004). Angst und Depression korrelieren bei Frauen mit sexuellen Funktionsstörungen. Die sympathische Stressaktivierung erhöht den Muskeltonus, schränkt die Beweglichkeit des Körpers ein und führt zu einer flachen Atmung. Dies wiederum vermindert die Durchblutung des gesamten Körpers, insbesondere der Geschlechtsorgane, hemmt das Lusterleben und lässt weniger genussvolle Sinnesempfindungen zu (Ulrich-Lai et al., 2010). Fehlende vaginale Blutfülle und Lubrikation führt zu Schmerzen beim Geschlechtsakt und verminderter Wahrnehmung.

Es braucht Informationen sowie Anleitungen zu Körpermodulationen in Bewegung, Rhythmus, Atmung und Muskeltonus, um das Wahrnehmen von Sinnesempfindungen und das Wohlbefinden unter anderem auf der funktionalen Ebene zu unterstützen. Je nach Erregungsmodus vor der Erkrankung können neue Lernschritte in Bezug auf Körpermodulationen angebracht sein. Es gilt, zwischen erhöhtem Muskeltonus (fokussierende Qualität) und Entspannung (diffundierende Qualität) zu pendeln und so die eigenen Erlebnisfähigkeiten zu erweitern. Der Blutfluss wird verstärkt und eine grössere Modulationsfähigkeit der sexuellen Erregung erreicht. Diese Fähigkeit führt zu physischer und emotionaler Entspannung, die Voraussetzung für das Genusserleben ist (ISP Uster, 2017). Eine Studie zeigt, dass Entspannungsübungen in Kombination mit physischer Aktivität während sechs Monaten unter anderem zu einer Verbesserung des Erlebens führen (Duijts et al., 2012). Hochwertige Pflegeprodukte für den Intimbereich können Empfindungen positiv unterstützen.

Das Ziel der Beratung ist nicht immer das Wiederaufnehmen der Sexualität in der gewohnten Funktionalität, sondern vielmehr das In-Kontakt-treten mit dem veränderten Körper und das möglichst genussvolle, entspannte Gewahrsein der eigenen Leibesempfindungen im

Jetzt. Durch den positiven Körper-Kontakt mit sich als Frau können zudem eigene Wünsche, Bedürfnisse, Fragen wahrgenommen und ausgedrückt werden, körperlich wie emotional. Die Frau kann zur aktiven Gestalterin ihrer individuellen Sexualität und sexuellen Gesundheit werden.

Zugang zum veränderten Körper durch Berührung

Die Bedeutung des Körperbilds im Zusammenhang mit Sexualität wird in vielen Sexualtherapien wenig beachtet (Pika & Stirn, 2016). Brustprothetische Versorgung und weitere Unterstützungsmöglichkeiten in Bezug auf die äussere Erscheinung (zum Beispiel Kosmetikkurse, Modeberatung), erleichtern Frauen die Anpassung an das veränderte Körperbild (Gallagher, Buckmaster, O'Carroll, Kiernan, & Geraghty, 2010). Dennoch erschliessen diese äusseren Massnahmen keinen direkten Zugang zum Körper, und die Verankerung als Frau wird dadurch nur auf der Ebene des Geschlechtsstereotyps unterstützt.

Eine Brustentfernung und Hormontherapien mit plötzlichem Eintreten der Wechseljahre fordern Übergangsprozesse und ein Neubesetzen des Körpers. Über taktile Auseinandersetzung und die damit verbundenen Emotionen wird diesem Prozess Raum gegeben, denn eine Beziehung zum Körper stellt sich leichter über das Berühren ein als über das bloss Betrachten (Bischof, 2012). Sexocorporel-Interventionen erschliessen über bewusste und vielfältige Berührung den Körper und das Geschlecht nach einer Ablatio Mammae (neu) und stärken dadurch das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit. Die eigene Leiblichkeit wird neu begriffen und ins Selbstbild integriert. Die Exploration der verschiedenen Leibesinseln eröffnet neue sinnliche Erlebnisräume, der Körper wird in seiner Gesamtheit bewohnt.

Kognitive Auseinandersetzung mit dem eigenen Verständnis als Frau

Gedanken, Vorstellungen, Werte und Normen bezüglich der Sexualität im Zusammenhang mit dem Körperbild, der Attraktivität und dem Selbstkonzept als Frau können das Lusterleben sowohl steigern als auch hemmen (Kringelbach & Berridge, 2010). Zensurierende Gedanken, Normen, die Sexualität stark negativ werten, und hohe Schönheitsideale («ich bin nicht attraktiv oder keine vollwertige Frau mehr») unterstützen das Genussempfinden in der Regel nicht. Somatische Sexocorporel-Interventionen, kombiniert mit hypnosystemischen Ansätzen wie z.B. Imaginationen, können kognitive Haltungen effektiv beeinflussen und umstrukturieren. Informationen rund um weibliche Sexualität und kognitive Therapien können dazu beitragen, Glaubenssätze zu hinterfragen und die als problematisch wahrgenommene Situation in einen anderen Kontext zu setzen («Reframing») (Schmidt, 2015).

Verbale und sinnliche Kommunikation in der Paarbeziehung

Auf der Suche nach Gleichgewicht und sexueller Gesundheit spielt die Beziehungskomponente eine wichtige Rolle. Sie ermöglicht die Befriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit, die wesentliche Bestandteile der Sexualität sind (Beier & Loewit, 2004). Verunsichernde Veränderungen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene erhöhen bei betroffenen Frauen den Wunsch nach Angenommensein, Sicherheit und Schutz zur Wiederherstellung der Lebensbalance. Dieses Bedürfnis kann durch sexuelle Kommunikation erfüllt werden, die zugleich Ausdruck und Voraussetzung für die Partnerschaftsqualität ist (Beier & Loewit, 2004).

Interventionen nach Sexocorporel unterstützen die sexuelle Kommunikation des Paares, indem sie körperliche, entspannte Sinnlichkeit anregen, vertiefen und erweitern, unter anderem mit Streichel-, Berührungs- und Interaktionsübungen, zum Beispiel dem Hamburger Modell (Hauch, 2013). In einem klar definierten Übungssetting wird dem Körper und den Leibeserfahrungen im Kontakt mit einem Gegenüber Aufmerksamkeit geschenkt, jedoch ohne Absicht und Ziel, den Geschlechtsverkehr zu vollziehen oder einen Orgasmus zu haben. Solche Interventionen sind ergebnisoffen, stärken das Bindungsgefühl und führen zu körperlicher und emotionaler Entspannung.

Ausgehend vom Anliegen und den Ressourcen der betroffenen Frau stärkt Sexualberatung nach Sexocorporel im Kontext einer Ablatio Mammae das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit. Die sexuelle Selbstsicherheit als zentraler Anker des sexuellen Erlebens steht im Fokus und wird über die Körperwahrnehmung gestärkt.

Die Sexualberatung nach Sexocorporel unterstützt das Genusserleben auf physiologischer Ebene durch Erweiterung des Erregungsmodus und fördert die (sinnliche) Kommunikation des Paares unter anderem durch Körpermodulationen.

8 Praxistransfer anhand eines Beispiels aus der Beratungspraxis

Dieses Kapitel beantwortet die Frage, welchen Beitrag Sexualberatung nach Sexocorporel bei Frauen nach einer Brustentfernung leisten kann. Der Praxistransfer erfolgt anhand eines Beispiels aus der Beratungstätigkeit der Autorin in einer onkologischen Praxis.

8.1 Rahmen und Setting

Durch die Sensibilisierung des Arztes und der leitenden Pflegeexpertin auf das Thema «Veränderte Sexualität nach einer Krebserkrankung» steht allen Patientinnen und Patienten einer onkologischen Praxis die Möglichkeit einer Sexualberatung offen. Dabei arbeiten das medizinische Praxisteam und die Sexualberaterin interdisziplinär zusammen. In der Regel werden Betroffene mehrmals während des Therapieverlaufs vom medizinischen Team auf ihr sexuelles Erleben als Aspekt von Lebensqualität angesprochen. Die Patienten werden darüber informiert, dass die Therapien möglicherweise das sexuelle Erleben beeinträchtigen können. Aus Zeitgründen steht in diesen Gesprächen die funktionale Sexualität im Vordergrund. Es wird den Betroffenen jedoch stets die Möglichkeit einer praxisinternen, ganzheitlichen Sexualberatung empfohlen.

Eine betroffene Frau, sie wird hier Frau Keller genannt, nutzt die Möglichkeit der Sexualberatung nach einem Gespräch mit dem Arzt über veränderte Sexualität ein knappes Jahr nach der Ablatio Mammae. Die zwölf Beratungssequenzen, die je 60 Minuten dauern, finden während eines Jahres in der vertrauten onkologischen Praxis statt. Zu sechs der Beratungen kommt Frau Keller allein, zu den anderen sechs gemeinsam mit ihrem Mann. Einzel- und Paarberatungen werden je nach Bedarf und Absprache durchgeführt.

Zum Zeitpunkt der Erstberatung ist Frau Keller 37 Jahre alt. Seit 20 Jahren ist sie mit ihrem Partner in einer Liebesbeziehung, seit elf Jahren sind die beiden verheiratet. Sie haben zwei Kinder im Alter von 7 und 9 Jahren. Sie ist seit der Erkrankung mehrheitlich zu Hause, arbeitet aber stundenweise in einer Bäckerei. Vor der Erkrankung hat sie gerne und oft genäht. Ihr Mann arbeitet neu Schicht.

Den Knoten in der Brust entdeckte Frau Keller beim Duschen. Kurze Zeit später wurde die Diagnose Brustkrebs gestellt. Die betroffene Brust wurde teilweise entfernt. Begleitende Therapiemassnahme ist die Antihormontherapie. Eine Rekonstruktionsoperation steht zum Zeitpunkt der Beratung noch zur Diskussion.

8.2 Anliegen

Seit der Erkrankung hat Frau Keller keine Lust mehr auf Sexualität. Sie fühlt sich in ihrem veränderten Körper unattraktiv und leidet unter einem verminderten Selbstwert als Frau. Beim Geschlechtsverkehr erlebt sie starke Schmerzen. Das Paar lebt wie Bruder und Schwester zusammen.

8.3 Evaluation der Sexualität vor der Erkrankung

Frau Keller schildert ihr Sexualeben vor der Erkrankung als «normal», worunter sie den schmerzfreien monatlichen Geschlechtsverkehr mit Orgasmus versteht, bei dem sie vor allem die Nähe und Verbundenheit zu ihrem Mann und seine sexuelle Zufriedenheit genießt. Initiiert wird der Akt von ihrem Mann. Ebenso kennt sie die seltene Selbstbefriedigung, welche sie als Entspannungsritual erlebt. Sie gelangt durch klitorale Stimulation mit der Hand oder dem Duschstrahl mehrmals hintereinander zum Höhepunkt. Dabei ist das sexuelle Bewegungsmuster (Erregungsmodus) verbunden mit hoher Muskelspannung, flacher Atmung und wenig äusserer Körperbewegung. Die Wahrnehmung der Sinnesempfindungen an den Leibesinseln Brüste und Geschlecht sind von fokussierender Qualität und werden als teilweise unangenehm erlebt. Über Sexualität macht sie sich keine grossen Gedanken: «Es gehört halt dazu (...) klappt ja auch.»

Sie beschreibt sich als sinnliche, natürliche Frau, mit Blick fürs Ästhetische. Frau Keller orientiert sich an einem geschlechtsstereotypen Idealbild mit grossen Brüsten, schlankem Körper und langen Haaren. Sie zeigt sich selber gerne in figurbetonen Kleidern und freut sich über Komplimente von Männern in Bezug auf ihre optische Erscheinung. Frau Keller investiert in ihr Erscheinungsbild durch Sport und eine kalorienarme Ernährung. Vor der Erkrankung war sie mit ihrem äusseren Erscheinungsbild zufrieden und fühlte sich wohl in der eigenen Haut. Der Körper wird als wichtiger, aber unter Kontrolle zu haltender Begleiter empfunden, die Brüste als zentrales weibliches Merkmal, auf die sie stolz ist. Sie beschreibt ein unscharfes, wenig positiv besetztes Bild ihrer Vagina und benennt sie mit «Da unten».

Ihre langjährige Beziehung erlebt sie als intakt, wenn auch zunehmend einer Bruder-Schwester-Beziehung ähnlich. Im Lauf der Jahre und durch den Familienzuwachs sind sie als gutes Team zusammengewachsen, getragen von gegenseitiger Wertschätzung und Respekt. Die Frage nach einem dritten Kind steht nach wie vor latent im Raum, wird aber nicht offen diskutiert.

Die erotische Qualität der Beziehung, sinnliche Freuden und Verführung, alltägliche Zärtlichkeiten, gemeinsame Aktivitäten und Gespräche finden wenig bis kaum mehr statt. Die

verbale Kommunikation beschränkt sich auf Alltagsbegebenheiten, die Kinder und Organisatorisches. Frau Keller vermisst das Umworben- und Verführt-werden von ihrem Partner und sehnt sich nach alten Zeiten zurück. «Wir leben wie Bruder und Schwester. Niemand von uns weiss so richtig, wie wir mit Sex beginnen wollen. Wenn Sex stattfindet, ist er schon gut, aber wir reden nicht darüber.»

8.4 Evaluation der Sexualität nach der Brustentfernung

Zum Zeitpunkt der Erstberatung berichtet Frau Keller über eine massive Abnahme ihrer sexuellen Aktivität, über Lustlosigkeit in Bezug auf Geschlechtsverkehr und Selbstbefriedigung. Sie führt dies auf die Brustentfernung und den veränderten Hormonhaushalt zurück. «Im Kopf weiss ich, dass ich wieder einmal Sex haben sollte, auch damit mein Mann wieder zufriedener ist. Aber wenn am Abend die Kinder endlich im Bett sind und ich die Wahl zwischen einem Film oder Sex habe, dann wähle ich den Film.» Der selten stattfindende Geschlechtsverkehr ist mit brennenden, reissenden Schmerzen vor allem in der Vagina verbunden. Er wird von Frau Keller nur aus schlechtem Gewissen gegenüber ihrem Mann vollzogen, aus Scham wegen ihrer veränderten Körperlichkeit in Dunkelheit. Während des Geschlechtsverkehrs fühlt sie sich als Objekt und macht sich gleichzeitig Sorgen, ihr Mann könnte sie wegen ihres veränderten Äusseren und sexuellen Desinteresses verlassen.

Empfohlene Zäpfchen zur Befeuchtung der Scheide erleben beide Partner als unangenehm und wahrnehmungseinschränkend. Gleitgels mit durchblutungsförderndem Inhalt verstärken das Brennen in der Vagina. Selbstbefriedigung hat sie seit der Diagnosestellung keine mehr gemacht. Es fehlen die sexuelle Lust davor, der Genuss während und das Gefühl der Entspannung danach. Berührungen an der Brust erlebt Frau Keller als unangenehm, vor allem rund um die Narbe nimmt sie ein Taubheitsgefühl wahr. «Es ist nicht nur die Brust, die sich taub anfühlt. Mein ganzer Körper scheint in eine Art Taubheit geraten zu sein. Er reagiert nicht mehr so wie früher auf Impulse. Berührungen fühlen sich oft gespannt, kühl, unangenehm an. Ich kann mich gar nicht mehr entspannen.»

Weiter belastet Frau Keller ihr verändertes Körperbild. Aufgrund der entstellten Brust und der Gewichtszunahme an Bauch und Oberschenkeln zeigt sie sich kaum mehr nackt. Sieht sie ihr Spiegelbild, überkommt sie eine grosse Trauer und Scham. Sie sehnt sich nach alten Zeiten zurück, als ihr Körper noch unversehrt und zwölf Kilo leichter war und sie ihn durch Sport und gezielte Ernährung formen konnte. Sie vermisst ihre Brust, steht aber im Dilemma zwischen Brustrekonstruktion und Annahme des neuen Körperbilds. Aus Scham verhüllt sie ihren Körper in weite Kleidung, meidet Alltagsberührungen mit ihrem Mann und geht ungern

unter die Leute. Trauer überkommt sie auch beim Gedanken, dass sie wegen der Antihormontherapie keine weiteren Kinder mehr gebären kann. Zudem kämpft sie mit klassischen Wechseljahresbeschwerden, unter anderem starken Hitzewallungen. Dazu kommt eine grosse Müdigkeit, die bei «Cancer Survivorship»-Frauen typisch ist (Bower et al., 2000).

Das Bindungsgefühl zu ihrem Partner ist durch die Erkrankung und den Genesungsprozess gewachsen, nicht jedoch das Gefühl, ein sexuelles, lebendiges Liebespaar zu sein. Sie vermisst die Erotik und Sinnlichkeit in der Partnerschaft. Ebenso fehlt ihr das aktive Verführen von Seiten ihres Mannes, was sie weiter an ihrer Attraktivität zweifeln lässt und Verlustängste auslöst.

Im Beratungsgespräch äussert Herr Keller erstmals seine sexuelle Frustration und Hilflosigkeit. Einerseits verspürt er Lust auf seine Frau, die für ihn auch nach der Brustentfernung und mit Gewichtszunahme attraktiv und begehrenswert ist, andererseits will er sie nicht bedrängen und ihr keine Schmerzen bereiten. Er vermisst ihre sexuelle Zustimmung und ihr Interesse an Körperlichkeit. «Es ist einfach gar nichts mehr! Früher hat sie noch Selbstbefriedigung gemacht oder war mit Sex einverstanden, nun macht sie gar nichts mehr! Auch mich berührt sie kaum mehr.» Er ist verunsichert und fühlt sich als sexueller Mann nicht willkommen.

8.5 Logik des Systems

Die Erkrankung wirkt als indirekter Einflussfaktor auf die bestehende Sexualität von Frau Keller ein, wobei sich durch die Krebserkrankung und die langjährige Antihormontherapie die biologische Basis der Sexualität verändert. Frau Keller erfährt klassische Veränderungen in ihrem sexuellen Erleben, die im Zusammenhang stehen mit dem Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit, der sexuellen Funktion sowie der Partnerschaft. Frau Keller ist in ihrem Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen Geschlecht stark verunsichert. Ihr Frausein ist in den drei Pfeilern sexueller Archetyp (verfrühter Abschied von der eigenen Fruchtbarkeit), Geschlechtsstereotyp (Veränderung des äusseren Erscheinungsbilds) und sexuelle Selbstsicherheit (negatives Körperbild verbunden mit «body shame» und Schmerzen beim Sex) ausser Balance geraten. Ihre Inkongruenz in Bezug auf ihr Frausein zeigt sich im Gefühl, äusserlich nicht attraktiv zu sein und einer Unzufriedenheit mit sich als Frau.

Vor der Erkrankung stabilisierte Frau Keller die Verankerung in der Weiblichkeit vor allem durch ein ideal-stereotypisches äusseres Erscheinungsbild, das unter ihrer kritischen Selbstbeobachtung stand. Umso verunsichernder wirkt sich das veränderte Körperbild auf ihr Selbstverständnis als Frau aus. Der Zugang zu ihrem Körper und die Erotisierung ihres

Geschlechts als wichtige Aspekte der Verankerung im Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit waren auch vor der Erkrankung wenig im Bewusstsein von Frau Keller oder negativ besetzt. Durch das Vermeiden von sexueller Selbststimulation nach der Brustentfernung unterbindet sie zudem den Zugang zu einem positiven Körperbild.

Bereits vor der Erkrankung ist die Wahrnehmung der Sinnesempfindungen durch den engen Erregungsmodus eingeschränkt, was Frau Keller aber durch ihr junges Alter kompensieren kann. Die mit den Therapien verbundenen Emotionen und negativen Gedanken erhöhen die sympathische Stressaktivierung und damit zusätzlich den bereits hohen Grundmuskeltonus von Frau Keller. Hinzu kommt der Hormonentzug, der vaskuläre und neurologische Auswirkungen auf die Sexualorgane und den Körper. Dies alles führt zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, der auch durch hochwertige Intimprodukte kaum gelindert werden kann. Das Narbengewebe im Brustbereich verändert die Wahrnehmung von Sinnesempfindungen.

Auch als sie noch gesund war, erlebte sich Frau Keller wenig aktiv und selbstbestimmt in der Sexualität. Sie überliess Verführung und die Initiative für gemeinsame Sexualität ihrem Mann. Dabei zeigte sich bereits vor der Erkrankung Konfliktpotential, das aber nie aktiv aufgegriffen wurde. Eingeschränkte Kommunikation, unausgesprochene Erwartungen, verminderte sinnliche Ausdrucksmöglichkeiten als Mann und Frau, Zeitknappheit/Stress und sexuelle Routine nahm das Paar in den Krankheitsprozess mit. Die bestehenden Beziehungsthemen sowie der paardynamische Rückzug-Vermeidungskreislauf nach der Brustentfernung verstärken auf beiden Seiten das Gefühl, in einer Wachstumskrise zu sein (Schnarch, 2014). Die Krankheit kann hier als Trigger betrachtet werden. Die paardynamische Krise, in der bewährte Lösungsversuche an ihre Grenzen kommen, induziert bei Herrn und Frau Keller den Wunsch nach gemeinsamer Entwicklung, gerade auch weil sich das Paar durch die gemeinsamen Jahre und die durchlebte Krankheit verbunden fühlt.

Hier zeigt sich der Zusammenhang von Sexualität vor der Erkrankung und veränderter Sexualität nach Brustentfernung. Die erlernten sexuellen Fähigkeiten von Frau Keller vor der Erkrankung beeinflussen ihre Sexualität nach der Brustentfernung; sie dienen als Basis für Adaptionprozesse. Im Kontext der Brustentfernung stösst Frau Keller mit ihren sexuellen Fähigkeiten an die Grenzen ihres genussvollen sexuellen Erlebens. Diese Grenzen äussern sich in Lustlosigkeit, Schmerzen, Unzufriedenheit in der Beziehung und sexuellem Desinteresse. Ihre aktuelle Sexualität erlebt sie als nicht selbstbestimmt.

8.6 Beratungsziel

Durch sexuelles Lernen kann Frau Keller, anknüpfend an vorhandene Ressourcen, neue sexuelle Fähigkeiten erwerben und entwickeln, die für eine lustvolle Sexualität nach einer Brustentfernung notwendig sind. Die Sexualberatung nach Sexocorporel unterstützt Frau Keller salutogenetisch im Erweitern von sexuellen Fähigkeiten und bezieht den Partner als Teil des Systems mit ein. Folgende Teilziele werden angestrebt: Förderung der Verankerung im Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit, insbesondere der sexuellen Selbstsicherheit, Erweiterung des Erregungsmodus und der Körperwahrnehmung und Förderung der verbalen und sinnlichen Paarkommunikation. Das Ziel insgesamt besteht darin, dass Frau Keller genussvolle und schmerzfreie Sexualität allein und mit ihrem Partner erlebt, wobei sie ihren Körper selbstsicher und freudvoll bewohnt.

8.7 Beratungsplan

Im Setting der Einzelberatung wird das sexuelle Lusterleben von Frau Keller durch Wahrnehmung von Sinnesempfindungen an den verschiedenen Leibesinseln gefördert, dazu zählen insbesondere beide Brustregionen und das innere und äussere Genital. Das Ausweiten des engen Erregungsmodus mit Hilfe der Modulation von Atmung, Bewegungsrhythmus, Muskelspiel bewirkt eine Veränderung der körperlichen Beziehung zu sich selbst und unterstützt den schmerzfreien Geschlechtsverkehr. Die Verankerung in der eigenen Weiblichkeit wird unter anderem im Wiederaufnehmen der Selbstbefriedigung gefestigt. Die sexuelle Selbstsicherheit, das Sich-zeigen und die Zufriedenheit mit der eigenen Weiblichkeit werden somatisch und kognitiv unterstützt und gefördert. Durch die kognitive Auseinandersetzung mit dem eigenen Verständnis als Frau und Informationen zu weiblicher Sexualität hinterfragt Frau Keller ihr internalisiertes Idealselbst und erlaubt sich ein positives Bild von sich als veränderte Frau.

Im Setting der Paarberatung steht die verbale sowie sinnlich-körperliche Kommunikation im Vordergrund, um Emotionalität und Genitalität des Paares zu verbinden und damit die Paarqualität zu unterstützen. Erotische Beziehungsfähigkeiten erlangen heisst für dieses Paar, die eigenen Verführungsqualitäten in Bezug auf Kontaktaufnahme und Berührung zu erweitern und diese selbstsicher zu kommunizieren. Der geschützte Rahmen der Sexualberatung erleichtert dem Paar die Kommunikation und das Einlassen auf neue Erfahrungen.

8.8 Beratungsinterventionen

Im Folgenden werden einzelne Beratungsinterventionen im Einzel- und Paarsetting erläutert. In angepasster Form könnten diese Interventionen auch für die interviewten Frauen genutzt werden.

8.8.1 Funktionale Sexualität

Frau Keller lernt, über Bauchatmung und Bewegungen in variablen Muskeltoni ihre Durchblutung zu verstärken und dabei Sinneszellen im Geschlecht und im ganzen Körper anzuregen. Unter anderem über die gezielte Bewegung der Becken-Schaukel kann sie den hohen Grundtonus im Beckenboden senken, was zur Folge hat, dass sie ihren Körper intensiver und lustvoller wahrnimmt und sich ihre Erregung im Körper ausbreiten kann (Académie du Sexocorporel, 2010a). Während einer Sitzung mit dem Fokus auf Bewegungserweiterung und Atmung meint sie: «Mein Körper fühlt sich lebendiger an. Es ist, als würden alle Körperteile besser zusammenpassen und sich gegenseitig begrüßen.» Im Verlauf des Beratungsprozesses beschreibt sie eine Schmerzreduktion beim Geschlechtsverkehr und ein allgemein besseres Körpergefühl.

Weiter wird Frau Keller in der Fähigkeit unterstützt, sich auf die eigenen körperlichen Wahrnehmungen zu konzentrieren, damit sie ihre Aufmerksamkeit beim Liebesspiel von den Bedürfnissen ihres Mannes und den eigenen Erwartungen abwenden und sich mehr den eigenen Bedürfnissen und Empfindungen zuwenden kann. «Obwohl ich weiss, dass mein Mann das nicht gerade toll findet, sage ich ihm, wenn es zieht und zwickt oder wenn ich an der Brust nicht so angefasst werden will. Ich getraue mich vermehrt, ihm zu zeigen, was ich mag, weil ich mich besser kenne und wahrnehme.»

Zu Hause nimmt Frau Keller den Kontakt mit ihrem Genital bewusst wieder auf. Sie trägt täglich ein hochwertiges, pflegendes Intimprodukt bewusst auf und konzentriert sich dabei auf ihre Wahrnehmungen. Langsame und variable Berührungen sind für Frau Keller geeignet, damit sie ihr Genital besser spürt und so die somatosensorische Landkarte erweitern kann. Nach der vierten Sitzung berichtet sie erfreut über zwei positive Erfahrungen bei der Selbstbefriedigung, wobei die Handlung der Lust vorausging. Die Informationen, dass bei einer über längere Zeit unbeanspruchten Scheide häufig die Elastizität des Bindegewebes verloren geht, was eine unvorbereitete Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs sehr schmerzhaft machen kann, und dass Lust mit dem Tun entstehen kann, motivieren Frau Keller zur weiteren Exploration ihrer Leibesinseln an Vulva und Vagina (ISP Uster, 2013). Vermehrt steht sie in einem positiven Dialog mit ihrem eigenen Geschlecht und macht vielfältige Erfahrungen mit

ihrem äusseren und inneren Genital. Sie lernt, ihre Erregung bewusst wahrzunehmen und die eigene Lust über die Gesetzmässigkeiten des Körpers selbstbestimmt zu aktivieren und zu modulieren.

Informationen zum zirkulären weiblichen Begehren und weiblichen Lusterleben allgemein sind für Frau Keller entlastend. «Diese Informationen bekommt man ja sonst nirgends. Das hat etwas Entlastendes, weil ich mich und meine Sexualität besser einordnen lerne».

8.8.2 Wahrnehmung von Sinnesempfindungen

Im Beratungssetting werden vertraute und sicher bewohnte Leibesinseln, von Frau Keller «Perlenteile» genannt, evaluiert und haptisch begriffen, später durch vielfältige Berührungsarten mit anderen Leibesinseln verbunden. Konkret heisst dies, ausgehend von den vertrauten und positiv konnotierten Leibesinseln des Schlüsselbeins, des Hals und der Arme, wird der Berührungsradius langsam bis zur veränderten Brust ausgedehnt.

Frau Keller wird animiert, zu Hause das Narbengewebe der Brust zu berühren und diese zum Beispiel beim Duschen oder Eincremen bewusst mit anderen Leibesinseln zu verbinden, denn die spürbare Erfahrung der Haut hilft mit, das Körperbild zu entwickeln (Niederberger, 2002). Häufige Wiederholungen sind notwendig, um die neuen Wahrnehmungen im Hirn zu verankern (Bischof, 2008). «Ich creme mich nun bewusst ein, auch die Stellen, die weh machen, die Narben. Ich schaue sie an und es fühlt sich dadurch ganz anders an. Das in Kontakt treten mit dem eigenen Körper gibt eine andere Beziehung und nicht schnell, schnell, sondern sich Zeit nehmen.»

Eine weitere Intervention der Körperbildarbeit liegt in der visuellen Konfrontation mit der eigenen Nacktheit zu Hause, auch vor dem Spiegel. Sicherheit im eigenen Körper manifestiert sich unter anderem auch in der Nacktheit, wenn stereotypische Standards wie Kleider oder eine idealtypische Erscheinung als äussere Stütze der Weiblichkeit wegfallen (ISP Uster, 2012). Erfahrungen von Sinnesempfindungen und auftauchende Emotionen werden mit Frau Keller ausführlich besprochen. Ihr gelingt nach der Spiegelübung und weiteren Sitzungen eine kognitive Umstrukturierung und Anpassung: «Körperschönheit ist nicht alles und nicht überlebenswichtig. Mein innerer Kritiker hat einfach einen dummen Latz, mehr nicht!», «Mein Tipp im Umgang mit dem veränderten Körper: nicht wegschauen! Wirklich bewusst vor den Spiegel stehen und hinschauen. Ich schaue mich z.B. jetzt beim Eincremen an, vorher war ich einfach im Badezimmer.»

Sie findet den Zugang zu ihrem Körper auch, indem sie ihr Hobby, das Nähen, wieder aufnimmt. So kauft sie sich sinnliche, angenehme Stoffe und näht daraus ihre eigenen Kleider, in denen sie sich stolz zeigt. Im Beratungssetting wird die aufrechte Haltung und das selbstsichere Präsentieren der neuen Kleider geübt, im Wissen um das Zusammenspiel von Körper und Geist.

8.8.3 Körperbild

Frau Keller erfasst ihr Körperbild und das damit verbundene Verständnis als sinnliche, lustvolle Frau mit verschiedenen analogen Methoden, die ihr den Zugang zu Emotionen und Gefühle erleichtern sollen (Fallner & Pohl, 2013). Dazu gehören eine Imaginationsreise «Der innere Raum» (Freudenfeld, 2016), eine Bildkarte unter dem Aspekt «Genuss/Lust» sowie eine Zeichnung des eigenen Körpers (Salter, 1999). Das generierte Material wird mit ihr auf der Metaebene besprochen und ausgewertet. Die Interventionen geben Frau Keller Gelegenheit, sich das erste Mal in ihrem Leben in Ruhe und ohne dem seit der Erkrankung bestehenden Funktionsdruck ihrer Weiblichkeit zuzuwenden und neue Bezugsräume anzudenken, Lust und Genuss im weiteren Sinn zu entfalten. «Sinnlichkeit und Genuss, das habe ich begriffen, sind nicht nur für den Geschlechtsverkehr reserviert. Ich finde Genuss auch bei einem Waldspaziergang oder in einem Augenkontakt mit meinem Partner und Sinnlichkeit erlebe ich beim Nähen, wenn die Stoffe durch meine Hände gleiten. Das ist auch eine Form von Lust, einfach eine viel feinere und noch ungewohntere.»

Zur gewählten Bildkarte äussert sie sich wie folgt: «Die nackte Frau auf dem Bild zeigt sich trotz Rundungen und ihrem grossen Gesäss in einer stolzen, aufrechten Haltung, ist selbstsicher. Ich glaube sie gefällt sich und weiss mit ihrem Körper umzugehen. Das berührt mich.» Nebst dem Berühren und Betrachten ihres Körpers unterstützt das Bild Frau Keller darin, sich zu zeigen und ihrer veränderten Weiblichkeit mit Wohlwollen zu begegnen.

Auch dank der kognitiven Auseinandersetzung mit ihrem Rollenbild und Idealselbst kann Frau Keller in einem Ritual Abschied nehmen von ihrer Brust und der Fruchtbarkeit. Dabei schreibt sie einen Brief an ihre verlorene Brust und die verschwundene Fruchtbarkeit. Durch diese bewussten Abschiedsprozesse kann Sie Ihren veränderten Körper neu besetzen und annehmen lernen. «Ich sehe mich heute als Frau mit inneren und äusseren Narben. Als eine reife Frau in jungen Jahren. Ich kann auch auf symbolischer Ebene nähren oder mit etwas schwanger gehen. Mein Körper erzählt eine Geschichte von Abschied und von neuem werdenden Leben»

8.8.4 Sexuelle Beziehung und Partnerschaft

Im gemeinsamen Setting spricht das Paar erstmals über das sexuelle Erleben als Mann und Frau vor der Erkrankung und ein Jahr nach der Erkrankung. Im Gespräch wird beiden die eigene Paarkultur bewusst, in der Verführung, Sinnlichkeit im Alltag und Gespräche über unterschiedliche Bedürfnisse in Bezug auf Sexualität bis anhin wenig Raum einnehmen. «Mein Rat an Betroffene: Redet viel, redet viel. Offen über Sexualität reden und nicht alles unter den Teppich kehren (...) Ich habe so vieles von meinem Mann nicht gewusst und bin jetzt froh zu hören, was ihn in der Sexualität beschäftigt (...) das gibt viel mehr Spielraum». Herr Keller erhält erstmals seit der Erkrankung seiner Frau die Möglichkeit, sein sexuelles Erleben zu schildern, was er als sehr entlastend beschreibt. «Es ist wie ein Druck weg, endlich werde ich auch einmal gefragt, wie es mir als Mann geht mit der ganzen Sexualität (...) Ich war ja immer der Fels, der gestützt hat und dabei alle eigenen sexuellen Bedürfnisse in den Hintergrund gestellt hat.»

Im Paarsetting wird das Paar motiviert, erweiterte sinnliche Erfahrungen zu sammeln und über verschiedene Achtsamkeitsinterventionen sich selber und das Gegenüber zu sehen, zu hören, zu berühren und zu erkennen. Unter anderem werden dem Paar verschiedene Berührungsarten vermittelt, welche das limbische System aktivieren (Déjardins, 1981). Das sinnlich-leibliche Potential wird erweitert, die Eigenwahrnehmung durch die Langsamkeit verfeinert. Erstaunt äussert sich Herr Keller über die unterschiedlichen Wahrnehmungen durch den bewussten Einbezug von Muskelspiel, Bauchatmung und Bewegungsrhythmus.

Im Vorfeld besprochene gegenseitige Streichel-, Berührungs- und Interaktionsübungen zur Wahrnehmungsschulung - Sensuate-focus-Übungen - werden zu Hause in einem klar definierten Setting umgesetzt und in einem Beratungsgespräch evaluiert (Hauch, 2013). Da die Übungen abwechslungsweise durchgeführt werden, wird auch Herr Keller wieder zum Empfänger; die Übungen tragen damit zu einer Balance des erkrankungsbedingten Ungleichgewichts bezüglich Geben und Nehmen bei.

Die Erfahrungen mit der Gestaltung von körperlicher Intimität in einem klaren Setting unterstützen auch den Paarkontakt im Alltag. Herr Keller greift den erotischen Faden im Paaralltag neu und aktiv auf, indem er den Hals von Frau Keller, als von ihr definierten Perlenteil, langsam berührt, während diese am Nähen ist. Frau Keller sucht aktiv den Körperkontakt zu ihrem Mann, im gegenseitigen Wissen, dass dies nicht gezwungenermassen zu Geschlechtsverkehr führen muss. Ebenso umarmt sich das Paar bewusst am Morgen und verweilt einen kurzen Moment in diesem Kontakt. Es macht sich vermehrt verbal Komplimente. Über das Schaffen von bewussten, regelmässigen Paarinsel-Zeiten, die abwechselnd einer

von beiden gestaltet, schaffen sie Raum für Begegnungen verbaler oder sinnlicher Art zu zweit. Angeknüpft wird dabei an der Ressource vor der Erkrankung: Gemeinsame Abendspaziergänge, erweitert durch den bewussten Körperkontakt beim Gehen.

In Bezug auf die funktionale Sexualität werden dem Paar Keller schonende Sexualstellungen aufgezeigt. Gemeinsam diskutiert das Paar erweiterte Formen von genussvoller Sexualität, die losgelöst von Geschlechtsverkehr und Orgasmus stehen, und probiert diese aus. Herr Keller erlebt dies anfangs als ungewohnt, entdeckt aber zunehmend die Qualität der Wahrnehmung unter Berücksichtigung der Gesetzmässigkeiten des Körpers und erweitert seinen sexuellen Erlebnisraum.

Beim Abschlussgespräch beschreibt Frau Keller eine grössere Stimmigkeit mit sich als Frau und ein Wohlfühlen in ihrem veränderten Körper, auch bei der Selbstbefriedigung und beim Geschlechtsverkehr. Weiter beschreibt sie einen verbesserten sinnlichen Kontakt zu ihrem Mann. Die offenen Paargespräche und das Erweitern von Verführungskompetenzen haben dazu geführt, dass das Paar weniger unter Erwartungsdruck steht und Sexualität als reiches Begegnungsfeld zweier Individuen erlebt. Frau Keller sagt: «Solche Gespräche und das bewusste Auseinandersetzen mit dem Körper und der Sexualität, ob allein oder mit dem Partner, wären auch für Frauen und Paare gut, die keine solche Vorgeschichte haben wie wir. Man kehrt ja oft schon vor der Erkrankung sexuelle Themen unter dem Teppich. Die Erkrankung bringt sie einfach gewaltsam ans Tageslicht. Dadurch ist man fast gezwungen, hinzuschauen und Neues zu entdecken».

8.9 Bedeutung der Sexualberatung nach Sexocorporel nach einer Brustentfernung

Obwohl bei betroffenen Frauen ein Bedarf an Unterstützung durch Sexualberatung besteht (Karabulut & Erci, 2009), beschränken sich sexualberaterische Interventionen häufig auf die kognitive Ebene oder bieten rein somatisch-funktionale Lösungsansätze (Hummel et al., 2015). Der Partner wird selten mit einbezogen. Der sinnliche Leib und der Körper im Zusammenhang mit Wahrnehmungsvielfalt durch die Gesetzmässigkeiten des Körpers wird in der Sexualtherapie bislang wenig beachtet. Sexualität wird auch noch wenig als lebenslanger Lernprozess verstanden. Für das Verständnis von sexuellen Beeinträchtigungen und vom Wunsch nach sexuellem Genusserleben im Rahmen einer Ablatio Mammae ist eine integrative Betrachtungsweise mit allen Komponenten sexueller Gesundheit jedoch unerlässlich (Beier & Loewit, 2004). Sexualberatung nach Sexocorporel berücksichtigt diese Ganzheitlichkeit. Der körperorientierte und ganzheitliche Ansatz setzt das genussvolle leibliche Erleben in den Fokus

der Therapie und bezieht die Sexualität vor der Erkrankung bewusst mit ein. Die sexuellen Fähigkeiten vor der Erkrankung sind die Basis, auf der sich sexuelle Fähigkeiten nach einer Brustentfernung aufbauen und erweitern lassen. Eine Gegenüberstellung der Folgen nach Brustkrebstherapien mit Aussagen von betroffenen Frauen und von möglichen Interventionen zur Unterstützung des sexuellen Genusserlebens macht die Bedeutung einer ganzheitlichen Beratung deutlich (**Tabelle 3**).

Hauptkategorien	Aussagen von Frauen mit einer Brustentfernung aus der onkologischen Sexualberatung	Sexualtherapeutische Intervention nach Sexocorporel zur Unterstützung lustvoller weiblicher Sexualität nach einer Brustentfernung
Information und Beratungsbedarf	«Ich wäre froh um mehr Informationen gewesen. Ob ich es angenommen hätte, weiss ich nicht, weil ich mir gesagt hätte, lasst mich einfach. Aber wenn jemand sich ganz bewusst mit mir für ein Gespräch hingeworfen hätte, sich Zeit genommen hätte, (...) gezielt Fragen gestellt hätte, damit die Gedanken auch wieder einmal auf dieses wichtige Thema gelenkt worden wären.»	<ul style="list-style-type: none"> • Direktes, mehrmaliges Ansprechen und Fragen nach dem sexuellen Erleben (nach PLISST oder BETTER-Modell) durch das medizinische Team im Akutspital • Abgabe von Kontaktinformationen für professionelle Sexualberatung • Vermitteln von sexologischem Basiswissen zu lustvoller Sexualität und Sexualität als lebenslanger Entwicklung
Verändertes Körperbild und veränderte Wahrnehmung	«Mich meinem Mann in meiner Entstelltheit zu zeigen und dann noch Lust zu haben, ist unvorstellbar. Ich kann mich ja selbst kaum im Spiegel betrachten!»	<ul style="list-style-type: none"> • Neubesetzung des Körpers und Geschlechts durch Selbstberührung an den verschiedenen Leibesinseln mit als angenehm erlebten Empfindungen • Betrachtung des veränderten Körpers
Weiblichkeits-erleben; Gefühl, eine Frau zu sein	«Der Brustverlust hat mich intensiv beschäftigt. In Bezug auf das Frausein und die eigene Attraktivität habe ich einen Prozess hinter mir.»	<ul style="list-style-type: none"> • Zugang zur eigenen Sinnlichkeit erweitern mit Einbezug von Ressourcen vor der Erkrankung • Kognitive Auseinandersetzung mit Rollenbildern und Schönheitsidealen • Raum für individuelle Abschieds- und Suchprozesse «Wer bin ich als sexuelle Frau?»

Hauptkategorien	Aussagen von Frauen mit einer Brustentfernung aus der onkologischen Sexualberatung	Sexualtherapeutische Intervention nach Sexocorporel zur Unterstützung lustvoller weiblicher Sexualität nach einer Brustentfernung
Funktionale Sexualität	«Ich mag eigentlich keinen Sex mehr. Alles schmerzt, reisst, zieht und ist furchtbar trocken.»	<ul style="list-style-type: none"> • Zugang zum äusseren und inneren Geschlecht durch vielfältige Eigenberührungen, Wahrnehmungsschulung • Erweiterung des Erregungsmodus durch die Gesetzmässigkeiten des Körpers • Vermitteln von Kenntnissen zur Anatomie der Geschlechtsorgane • Einsatz von hochwertigen Pflegeprodukten zur Unterstützung der Wahrnehmung
Partnerschaft und Beziehung	«Die Krankheit belastet nicht nur mich. Auch mein Mann leidet und zieht sich zurück. (...) Er wartet auf meine Signale. Aber ich bin oft so müde, dass ich nicht an Sexualität denken mag. Ich hab ein schlechtes Gewissen.»	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung des verbalen und sinnlichen Kontakts im Alltag • Erweiterung der Verführungs Kompetenzen durch Streichel-Berührungs-Interventionsübungen • Andenken, ansprechen, ausprobieren von erweiterten Formen von Sexualität

Hauptkategorien	Aussagen von Frauen mit einer Brustentfernung aus der onkologischen Sexualberatung	Sexualtherapeutische Intervention nach Sexocorporel zur Unterstützung lustvoller weiblicher Sexualität nach einer Brustentfernung
Lebensereignis Brustkrebs als Möglichkeit für sexuelle Entwicklung, das Gute im Schlechten	«Seit es mir wieder besser geht, fokussiere ich ganz anders. (...) Ich glaube sogar, dass ich erst durch diese Krankheit mit mir als sexuelle Frau konfrontiert wurde. Das hat etwas Schmerzhaftes, ist aber auch ein Gewinn.».	<ul style="list-style-type: none"> • Reframing: Schwellenphase als Anzeichen anstehender Entwicklung erleben • Erkennen von Ressourcen, Entwickeln des Potentials und der Handlungsmöglichkeiten

Tabelle 3: Gegenüberstellung von Aussagen zur veränderten Sexualität und onko-sexologische Interventionen nach Sexocorporel

Onko-sexologische Interventionen wie Informationen bezüglich weiblicher Sexualität sowie Anleitungen zu vielfältiger Körperwahrnehmung und zu sinnlicher Paar- Kommunikation zeigen eine positive Wirkung auf das explizite und implizite Körpererleben der Frauen (Jun et al., 2011). Konkrete Arbeit mit dem Körper schult die Wahrnehmung, das Bewusstsein und die Selbstakzeptanz und eröffnet ein weites Feld der Beziehungsgestaltung und Dialogmöglichkeiten (Angermayr, 2009). Mit Hilfe der Selbstberührungsübungen können die Erlebnisfähigkeiten schrittweise erweitert werden, was eine Neubesetzung des Körpers mit als angenehm erlebten Empfindungen erlaubt. Die Auswirkungen der vorgestellten Interventionen werden in **Abbildung 5** zusammengefasst.

Dem salutogenetischen Prinzip folgend bezieht die Beratung nach Sexocorporel die Selbstwirksamkeit, Sinnhaftigkeit/Bedeutung, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit mit ein (Franke & Antonovsky, 1997). Damit unterstützt sie Adaptionsprozesse durch Erweiterung der sexuellen Fähigkeiten und der Ressourcennutzung und fördern das dyadische Coping des Paares. Beratung nach Sexocorporel stellt den Körper, das leibliche Spüren in den Vordergrund und setzt damit dort an, wo sich Frauen in ihrer weiblichen Identität sprichwörtlich begreifen. Sexocorporel als existentieller Ansatz, der mit dem Naheliegenden und Selbstverständlichen beginnt: dem Körper, durch den wir in der Welt stehen.

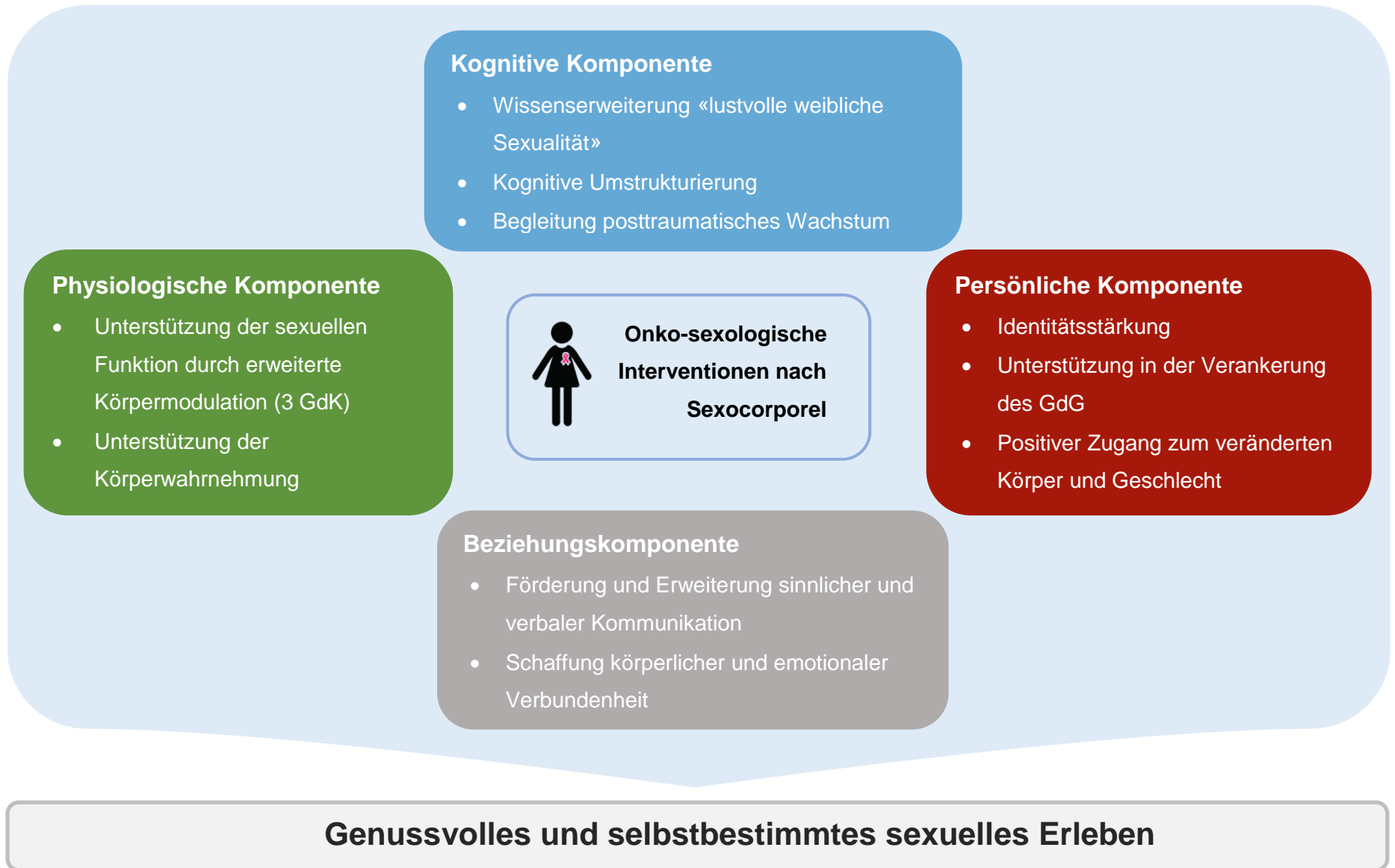


Abbildung 5: Bedeutung der Sexualberatung nach Sexocorporel ein Jahr nach der Brustentfernung

Beratung nach Sexocorporel für Betroffene nach einer Ablatio Mammae versteht sich ausdrücklich nicht als Alternative zur konventionellen Medizin, sondern bietet sich als ergänzende Methode an und richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen der Patientin. Somit kann die Beratung nach Sexocorporel unter der Body-Mind-Medizin-eingeordnet werden, in welcher Prinzipien der Entspannung-Spannungsregulation, der Achtsamkeit, der kognitiven Umstrukturierung und der Paarinteraktion von Bedeutung sind und die sexuelle Gesundheit beeinflussen (Saha, Sütfels, Altner, & Dobos, 2017).

Im Zusammenhang mit einer Ablatio Mammae versteht sich die Beratung nach Sexocorporel als Beratung, die sich ganzheitlich um die Frau bemüht und sie zu einer verstärkten Selbstwirksamkeit aktiviert. Das Ziel ist nicht nur Linderung des physischen und psychischen Leidens, sondern auch Förderung von gesunden körperlichen, emotionalen und kognitiven Anteilen bei Herausforderungen wie Anpassungsprozessen und Neuorientierung in der Sexualität. Im Verständnis der Salutogenese verursacht eine Krankheit nicht nur Defizite. Die betroffenen Frauen können in Bezug auf ihre Weiblichkeit und Sexualität auch neue Wege beschreiten, die zu mehr Eigenständigkeit und subjektivem Wohlbefinden führen können - obwohl bei oberflächlicher Betrachtung eine nachteilige Situation besteht. Die Praxis zeigt, dass Frauen in einer onkologischen Sexualberatung selten nur Informationen zu geeigneten Intimpflegeprodukten oder schonenden Sexualstellungen wollen, sondern auch Raum suchen, die eigene Weiblichkeit zu erforschen. Funktionale Aspekte der Sexualität können von Sinnfragen rund um genussvolle Sexualität ergänzt oder abgelöst werden: Wer bin ich als lustvolle Frau? Wie gestalte ich mein genussvolles Frausein? Wie unterstütze ich selbstbestimmt meine lustvolle Sexualität? Die Erkrankung kann also durchaus als ein Trigger betrachtet werden, der Fragen rund um das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit auslöst und dabei Wachstumsprozesse anregen kann, die weit über die Symptombehandlung hinausgehen. Dieser konstruktive Prozess ist auch als posttraumatisches Wachstum bekannt (Holtgräwe, 2011).

Die ganzheitliche und körperorientierte Sexualberatung nach Sexocorporel, die sexuelle Herausforderungen als Folge unabgeschlossener Lernvorgänge begreift, unterstützt eine Neuerschliessung der weiblichen Sexualität ein Jahr nach der Brustentfernung. Sexualberatung nach Sexocorporel kann im Zusammenhang mit einer veränderten Sexualität nach einer Ablatio Mammae als bedeutsam erachtet werden.

9 Schlussfolgerungen

Brustkrebs mit der Konsequenz einer Brustentfernung lässt den Bereich Sexualität, als wichtigen Aspekt von Lebensqualität, nicht unberührt. Operationen, Bestrahlung und medikamentöse Therapien haben Auswirkungen auf die physischen, psychischen und kognitiven Ebenen weiblicher sexueller Gesundheit. Zwischenmenschliche Probleme können sich als Folge der psychischen und physischen Veränderungen zeigen. Die Veränderungen auf der Körperebene lösen Emotionen aus und beeinflussen das sexuelle Erleben. Körperbildveränderungen mit belastender Auswirkung auf die weibliche Identität, sexuelle Dysfunktion und Kommunikationsprobleme in der Partnerschaft verhindern oder erschweren den Zugang zu lustvoller Sexualität. Funktionalität und Genusserleben stehen in engem Zusammenhang und sollten gleichermaßen beachtet werden.

Brustentfernung und weitere Therapiemassnahmen beeinflussen die weibliche Sexualität und lösen oft eine sexuelle Neudefinierung und -orientierung aus (Lauver, Connolly-Nelson, & Vang, 2007). Dies fordert individuelle Prozesse des Abschieds und Trauerns, des Loslassens und des späteren Annehmens und Neubesetzens der sexuellen Identität (Retzer, 2002). Die durch die Therapien induzierten sexuellen Veränderungen ein Jahr nach einer Brustentfernung, sind als anstehende Entwicklung zu verstehen. Neue Lernprozesse in der Sexualität sind gefordert. Gemäss dem salutogenetischen Verständnis von Sexualität als lebenslangem Entwicklungsprozess unterstützen sexuelle Lernschritte bzw. das Aneignen und Erweitern von sexuellen Fähigkeiten das Genusserleben bzw. die Körperwahrnehmung. Direkte Einflüsse auf die Sexualität bzw. Aspekte lustvoller Sexualität vor der Erkrankung sind bei Frauen mit einer Ablatio Mammae als Ressource zu verstehen und zu berücksichtigen.

Gesundheitsfachpersonen sind wichtige Bindeglieder zwischen der betroffenen Frau und der Fachperson der Sexualberatung und können eine Türöffner-Funktion einnehmen. Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung von Frauen mit einer Brustentfernung bedeutet, dass auch ein ganzheitlicher Fokus auf lustvoller Sexualität besteht. Betroffene Frauen sollten eine niederschwellige Sexualberatung erhalten, die das Ansprechen der veränderten Sexualität und die Information der Frauen über vertiefte Sexualberatung beinhaltet. Es ist zu empfehlen, dass Gesundheitsfachpersonen auch zum Thema "Veränderte Sexualität und Genusserleben bei Patientinnen und Patienten mit Krebs" ausgebildet werden.

Sexuelle Gesundheit ist kein Dauerzustand, sondern ein lohnenswertes, anzustrebendes Ziel, das, basierend auf dem Grundbedürfnis nach Stimmigkeit und Wohlbefinden, zu erreichen versucht wird (Grawe, 2004). Krankheit ist ein zum Leben dazu gehörender Stimulus, der unter anderem auch ein posttraumatisches Wachstum anregen kann

(Holtgräwe, 2011). Bei diesen stressinduzierten Veränderungsprozessen sind Anpassungsleistungen und Strategien der aktiven Bewältigung zentral.

Ganzheitliche, ressourcenorientierte und körperorientierte Sexualberatung nach Sexocorporel unterstützt und begleitet Frauen darin, eine Neubewertung des Körperbilds zu wagen, die veränderte Leiblichkeit sinnlich zu erfahren und dem individuellen sexuellen Genuss alleine und in der Paarbeziehung (wieder) Raum zu geben. Sexualberatung nach Sexocorporel kann Adaptionenprozesse nach einer Brustentfernung wirksam unterstützen.

Aufgrund der Ergebnisse der Arbeit empfiehlt die Autorin weitere Forschung bezüglich folgender Fragen:

1. Einfluss der sexuellen Fähigkeiten vor der Krebserkrankung auf den Umgang mit veränderter Sexualität nach einer Brustentfernung
2. Auswirkungen einer ganzheitlichen Sexualberatung vor der Brustentfernung auf Adaptionenprozesse nach der Brustentfernung
3. Einfluss der sinnlich-erotischen Paarqualität auf die Lebensqualität beider Partner bei einer Krebserkrankung
4. Auswirkungen einer ganzheitlichen Betrachtung der Sexualität im Akutspital auf die Häufigkeit, mit welcher Betroffene eine Sexualberatung in Anspruch nehmen

10 Persönliches Schlusswort

Sexualität ist ein wesentlicher Teil der Identität. Sie ist wandelbar und deshalb lässt es sich nicht vermeiden, dass im Lauf des Lebens sexuelle Herausforderungen entstehen, mit denen es umzugehen gilt. Wenn Frauen wissen, dass ihre Sexualität lebendig ist und das ganze Leben mit ihnen mitwächst und dass sie sich direkt durch Lernschritte in der Körperwahrnehmung beeinflussen lässt, dann können sie Veränderungen der Sexualität wohlwollender und selbstwirksamer begegnen. So können Frauen auch in Schwellenphasen des Lebens auf angeeignete Fähigkeiten zurückgreifen und ihr sinnliches Potential weiter in Neugier und Freude entfalten.

Ich wünsche allen Frauen, ob gesund, erkrankt oder genesend, den Mut, sich auf die Suche nach der eigenen Sinnlichkeit und dem genussvollen Bewohnen des Körpers im Jetzt zu machen. Sie können dabei erfahren, dass Verankerung in der Weiblichkeit weit mehr ist als Erfüllung gesellschaftlicher Geschlechtsstereotypen. Sie zeigt sich in einer Stimmigkeit und Zufriedenheit mit sich selbst als sexuelles Wesen und will immer wieder neu durch sinnliche Leiblichkeit gefunden werden.

Ich bedanke mich bei jenen Menschen, die mich während der Erarbeitung dieser Masterarbeit, die sich in einer besonderen Weise als Schwellenphase in meinem Leben erwiesen hat, begleitet haben.

Ein besonderer Dank gilt meinem geliebten Mann Patrik und meinen beiden Kindern Sophia und Maxim. Sie haben mich in herausfordernden Zeiten auf allen Ebenen unterstützt, begleitet und stets in mich vertraut und mir immer wieder gezeigt, dass Genusserleben auch in herausfordernden Zeiten möglich ist.

Weiter danke ich Sara Häusermann für ihre wertvolle Zeit, die strukturelle Unterstützung und das Mitschwingen während dieser Zeit sowie die intensiven Schreibtage in den Bergen.

Zudem danke ich meinen Freundinnen Marietta, Franziska und Jasmin für ihre emotionale Unterstützung und die wertvollen Gespräche zwischen den Arbeitsstunden. Auch meine Eltern haben mit ihrem Sein und ihrer Hilfe einen wertvollen Beitrag zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen. Habt Dank.

Den beiden betroffenen Frauen, die ich interviewt habe, danke ich für ihre Bereitschaft und Offenheit, ein Gespräch über ein nicht alltägliches Thema zu führen.

Esther Schütz und Heinz Jufer danke ich für ihre fachliche Begleitung und Beratung. Ebenso Dr. med. Eva Ebnöther für das kompetente Lektorat und die wertvollen medizinischen Hinweise.

Und zu guter Letzt gebührt ein Dank meinem Körper, der mich während diesen Wochen getragen hat und dem ich versprochen habe, nach Einreichung der Arbeit wieder mehr Sinnlichkeit, liebevolle Zuwendung und genussvolles Sein zukommen zu lassen.

11 Quellenverzeichnis

Académie du Sexocorporel (Hrsg.). (2010a). Ausbildung in Sexocorporel, Heft 1. (ZISS, Zürich, Trans.).

Académie du Sexocorporel (Hrsg.). (2010b). Ausbildung in Sexocorporel, Heft 2. (ZISS, Zürich, Trans.).

Académie du Sexocorporel (Hrsg.). (2010c). Ausbildung in Sexocorporel, Heft 5. (ZISS, Zürich, Trans.).

Ahrendt, Hans-Joachim, & Friedrich, Cornelia. (2015). *Sexualmedizin in der Gynäkologie*. Springer-Verlag.

Akashe-Böhme, Farideh, & Böhme, Gernot. (2005). *Mit Krankheit leben: von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen*. CH Beck.

Alferi, Susan M., Carver, Charles S., Antoni, Michael H., Weiss, Sharlene, & Durán, Ron E. (2001). An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low-income Hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology, 20*(1), 41.

Andersen, Barbara L., Anderson, Barrie, & deProse, Charles. (1989). Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: II. Psychological outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology, 57*(6), 692.

Andrzejczak, Ewa, Markocka-Mączka, Krystyna, & Lewandowski, Andrzej. (2013). Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction. *Psycho-Oncology, 22*(7), 1653–1657.

Angermayr, Markus. (2009). Dasein–Atmen–Achtsamkeit. *Existenzanalyse, 26*(2), 99–104.

Annon, Jack S. (1976). The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of sex education and therapy, 2*(1), 1–15.

Arndt, Volker, Stegmaier, Christa, Ziegler, Hartwig, & Brenner, Hermann. (2008). Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus

mastectomy: a population-based study. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 134(12), 1311. <https://doi.org/10.1007/s00432-008-0418-y>

Bakewell, Rose Townley, & Volker, Deborah L. (2005). Sexual dysfunction related to the treatment of young women with breast cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 9(6), 697.

Balint, Michael. (2010). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Klett-Cotta.

Balmer, Vera. (2008). *Sexualität im weiblichen Lebenslauf*. Juventa, Weinheim und Basel.

Bancroft, J., & Graham, C. A. (2011). The varied nature of women's sexuality: Unresolved issues and a theoretical approach. *Hormones and Behavior*, 59(5), 717–729. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2011.01.005>

Barni, S., & Mondin, R. (1997). Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 8(2), 149–153.

Barth, Volker, & Barth, Andrea. (2003). *Brustkrebs: schnell verstehen-richtig behandeln: Antworten auf Ihre wichtigsten Fragen*. Georg Thieme Verlag.

Basson, Rosemary. (2001). Human Sex-Response Cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 33–43. <https://doi.org/10.1080/00926230152035831>

Beck, Angelika. (2005). Schwellkörper-System der Frau als dreidimensionales Modell. In: *Sexuologie*, (12 (3/4)), 105–119.

Beck, Angelika. (2016). Zwischen den Ohren und zwischen den Beinen - Bilder vom eigenen Geschlecht. In *Der erotische Raum, Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie* (S. 130–151). Carl-Auer Verlag GmbH.

Beckjord, Ellen, & Compas, Bruce E. (2007). Sexual quality of life in women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 25(2), 19–36.

Begovic-Juhant, Ana, Chmielewski, Amy, Iwuagwu, Stella, & Chapman, Lauren A. (2012). Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 30(4), 446–460.

- Beier, Klaus M., & Loewit, Kurt. (2004). Lust in Beziehung. *Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Therapiekonzept der Sexualmedizin, Heidelberg*.
- Beratung zu sexuellen Problemen bei Patientinnen mit Mammakarzinom. (2007). *Der Gynäkologe*, 40(4), 303–316. <https://doi.org/10.1007/s00129-007-1965-z>
- Bergant, Anton. (2006). Sexualität nach der Therapie gynäkologischer Malignome. *Praxisbuch Gynäkologische Onkologie*, 256–315.
- Bergelt, Corinna, Welk, Hans-Jürgen, & Koch, Uwe. (2003). Onkologische Rehabilitation. In *12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium* (S. 421). Abgerufen von http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_12_rehakoqu.pdf#page=424
- Berman, Laura, & Windecker, Mieke Ana. (2008). The relationship between women's genital self-image and female sexual function: A national survey. *Current Sexual Health Reports*, 5(4), 199–207. <https://doi.org/10.1007/s11930-008-0035-4>
- Bernhard, Jürg, & Dietrich, Daniel. (2008). Psychoonkologie. In *Brustkrebs, Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe* (S. 250–265). Huber, Bern.
- Bischof, Karoline. (2005). Mann und Frau. Aspekte der sexualmedizinischen Beratung von älter werdenden Menschen. *Therapeutische Umschau* 62(12), 807–81.
- Bischof, Karoline. (2008). Orgasmusstörungen der Frau. In *Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis* (S. 1–29). Zürich: Pfizer AG.
- Bischof, Karoline. (2010). Vaginismus und Dyspareunie der Frau Kapitel von Karoline Bischof, 2010. In P. Gehrig & K. Bischof (Hrsg.), *Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis*. Zürich: Pfizer AG. In *Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis*. Zürich: Pfizer AG.
- Bischof, Karoline. (2012a). Acht Fragen rund ums weibliche Geschlecht,.

Bischof, Karoline. (2012b). Sexocorporel und die Förderung des sexuellen Lusterlebens. In *pleasure and health, Proceedings of the Nordic Association for Clinical Sexology NACS* (S. 59–68).

Bischof, Karoline. (2016). Lust auf Sex durch Lust am Sex - das Begehren und die Neurophysiologie der Erotik. In *Der erotische Raum: Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie* (1. Aufl., S. 183–198). Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.

Bischof-Campbell, Annette. (2012). *Das sexuelle Erleben von Frauen als Spiegel ihres sexuellen Verhaltens*. Abgerufen von http://www.ziss.ch/studie/masterarbeit_bischof-campbell_kl.pdf

Bloom, Joan R., Stewart, Susan L., Chang, Subo, & Banks, Priscilla J. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 147–160.

Bodenmann, Guy. (2017). Protektivfaktor Beziehungen.

Bower, Julienne E., Ganz, Patricia A., Aziz, Najib, & Fahey, John L. (2002). Fatigue and proinflammatory cytokine activity in breast cancer survivors. *Psychosomatic medicine*, 64(4), 604–611.

Bower, Julienne E., Ganz, Patricia A., Desmond, Katherine A., Rowland, Julia H., Meyerowitz, Beth E., & Belin, Thomas R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of clinical oncology*, 18(4), 743–743.

Buddenberg, Claus. (2005). sexuelle Probleme von körperlich Kranken und Behinderten. In *Sexualberatung, Eine Einführung für Ärzte, Physiotherapeuten und Familienberater* (S. 156). Thieme.

Buddenberg, Claus, Bitton, A., Eijsten, A., & Casella, R. (2007). Management eines Tabus. *Expect Studie: Therapie der erektilen Dysfunktion aus der Sicht von Ärzten und Patienten. ARS Medici*, 14, 689.

Bullinger, Monika. (2014). Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin–Entwicklung und heutiger Stellenwert. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108(2), 97–103.

Carver, Charles S., Christina Pozo-Kaderman, Price, Alicia A., Victoria Noriega, Suzanne D. Harris, Derhagopian, Robert P., ... Moffatt, Frederick L. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic medicine*, 60(2), 168–174.

Cash, Thomas F., Maikkula, Cheryl L., & Yamamiya, Yuko. (2004). Baring the body in the bedroom”: Body image, sexual self-schemas, and sexual functioning among college women and men. *Electronic Journal of Human Sexuality*, 7, 1–9.

Chatton, Dominique, Desjardins, Jean-Yves, Desjardins, Lise, & Tremblay, Mélanie. (2005). La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle, Summary. *Psychothérapies*, 25(1), 3–19.

Claudat, Kim, Warren, Courtney S., & Durette, Robert T. (2012). The relationships between body surveillance, body shame, and contextual body concern during sexual activities in ethnically diverse female college students. *Body Image*, 9(4), 448–454. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.05.007>

Clayton, Anita H., Goldfischer, Evan R., Goldstein, Irwin, DeRogatis, Leonard, Lewis-D'Agostino, Diane J., & Pyke, Robert. (2009). Validation of the Decreased Sexual Desire Screener (DSDS): A Brief Diagnostic Instrument for Generalized Acquired Female Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(3), 730–738. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01153.x>

Cleary, Vicki, & Hegarty, Josephine. (2011). Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 38–45.

Clement, Ulrich. (2016a). *Dynamik des Begehrens: Systemische Sexualtherapie in der Praxis* (1. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.

Clement, Ulrich. (2016b). Sexuelle Ressourcen. In *Dynamik des Begehrens* (S. 48–62). Carl-Auer Verlag GmbH.

Cohen, Marlene Z. (2004). Using the BETTER model to assess sexuality. *Clinical journal of oncology nursing*, 8(1). Abgerufen von https://cjon.ons.org/sites/default/files/P00801607440MJ3X_first.pdf

Collier, Francis. (2016). Chronic disease and sexuality, a taboo for caregivers. *Revue de l'infirmiere*, 222, 14–16.

Corona, Giovanni, Rastrelli, Giulia, Burri, A., Serra, E, Gianfrilli, D., Mannucci, E., ... Maggi, M. (2016). First-generation phosphodiesterase type 5 inhibitors dropout: a comprehensive review and meta-analysis. *Andrology* 4, 1002–1009.

Crossley, Kara L., Cornelissen, Piers L., & Tovée, Martin J. (2012). What Is an Attractive Body? Using an Interactive 3D Program to Create the Ideal Body for You and Your Partner. *PLOS ONE*, 7(11), e50601. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0050601>

Curtis, Ruth, Groarke, AnnMarie, McSharry, Jennifer, & Kerin, Michael. (2014). Experience of breast cancer: burden, benefit, or both? *Cancer nursing*, 37(3), E21–E30.

Dalton III, William T., Nelson, David V., Brobst, Jennifer B., Lindsay, Julie E., & Friedman, Lois C. (2007). Psychosocial variables associated with husbands' adjustment three months following wives' diagnosis of breast cancer. *Journal of Cancer Education*, 22(4), 245–249.

Déjardins, Jean-Yves. (1981). *Le Langage des Corps*. Les Atelier de Sexologie Jean-Yves Déjardins LTEÉ.

Desjardins, Jean-Yves. (1989). Desjardins, J.Y., (1989). I approche Sexocorporelle, fondements théoretiques et schamps d application. *Psychothérapies*, 6(1), 51-58 - Google Scholar.

Diegelmann, Christa, Ditz, Susanne, & Isermann, Margarete. (2006). *Psychoonkologie-Schwerpunkt Brustkrebs: ein Handbuch für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. W. Kohlhammer Verlag.

Ditz, Susanne. (2004). Psychotherapie in der gynäkologischen Onkologie. In *Frauenheilkunde und Geburts-Hilfe* (S. 1706–1740).

Dorf Müller, M. (1997). Die Bedeutung der Brust für das weibliche Körperbild. In *Gießener Gynäkologische Fortbildung 1997* (S. 169–172). Springer, Berlin, Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-60865-0_22

Doyle Zeanah, Paula, & Schwarz, J. Conrad. (1996). Reliability and Validity of the Sexual Self-Esteem Inventory for Women. *Assessment*, 3(1), 1–15.
<https://doi.org/10.1177/107319119600300101>

Duijts, Saskia FA, van Beurden, Marc, Oldenburg, Hester SA, Hunter, Myra S., Kieffer, Jacobien M., Stuiver, Martijn M., ... Rijna, Herman. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy and physical exercise in alleviating treatment-induced menopausal symptoms in patients with breast cancer: results of a randomized, controlled, multicenter trial. *Journal of Clinical Oncology*, 30(33), 4124–4133.

Eicher, Manuela, & Marquard, Sara. (2008). *Brustkrebs. Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe* (1. Aufl.). Bern: Huber, Bern.

Ein Ratgeber der Krebsliga. (2008). Weibliche Sexualität und Krebs. Krebsliga Schweiz, Bern.

Ekwall, Ewa, Ternstedt, Britt-Marie, & Sorbe, Bengt. (2003). Important aspects of health care for women with gynecologic cancer. In *Oncology nursing forum* (Bd. 30, S. 313–319). Oncology Nursing Society.

Fallner, Heinrich, & Pohl, Michael. (2013). *Coaching mit System: Die Kunst nachhaltiger Beratung*. Springer-Verlag.

Fang, Su-Ying, Shu, Bih-Ching, & Chang, Ying-Ju. (2013). The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: a meta-analysis. *Breast cancer research and treatment*, 137(1), 13–21.

Fawcett, Jacqueline. (1996). *Pflegemodelle im Überblick*. Bern: Hogrefe.

Fend, Helmut. (2003). *Entwicklungspsychologie des Jugendalters: Ein Lehrbuch für pädagogische und psychologische Berufe* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Fesenfeld, Anke. (2006). *Brustverlust. Zum Leib-Erleben von Frauen mit einer Brustamputation* (1. Aufl.). Marburg: Tectum.

Fobair, Pat, Stewart, Susan L., Chang, Subo, D'onofrio, Carol, Banks, Priscilla J., & Bloom, Joan R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 579–594.

Fogel, Alan. (2013). *Selbstwahrnehmung und Embodiment in der Körperpsychotherapie: Vom Körpergefühl zur Kognition - Deutsche Übersetzung und Bearbeitung von Helmi Boese* (1. Aufl.). Schattauer GmbH, Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.

Franke, Alexa, & Antonovsky, Aaron. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (Nicola Schulte, Trans.) (1. Aufl.). Tübingen: dgvt-Verlag.

Frederick, David A., Peplau, Anne, & Lever, Janet. (2008). The Barbie Mystique: Satisfaction with Breast Size and Shape across the Lifespan. *International Journal of Sexual Health*, 20(3), 200–211. <https://doi.org/10.1080/19317610802240170>

Fredrickson, Barbara L., & Roberts, Tomi-Ann. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173–206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>

Frei Bonel, Kathrin. (2008). Therapeutische Interventionen bei Brustkrebs. In *Brustkrebs, Lehrbuch für Breastcare Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe* (S. 175–185). Huber, Bern.

Freudenfeld, Elsbeth. (2016). Raum für die eigene Lust-Was Frauen brauchen, damit sie wollen können. In *Der erotische Raum. Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie*. (S. 72–87). Carl-Auer Verlag GmbH.

- Frisch, Judith, Aguilar-Raab, Corina, Eckstein, Monika, & Ditzen, Beate. (2017). Einfluss von Paarinteraktion auf die Gesundheit. *Psychotherapeut*, 62(1), 59–76.
- Fuhrer, Marcus J. (1993). Subjective well-being: implications for medical rehabilitation outcomes and models of disablement. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 73(5), 358–364.
- Gahlings, Ute. (2017). Leiblichkeit. In Senn, Beate & Meyer, Hanna (Hrsg.), *Interprofessionelle Praxis in der gynäkologischen Onkologie*.
- Gallagher, Pamela, Buckmaster, A., O'carroll, S., Kiernan, G., & Geraghty, J. (2010). External breast prostheses in post-mastectomy care: women's qualitative accounts. *European journal of cancer care*, 19(1), 61–71.
- Ganz, Patricia A., Kwan, Lorna, Stanton, Annette L., Krupnick, Janice L., Rowland, Julia H., Meyerowitz, Beth E., ... Belin, Thomas R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(5), 376–387.
- Gasalberti, Denise. (2002). Early detection of breast cancer by self-examination: the influence of perceived barriers and health conception. In *Oncology nursing forum* (Bd. 29).
- Gerdes, Nikolaus. (1986). Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn. *Jenseits der Normalität. Leben mit Krebs*. Chr. Kaiser Verlag, München.
- Glantz, Michael J., Chamberlain, Marc C., Liu, Qin, Hsieh, Chung-Cheng, Edwards, Keith R., Van Horn, Alixis, & Recht, Lawrence. (2009). Gender disparity in the rate of partner abandonment in patients with serious medical illness. *Cancer*, 115(22), 5237–5242.
- Gödtel, Reiner. (1993). *Die Brust: Signal, Symbol, Organ*. Berlin: Springer.
- Grawe, Klaus. (2004). *Neuropsychotherapie* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Grunfeld, Eva, Coyle, Doug, Whelan, Timothy, Clinch, Jennifer, Reyno, Leonard, Earle, Craig C., ... others. (2004). Family caregiver burdens: results of a longitudinal study of breast

cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 170(12), 1795–1801.

Härtl, Kerstin, Stauber, Manfred, & Friese, Kurt. (2003). Psychosomatische Aspekte des Mammakarzinoms. *Der Gynäkologe*, 36(12), 1072–1077.

Hauch, Margret. (2013). *Paartherapie bei sexuellen Störungen: Das Hamburger Modell: Konzept und Technik*. Georg Thieme Verlag.

Hautamäki-Lamminen, Katja, Lipiäinen, Liudmila, Beaver, Kinta, Lehto, Juhani, & Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko-Liisa. (2013). Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 9–15.

Henning, Ann-Marlene. (2014). *Make more love*. Rogner&Bernhard.

Herbenick, Debra, & Reece, Michael. (2010). Development and validation of the female genital self-image scale. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 1822–1830.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01728.x>

Herschbach, Peter, Keller, M., Knight, L., Brandl, T., Huber, B., Henrich, G., & Marten-Mittag, B. (2004). Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *British journal of cancer*, 91(3), 504.

Holtgräwe, Martina. (2011). *Posttraumatisches Wachstum, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität von Frauen mit Brustkrebs im perioperativen Verlauf*. Verlag Dr. Kovač.

Hordern, Amanda J., & Street, Annette F. (2007). Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Medical Journal of Australia*, 186(5), 224.

Hummel, Susanna B., van Lankveld, Jacques JDM, Oldenburg, Hester SA, Hahn, Daniela EE, Broomans, Eva, & Aaronson, Neil K. (2015). Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women treated for breast cancer: design of a multicenter, randomized controlled trial. *BMC cancer*, 15(1), 321.

ISP Uster. (2012). Beziehungsbezogene Komponenten. unveröffentlichtes Manuskript.

- ISP Uster. (2013). Krebserkrankungen und Sexualität. unveröffentlichtes Manuskript.
- ISP Uster. (2017). Arbeit mit Paaren. unveröffentlichtes Manuskript.
- Joraschky, Peter, Loew, Thomas, & Röhrich, Frank. (2008). *Körpererleben und Körperbild* (1. Aufl.). Schattauer.
- Jun, Eun-Young, Kim, Sue, Chang, Soon-Bok, Oh, Kasil, Kang, Hee Sun, & Kang, Sung Soo. (2011). The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer nursing*, 34(2), 142–149.
- Kaplan, Helen Singer. (1999). *[(New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions v. 1)]*. Taylor & Francis Ltd.
- Karabulut, Nezih, & Erci, Behice. (2009). Sexual desire and satisfaction in sexual life affecting factors in breast cancer survivors after mastectomy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27(3), 332–343. <https://doi.org/10.1080/07347330902979101>
- Kaufmann, Manfred, & Ernst, Brigitte. (2000). CAWAC-Umfrage in Deutschland: Was Frauen mit Krebs erfahren, empfinden, wissen und vermissen. *Dtsch Arztebl*, 97(47).
- Kayser, Karen, Watson, Lisa E., & Andrade, Joel T. (2007). Cancer as a "we-disease": Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health*, 25(4), 404.
- Klaeson, Kicki, Sandell, Kerstin, & Berterö, C. M. (2011). To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment. *European journal of cancer care*, 20(6), 728–737.
- Korff, Janice, & Geer, James H. (1983). The Relationship Between Sexual Arousal Experience and Genital Response. *Psychophysiology*, 20(2), 121–127. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1983.tb03276.x>
- Kornblith, Alice B., & Ligibel, Jennifer. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. In *Seminars in oncology* (Bd. 30, S. 799–813). Elsevier.

Krebsliga Schweiz. (2016). Wichtigste Zahlen zu Krebs in Kürze, <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/zahlen-fakten/>.

Krebsliga Schweiz. (2017). Prävention und Früherkennung von Brustkrebs. Abgerufen 27. Oktober 2017, von <https://www.krebsliga.ch/krebs-vorbeugen/krebs-frueh-erkennen-und-vorbeugen/brustkrebs/praevention-und-frueherkennung-von-brustkrebs/>

Kringelbach, Morten L., & Berridge, Kent C. (2010). *Pleasures of the Brain*. Oxford University Press.

Krüger-Kirn, Helga. (2015). Ein intersubjektives Konzept von Körper, Leib und Geschlecht. In *Die konstruierte Frau und ihr Körper* (S. 125–140). Psychosozial-Verlag.

Krüger-Kirn, Helga, Liebsch, Katharina, & Mertens, Wolfgang M. (2016). *Die konstruierte Frau und ihr Körper: Eine psychoanalytische, sozialwissenschaftliche und genderkritische Studie zu Schönheitsidealen und Mutterschaft*. Giessen: Psychosozial-Verlag.

Krychman, Michael L., & Katz, Anne. (2012). Breast Cancer and Sexuality: Multi-modal Treatment Options (CME). *The journal of sexual medicine*, 9(1), 5–13.

Künzler, Alfred, Mamié, Stefan, & Schürer, Carmen. (2012). *Diagnose-Schock: Krebs*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-24643-2>

Lammer, Christina. (2007). KÖRPERBILDER IN DER PLASTISCHEN CHIRURGIE. Abgerufen von <http://www.meduniwien.ac.at/files/15/8/basics.handout.pdf>

Lauver, Diane Ruth, Connolly-Nelson, Kira, & Vang, Pa. (2007). Stressors and coping strategies among female cancer survivors after treatments. *Cancer nursing*, 30(2), 101–111.

Lotze, Werner. (1982). Der Zusammenhang von Erkrankungshäufigkeit, Sozial- und Sexualstatus bei Patientinnen mit Zervixkarzinom (Relationship between pathological incidence, social status, and sexual status of patients with cervical carcinoma). *Zentralblatt Gynakologie*, 104, 182–188.

Mamié, Stefan. (2017a). Behandlungsoptionen bei sexuellen Folgeproblemen nach Krebs. *Krebsbulletin Nr.3*, 256–259.

- Mamié, Stefan. (2017b). Onko-Sexologie, *Schweizer Krebsbulletin*(2), 160–162.
- Marquard, Sara. (2008). Diagnose Brustkrebs- Eine Perspektive der Betroffenen. In *Brustkrebs, Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe* (S. 31–39). Hans Huber.
- Marquard, Sara. (2016). Brustkrebs- es geht an die Substanz. In *Körperbild und Körperbildstörung. Handbuch für Pflege und Gesundheitsberufe* (S. 179–195). Hogrefe.
- Marquard, Sara, Dürdodt, Anke, Kolbe, Nina, & Plocher, Manuela. (2004). Körperbild nach Brustamputation: Das Ende der Unversehrtheit. *Pflege Zeitschrift*, 57(4), 254–257.
- Masters, William H., Johnson, Virginia E., & Sigusch, Volkmar. (1985). *Die sexuelle Reaktion*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt TB-V., Rnb.
- Mayer, Hanna. (2007). *Pflegeforschung kennenlernen: Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung*. facultas. wuv/maudrich.
- Mayring, Philipp. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12., Neuausgabe, 12., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl. *Beltz Pädagogik*.
- McClelland, Sara I., Holland, Kathryn J., & Griggs, Jennifer J. (2015). Quality of life and metastatic breast cancer: the role of body image, disease site, and time since diagnosis. *Quality of Life Research*, 24(12), 2939–2943. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1034-3>
- McKee, Alfred L., & Schover, Leslie R. (2001). Sexuality rehabilitation. *Cancer*, 92(S4), 1008–1012.
- Mehnert, Anja. (2005). *Akute und posttraumatische Belastungsstörungen bei Patientinnen mit Brustkrebs: Prävalenz und Risikofaktoren*. Lit Verlag.
- Meston, Cindy M., & Buss, David M. (2007). Why Humans Have Sex. *Archives of Sexual Behavior*, 36(4), 477–507. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9175-2>
- Milbury, Kathrin, Cohen, Lorenzo, Jenkins, Rosell, Skibber, John M., & Schover, Leslie R. (2013). The association between psychosocial and medical factors with long-term sexual dysfunction after treatment for colorectal cancer. *Supportive care in cancer*, 21(3), 793–802.

- Moradi, Bonnie, & Huang, Yu-Ping. (2008). Objectification Theory and Psychology of Women: A Decade of Advances and Future Directions. *Psychology of Women Quarterly*, 32(4), 377–398. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.00452.x>
- Morrison, Todd G., Bearden, Anomi, Ellis, Shannon R., & Harriman, Rebecca. (2005). Correlates of Genital Perceptions among Canadian Post-Secondary Students. *Electronic Journal of Human Sexuality*, 8.
- Mosetter, Kurt, & Mosetter, Reiner. (2010). Myoreflextherapie, Bd. 2: Regulation für Körper, Gehirn und Erleben. *Konstanz: Vesalius*.
- München, Tumorzentrum, & Bauerfeind, Ingo. (2015). *Mammakarzinome: Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge* (15. Aufl.). München: Zuckschwerdt.
- Nagoski, Emily. (2015). *Come as You Are: The Surprising New Science that Will Transform Your Sex Life*. New York: Simon & Schuster.
- NANDA International. (2016). *Pflegediagnosen: Definition und Klassifikation 2015-2017*. Kassel: Recom.
- Navarra, Sascha, Eichenberger, Corina, & Fluri, Maja. (2005). Schlussbericht Bestandesaufnahme psychosoziale Onkologie in der Schweiz. Bern: Krebsliga Schweiz.
- NCCN. (2014). Guidelines Survivorship:Sexual Dysfunction (Female). *J Nat Compr Canc Netw* 12:, 184–192.
- Neutze, Janina, & Beier, Klaus M. (2005). Sexualität und Brustkrebserkrankung, (Sexuologie 12 (1/2)), 2–22.
- Niederberger, Ursula. (2002). *Brustkrebs: psychosoziale Aspekte und Handlungsweisen der Sozialen Arbeit*. HSA.
- Noack, Juliane. (2010). Erik H. Erikson: Identität und Lebenszyklus. In Benjamin Jörissen & Jörg Zirfas (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Identitätsforschung* (S. 37–53). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92196-9_3

Nussbaum, Margareth, Lenahan, Patricia, & Sadowski, Richard. (2005). Sexual health in ageing men and women. Addressing the physiologic and psychological sexual changes that occur with age. *Geriatrics*, 60, 18–23.

Penman, Doris T., Bloom, Joan R., Fotopoulos, Sophia, Cook, Mary R., Holland, Jimmie C., Gates, Christopher, ... others. (1987). The impact of mastectomy on self-concept and social function: A combined cross-sectional and longitudinal study with comparison groups. *Women & Health*, 11(3–4), 101–130.

Petersen, Jennifer L., & Hyde, Janet Shibley. (2010). A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993–2007. *Psychological Bulletin*, 136(1), 21–38. <https://doi.org/10.1037/a0017504>

Petzold, Theodor Dierk. (2014). *Gesundheit ist ansteckend: Praxisbuch Salutogenese*. München: Irisiana.

Pika, Carina, & Stirn, Aglaja. (2016). «Nur die schönen Vögel sperrt man in die Käfige»? - Das Streben nach dem perfekten Körper und sein Folgen. In *Der erotische Raum: Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie* (1. Aufl., S. 152–182). Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.

Price, Bob. (1999). *Altered Body Image*. London: EMAP Healthcare Ltd.

Pujols, Yasisca, Meston, Cindy M., & Seal, Brooke N. (2010). The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2pt2), 905–916. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x>

Rasmusson, Else-Marie, & Thomé, Bibbi. (2008). Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease. *Sexuality and Disability*, 26(4), 207. <https://doi.org/10.1007/s11195-008-9097-5>

- Rellini, Alessandra H., McCall, Katie M., Randall, Patrick K., & Meston, Cindy M. (2005). The relationship between women's subjective and physiological sexual arousal. *Psychophysiology*, 42(1), 116–124. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2005.00259.x>
- Retzer, Arnold. (2002). *Passagen-systemische Erkundungen*. Klett-Cotta.
- Robinson, Beatrice 'Bean' E., Bockting, Walter O., Rosser, Simon, R, B., Miner, Michael, & Coleman, Eli. (2002). The Sexual Health Model: application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research*, 17(1), 43–57. <https://doi.org/10.1093/her/17.1.43>
- Rodin, Judith, Silberstein, Lisa, & Striegel-Moore, Ruth. (1984). Women and weight: A normative discontent. *Nebraska Symposium on Motivation*, 32, 267–307.
- Rosenberger, Christina, Höcker, Anja, Cartus, Michaela, Schulz-Kindermann, Frank, Härter, Martin, & Mehnert, Anja. (2012). Angehörige und Patienten in der ambulanten psychoonkologischen Versorgung: Zugangswege, psychische Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 62(05), 185–194.
- Rubino, Corrado, Figus, Andrea, Loretto, Liliana, & Sechi, Giampiera. (2007). Post-mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 60(5), 509–518. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2006.06.013>
- Saha, Felix, Sütfels, Gerit, Altner, Nils, & Dobos, Gustav. (2017). Komplementäre Therapieverfahren. In *Uroonkologe* (S. 215–268). Springer.
- Salter, Mave. (1999). Stomata und ihre Auswirkungen auf das Körperbild. *Körperbild und Körperbildstörungen*. Ullstein Medical, Wiesbaden, 169–194.
- Sanchez, Diana T., & Kiefer, Amy K. (2007). Body Concerns In and Out of the Bedroom: Implications for Sexual Pleasure and Problems. *Archives of Sexual Behavior*, 36(6), 808–820. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9205-0>

Sand, Michael, Rosen, Raymond, Meston, C., & Brotto, Lori. (2009). The female sexual function index (FSFI): a potential “gold standard” measure for assessing therapeutically-induced change in female sexual function. *Fertility and Sterility*, 92(3), S129. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.07.1173>

Sarasin, Eliane. (2014). Brustkrebs und Sexualität: Eine Übersicht. *Schweizer Krebsbulletin*, (03), 198–199.

Sarasin, Eliane. (2015). Eine Berücksichtigung des Körperbilds. *info@gynäkologie_04_2015*.

Satinsky, Sonya, Reece, Michael, Dennis, Barbara, Sanders, Stephanie, & Bardzell, Shaowen. (2012). An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body Image*, 9(1), 137–144. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.09.007>

Schick, Vanessa R., Calabrese, Sarah K., Rima, Brandi N., & Zucker, Alyssa N. (2010). Genital Appearance Dissatisfaction: Implications for Women’s Genital Image Self-Consciousness, Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Risk. *Psychology of Women Quarterly*, 34(3), 394–404. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2010.01584.x>

Schiftan, Diana. (2016). Ausweitung der Lustzone - wie Frauen ihren Weg zum Orgasmus finden. In *Der erotische Raum* (S. 166–182). Carl-Auer Verlag GmbH.

Schilder, Paul. (2013). *The Image and Appearance of the Human Body*. Routledge.

Schmidt, Gunther. (2015). *Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung* (7. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.

Schmitz, Hermann. (2007). *Der unerschöpfliche Gegenstand: Grundzüge der Philosophie* (3., unveränderte Auflage). Bonn: Bouvier Verlag.

Schnarch, David. (1991). *Constructing the Sexual Crucible. An Integration of Sexual and Marital Therapy*. New York (Norton) 1991.

Schnarch, David. (2014). *Intimität und Verlangen: sexuelle Leidenschaft in dauerhaften Beziehungen*. Klett-Cotta.

- Schover, Leslie R., Yetman, Randall J., Tuason, Laurie J., Meisler, Eileen, Esselstyn, Caldwell B., Hermann, Robert E., ... Dowden, Richard V. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, 75(1), 54–64. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19950101\)75:1<54::AID-CNCR2820750111>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19950101)75:1<54::AID-CNCR2820750111>3.0.CO;2-I)
- Seal, Brooke N., Bradford, Andrea, & Meston, Cindy M. (2009). The Association Between Body Esteem and Sexual Desire Among College Women. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 866–872. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9467-1>
- Sertoz, Ozen O., Doganavsargil, Ozge, & Elbi, Hayriye. (2009). Body image and self-esteem in somatizing patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(4), 508–515. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01994.x>
- Sigusch, Volkmar. (2013). *Sexualitäten: Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten* (1. Aufl.). Frankfurt: Campus Verlag.
- Sims, Karen E., & Meana, Marta. (2010). Why Did Passion Wane? A Qualitative Study of Married Women's Attributions for Declines in Sexual Desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36(4), 360–380. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2010.498727>
- Snyder, Douglas K., & Halford, W. Kim. (2012). Evidence-based couple therapy: Current status and future directions. *Journal of Family Therapy*, 34(3), 229–249.
- Sottas, Beat. (2016). "Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten" – Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema. In Stefan Müller-Mielitz, Beat Sottas, & Alexander Schachtrupp (Hrsg.), *Innovationen in der Gesundheitswirtschaft* (S. 44–56). Melsungen: Bibliomed Verlag.
- Stead, M. L., Brown, J. M., Fallowfield, L., & Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British journal of cancer*, 88(5), 666.

- Stein, Henning. (2008). Medizinische und pflegerische Grundkenntnisse bei Brustkrebs. In *Brustkrebs, Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe* (S. 105–108).
- Stirn, Aglaja Valentina, Stark, Rudolf, Tabbert, Katharina, Wehrum-Osinsky, Sina, & Oddo, Silvia. (2013). *Sexualität, Körper und Neurobiologie: Grundlagen und Störungsbilder im interdisziplinären Fokus* (1. Aufl., 20 Abb., 10 Tab.). Stuttgart: Kohlhammer W., GmbH.
- Strittmatter, Hans-Jörg. (2006). "Kriterien der Lebensqualität nach rekonstruktiven Mammakarzinomoperationen. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 128.04, 217–223.
- Thors, Christina L., Broeckel, Jo Ann, & Jacobsen, Paul B. (2001). Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control*, 8(5), 442–442.
- Tiefer, Leonore. (1994). Sex is not a natural act. *Zeitschrift Für Sexualforschung*, 7(1), 36–42.
- Toates, Frederick. (2014). *How Sexual Desire Works*. Cambridge University Press.
- Tschacher, Wolfgang, & Storch, Maja. (2010). Embodiment und Körperpsychotherapie. *Körperzentrierte Psychotherapie Im Dialog*, 161–175.
- Tschacher, Wolfgang, & Storch, Maja. (2012). Die Bedeutung von embodiment für Psychologie und Psychotherapie. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 17(2), 259–267.
- Ulrich-Lai, Yvonne M., Christiansen, Anne M., Ostrander, Michelle M., Jones, Amanda A., Jones, Kenneth R., Choi, Dennis C., ... Herman, James P. (2010). Pleasurable behaviors reduce stress via brain reward pathways. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(47), 20529–20534. <https://doi.org/10.1073/pnas.1007740107>
- Uschok, Andreas. (2016). *Körperbild und Körperbildstörungen: Handbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe* (1. Aufl.). Bern: Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber.

Vaidakis, Dennis C., Panoskaltis, Angela, T., Poulakaki, Nikiforita, Kouloura, A., Kassanos, D., Papadimitriou, G., & Salamalekis, E. (2014). Female sexuality after female cancer treatment: a clinical issue. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 35(6), 635–640.

Wechsler, Theresa. (2012). Das coachingtool-spezifische Wirkfaktorenmodell. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 19(4), 405–423.

WHO. (2017, Juli 5). Weltgesundheitsorganisation (WHO). Abgerufen 5. Juli 2017, von <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>

Wiederman, Michael W., & Pryor, Tamara. (1997). Body dissatisfaction and sexuality among women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(4), 361–365.

Wiggins, Doreen L., Wood, Roxanne, Granai, C. O., & Dizon, Don S. (2007). Sex, intimacy, and the gynecologic oncologist: survey results of the New England Association of Gynecologic Oncologists (NEAGO). *Journal of psychosocial oncology*, 25(4), 61–70.

Woertman, Liesbeth, & Brink, Femke van den. (2012). Body Image and Female Sexual Functioning and Behavior: A Review. *The Journal of Sex Research*, 49(2–3), 184–211. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.658586>

Wollenschein, Melanie, Zivanovic, O., Kuhn, W., Rohde, Anke, & Dorn, Almut. (2005). Krebserkrankung in der Schwangerschaft–Herausforderung mit vielen Facetten. *Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie*, 73(10), A58.

Zettl, Stefan. (2006). Krebs und Sexualität. In *Management des Mammakarzinoms* (S. 491–501). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-31748-7_41

Zeyen Käch, Barbara, & Biedermann, M. (2008). Veränderte Sexualität. In *Brustkrebs, Lehrbuch für Breastcare Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe* (S. 336–347). Huber, Bern.

Zöllner, Tanja, Calhoun, L. C., & Tedeschi, Richard G. (2006). Trauma und persönliches Wachstum. *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Thieme, Stuttgart, 36–42.

12 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1 Aspekte lustvoller weiblicher Sexualität vor der Erkrankung nach dem Modell Sexocorporel (Beschreibung der Einflussfaktoren siehe Tabelle 1).....	14
Abbildung 2: Therapiemassnahmen bei Brustkrebs als indirekte Einflussfaktoren auf die weibliche Sexualität und ihre Folgen	31
Abbildung 3: Aspekte weiblicher Sexualität nach einer Ablatio Mammae	36
Abbildung 4: Modell Sexocorporel: vier Komponenten sexueller Gesundheit. Quelle: adaptiert nach (Académie du Sexocorporel, 2010a, S. 8)	59
Abbildung 5: Bedeutung der Sexualberatung nach Sexocorporel ein Jahr nach der Brustentfernung	80
Tabelle 1: Direkte Einflussfaktoren auf die weibliche Sexualität	14
Tabelle 2: Einfluss von Muskelspannung, Atmung und Bewegungsgeschwindigkeit auf die Wahrnehmung (Quelle: adaptiert nach (Henning, 2014, S. 56)).....	20
Tabelle 3: Gegenüberstellung von Aussagen zur veränderten Sexualität und onko-sexologische Interventionen nach Sexocorporel	78

13 Anhang

13.1	Anhang 1: Interviewleitfaden	109
13.2	Anhang 2: Transkription der teilstrukturierten Interviews	114
	Ehrenwörtliche Erklärung/Selbstständigkeitserklärung	127

13.1 Anhang 1: Interviewleitfaden

Gesprächsinhalte:

Welchen Herausforderungen in Bezug auf die Sexualität begegnen Frauen ein Jahr nach einer Brustentfernung?

Welche Auswirkungen hat eine Brustentfernung auf die Sexualität von Betroffenen (in Bezug auf Körperbild/sexuelle Selbstsicherheit, Wahrnehmung, funktionale Sexualität, Beziehung, Krankheit als sexuelle Entwicklungs-Chance)?

Besteht ein Bedarf an Information und Beratung bezüglich Sexualität nach einer Ablatio Mammae?

Einstieg:

Ziehen einer Bildkarte unter dem Gesichtspunkt «Sexuelle Gesundheit – meine Sexualität ein Jahr nach der Brustentfernung»

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
Information und Beratungsbedarf	<p>Nach Diagnosestellung wurden Sie vom Arzt bezüglich Therapiemassnahmen und Nebenwirkungen informiert.</p> <p>Wie erlebten Sie das Aufklärungsgespräch und weitere spätere Gespräche mit medizinischem Personal bezüglich Sexualität nach einer Brustentfernung?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung auf veränderte Sexualität im Zusammenhang mit Ablatio Mammae? Physiologisch (Brustprothese, Pflegeprodukte etc.) und psychologisch (Körperbild, Selbstwert, sexuelle Selbstsicherheit) • Eigene Reaktion auf die Ablatio Mammae. Ängste in Bezug auf Sexualität? Befürchtete Einschränkungen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie verliefen Gespräche in Bezug auf die Sexualität/Brustentfernung? Was löste das bei Ihnen aus? • Wie reagierten Sie auf die (Nicht-)Informationen? • Wie hoch schätzen Sie Ihr Bedürfnis nach Information und fachspezifischer Beratung ein Jahr nach der Brustentfernung ein? 	<p>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und dann? Wie ging das weiter?</p> <p>Welche Information/Beratung bezüglich Ihrer sexuellen Gesundheit im Zusammenhang mit einer Brustentfernung wären rückblickend wünschenswert?</p>

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
		<ul style="list-style-type: none"> • Stellenwert sexuelle Gesundheit in Verlauf des Therapieprozesses? • Bedarf an Sexualberatung? 		
Verändertes Körperbild und Wahrnehmung	<p>Eine Ablatio Mammae ist ein einschneidendes Erlebnis, bei dem sich unter anderem das äussere Körperbild verändert.</p> <p>Wie erleben Sie die äussere, sichtbare Veränderung ihres Körpers?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bedeutung Brustverlust? • Versehrtheit des Körpers? • Abschiedsritual? • Umgang mit Körper nach Ablatio Mammae? • Im Vergleich zu vorher? • Wahrnehmung (sinnlicher) Kontakt im Alltag? • In der Sexualität Vermeidung/Einbezug von Eigenkontakt • Strategien der Bewältigung/Anpassung: <ul style="list-style-type: none"> • Brustprothese • Spezial BH • Gedanke an Brustrekonstruktion • Kleidung • Vermeidung von Sexualität? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem veränderten Körper beschreiben? • Wie erleben Sie Ihren Körper bei sinnlichen, erotischen Berührungen (Selbstbefriedigung, Geschlechtsverkehr)? • Welche Ressourcen nutzen Sie im Umgang mit Ihrem Körper (Brustprothese, Kleidung, Gedanken, Partner, Eigenberührung?) 	<p>Wie haben Sie sich von ihrer Brust verabschiedet? Was waren die Gefühle dabei?</p> <p>Gibt es Körperregionen, die sie nicht mehr oder weniger berühren als vor der Diagnose?</p>

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
		<ul style="list-style-type: none"> • Reaktionen des Partners? 		
Auswirkungen auf das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit bzw. das Gefühl, eine Frau zu sein	<p>Eine Brustentfernung ist ein einschneidendes Erlebnis, die nicht nur das äussere Erscheinungsbild verändert, sondern oft auch das Gefühl, Frau zu sein.</p> <p>Welche Auswirkungen hat die Brustentfernung auf Ihr Gefühl, Frau zu sein?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sich im Spiegel anschauen können? Gefühle dabei? • Minderung der Weiblichkeit, Verlust Selbstwert, sexuelle Selbstsicherheit? • Stolz, eine Frau zu sein • Attraktivität • Angst vor Eigenberührungen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie stark nehmen Sie die Körperbildveränderungen wahr. Wie stark haben sie Sie beschäftigt? • Wenn Sie sich nackt vor dem Spiegel betrachteten, welche Gedanken und Gefühle begleiteten Sie dabei? • Wie hat sich die Brustentfernung auf Ihr Selbstwertgefühl als Frau ausgewirkt? 	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und dann? Wie ging das weiter?
Auswirkungen auf die funktionale Sexualität	<p>Es gibt begleitende Therapien, unter anderem die Antihormontherapie, die Auswirkungen auf die körperliche Funktion haben können (Trockenheit der Schleimhäute, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Lustlosigkeit, Einleitung der Wechseljahre)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle Beeinträchtigungen: Dysfunktionen wie Atrophie, Dyspareunie, Lustlosigkeit • Wechseljahrsymptome • Archetyp: Mütterlichkeit, Fertilität • Veränderte Wahrnehmung an primären/sekundären Geschlechtsmerkmalen • Eigener Umgang mit verändertem Erleben? 	<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie Einschränkungen in der der Selbstbefriedigung oder bei der Sexualität mit ihrem Partner hinnehmen müssen, die Sie auf die begleitenden Therapien zurückführen? (Schmerzen, Trockenheit, Empfindlichkeit, Narbenschmerzen, Wechseljahrsymptome) 	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und dann? Wie ging das weiter?

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
	Wie erleben Sie die Nebenwirkungen von medizinischen Massnahmen im Zusammenhang mit Ihrer Sexualität?		<ul style="list-style-type: none"> • Wie erleben Sie Berührungen an der Brust, an der Narbe und an ihrem Geschlecht? • Wie gehen Sie mit dem veränderten Erleben um? 	
Partnerschaft und sexuelle Beziehung	<p>Eine Krebserkrankung kann auch die sexuelle Beziehung zum Partner verändern</p> <p>Wie wirken sich die Brustentfernung und die begleitenden Therapien auf Ihre Partnerschaft und Sexualität aus?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang als Paar mit Veränderung? • Reaktionen des Partners auf verändertes Körperbild? • Kommunikation als Paar? • Vermeidung von Körperkontakt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Nehmen Sie in Ihrem sexuellen Verhalten als Paar Veränderungen wahr im Vergleich zu vor der Diagnose? • Wie erleben Sie Ihre aktuellen sexuellen Kontakte mit Ihrem Partner? • Wie gehen Sie mit Reaktionen des Partners um? 	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und dann? Wie ging das weiter?
Lebensereignis Brustkrebs als Möglichkeit für sexuelle Weiterentwicklung («Das Gute im Schlechten»)	<p>Eine Krise kann auch Wachstum anregen, so paradox dies auch klingen mag.</p> <p>Inwiefern trifft diese Aussage auf Sie und Ihre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatisches Wachstum? • Neue Erfahrungen, Offenheit für Neues? • Reifungsprozess? • Weiblichkeit und Sexualität im Umbruch? • Prozess der Auseinandersetzung mit 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie erleben Sie diesen Übergang von Sexualität vor der Diagnose zur Sexualität nach der Brustentfernung? • Was unterstützt Sie in diesem Prozess? • Was würden Sie einer Frau mit Diagnose Brustentfernung in 	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und dann? Wie ging das weiter?

Themen	Leitfragen	Checkliste	Konkrete Frage	Aufrechterhaltung, Steuerung
	Sexualität im weitesten Sinne zu oder nicht zu?	belastender Situation? Copingstrategien	Bezug auf die Sexualität mit auf den Weg geben?	

13.2 Anhang 2: Transkription der beiden teilstrukturierten Interviews

Interview 1

Vor der Operation ist bezüglich Gespräch über Sexualität gar nichts gelaufen, und dann hatte ich den PAP-Virus, nur eine Vorstufe davon. Und dann wollte der Gynäkologe auch diesen wegschneiden. (Minute 0.55). Danach meinte er, nein das machen wir nicht, da man zuerst oben und unten auch hätte schneiden müssen.

Er erklärte mir den Verlauf der OP, die Narkose und Medikamente. Das einzige, das ich sagte, war: Machen Sie die Narbe bitte schön, worauf der Arzt lächelte. Mir kam es so vor, es sei ihm nicht so wichtig. Danach kamen Gespräche über die einzunehmenden Medikamente und dass die Menstruation ausbleiben könne und dass ich nicht mehr schwanger werden dürfe.

Nach der OP kam der Arzt kurz ins Zimmer und berichtete, es sei alles gut gelaufen und sagte, Kinder können Sie nun keine mehr bekommen. Das ist mir schon etwas an den Kopf geworfen worden, und es hat mich schon ziemlich „abezogen“. In den weiteren Gesprächen kamen einfach die allgemeinen Nebenwirkungen zur Sprache, z.B. trockene Scheide und so und ich bekam Infoblätter. Ich bin nicht mehr sicher, gab mir Frau Bieler etwas, eine Salbe z.B., aber wahrscheinlich eher für die Haut, den Kopf und die Fingernägel. Aber speziell für die Scheidentrockenheit habe ich nichts bekommen. Sie haben aber erwähnt, dass auch die Schleimhäute austrocknen, das hatte ich dann auch (Minute 2.40). Da war keine grosse Information. Auch dass es z.B. Möglichkeiten gäbe - die gab es schon damals – wie Eierentnahme oder so, wie z.B. Medikamente für eine Möglichkeit, um doch noch Kinder zu bekommen. Das wurde nicht angesprochen. Da kam klar keine Information. Es wurde gesagt, dass die Haare ausfallen. Da waren sie sich bei der ersten Chemo ganz sicher; bei der zweiten muss nicht, kann aber. Da sind mir die Haare auch wieder gewachsen. Zur Gewichtszunahme haben sie nicht viel gesagt, eigentlich. Und es war dann wirklich so. Frau Bieler sagte, eine Gewichtszunahme von 5-6 kg bei einer Chemo sei jeweils üblich.

Ich hätte viel mehr gebraucht, z.B. dass die Brust nach der OP immer schmerzt, d.h. das Narbengewebe, das hätte ich gerne gewusst, wobei – das wussten sie ja vorher auch nicht, aber als Eventualität hätten sie es erwähnen können. Und dass sich die Brust nachher insofern verändert durch die Hormone, dass sie weich wird und die Wechseljahre-Beschwerden, die extreme Auswirkungen haben auf die Schleimhaut und die Lust. Im Nachhinein bei Herrn Bruder, bei der Antihormonbehandlung, sagte er dies schon. Eigentlich ist der Beratungsbedarf hoch; man lebt einfach damit und nimmt es einfach wie hin. Und man getraut sich dann oft

auch nicht, es anzusprechen. Man hat auch das Gefühl alle denken, sie hat es überlebt, macht die Therapie, hat keine Haare auf dem Kopf und denkt schon an Sex oder was. Wenn es von Anfang an offen angegangen worden wäre, dass sich etwas verändert, würde man auch mehr fragen. Man fragt dann auch nicht gross, so ist es.

Ich habe keine ganze Brustentfernung, ich sage mir, ich habe noch eine 2/3-Brust. Wenn ich jetzt in den Spiegel schaue, hat sich nicht viel gross verändert. Nach diesem Jahr sieht sie aus wie ein Ballon, der alt wird und dem es an etwas Luft fehlt. Das finde ich schon nicht so lässig. Gleichzeitig hat sich mein Körper noch so verändert, dass ich eine Gewichtszunahme hatte, die Brüste selber jedoch nicht, die sind gleich klein geblieben. Ich habe keine Prothese, ich brauche sie auch nicht. Aus dieser Sicht ist es keine grosse Veränderung, die operierte Brust hat einfach eine andere Form, sie ist einfach kleiner als die andere. Interessanterweise ist sie immer noch die Lieblingsbrust meines Mannes. Ich weiss nicht warum. Aber schon vorher waren die Brüste nicht eigentlich **das** Sexualgeschlechtsorgan für mich. Ich finde es nicht so mega schlimm, wie die Brust heute aussieht. Ich hatte früher schöne Brüste, nun habe ich nur noch 1 2/3. Damit kann ich besser umgehen als mit der Veränderung des Körpers wie z.B. die Gewichtszunahme oder so. Ich habe nach wie vor einen Druckschmerz an der operierten Brust und habe es nicht besonders gern. Ich merke es auch beim Joggen, da brauche ich einen guten BH, denn sonst tut es wirklich weh. Das ist dann auch in der Sexualität so, dass wenn er sie richtig anfasst, dass sie dann eher für mich nicht so sinnlich ist oder Lust bereitet, weil es dann halt Schmerzen macht. Ich selber berühre die andere Brust lieber. Was ich mache, massiere ich die Narbe manchmal, damit sie geschmeidiger wird, aber eigentlich nicht gross. Aber die Brust ist für mich nicht so wichtig, oder dass es das darauf fixierte Organ wäre. Ich habe eine relativ schlechte Haut bekommen. Wurde inzwischen wieder besser, aber das hat mich auch extrem gestört. Auch in Bezug auf die Sexualität hängt das ja auch immer zusammen. Ich fand mich dann selber nicht mehr so schön oder attraktiv – überall Pickel und so – ja, irgendwie war es sicher auch ein Grund, warum es dann auch weniger geworden ist, d.h. die Lust. Die Lust wurde auch durch die Wechseljahre weniger. Es ist nach wie vor so, dass wenn, muss ich es wollen und machen. Aber ich kann langsam damit leben. Das ist eine Veränderung, die man nicht sieht.

Die Gewichtszunahme hat mich sehr stark beschäftigt, nicht einmal so die Brustveränderung. Ich hatte auch noch eine OP (Entfernung von Eierstöcken und Gebärmutter) ein Jahr später. Seither habe ich auch noch eine Narbe quer über den Bauch. Wenn ich nackt vor dem Spiegel stehe, sehe ich mich mehr als Flickwerk: da zwei Narben und da noch....(Minute 11.40) und die Brust und unter dem Arm. Wenn ich irgendwo bin, im Bikini oder

so, sieht man ja nicht, dass ich das gehabt habe. Gegen aussen ist es nicht so schlimm; für mich ist es mehr die Wahrnehmung meines ganzen Körpers, der nicht mehr zu mir passt. Das ist für mich schlimm gewesen. Nicht nur die Brustentfernung, wo ich nicht ganz (Minute 12.20), sondern mehr das, was dazu gekommen ist, vor allem die Gewichtszunahme, weil ich im Spiegel nur noch das gesehen habe. Das gab mir das Gefühl, nicht mehr attraktiv zu sein. Und das wirkte sich natürlich auch auf die Sexualität aus. Ich wollte dann gar nichts mehr. Ich wäre am liebsten auch nirgends mehr hin gegangen und wollte meinem Mann auch nichts mehr zumuten.

Die Brustentfernung wirkte sich auf mein Selbstwertgefühl aus und ich habe mich zurückgezogen. Als ich mich damals im Spiegel angeschaut habe – jetzt ist es jedoch wieder etwas besser – habe ich nur noch dieses unschöne Flickwerk gesehen. Vorher gefiel ich mir.

Für mich ist die Brust schon vor der Erkrankung nicht das Zentrale gewesen beim Sex oder mehr der ganze Körper oder unten streicheln als auf der Brust. Mein Mann hat schon Freude an den Brüsten. Wenn er die Hand aber auch nicht auf der Brust hatte, so hat es mich nicht so sehr gestört. Darum ist für mich die Narbe, die ich jetzt habe, nicht so wahnsinnig schlimm. Für mich war die Veränderung des ganzen Körpers schwieriger, wie das Gefühl, ein Barbapapa als eine Frau zu sein. Besonders damals, als mein Bauch grösser war als die Brust, das stresste mich mega, das war früher nicht so. Ich war schlank und hatte kleine Brüste, das spielte aber keine Rolle, aber nachher war es einfach nicht mehr so.

Ich bekam das ganze Paket und zwar schon während der Chemo; ich meine, schon damals die ersten Medikamente zeitgleich bekommen zu haben. Sicher während der zweiten Chemo habe ich das Medikament erhalten – ich erinnere mich nicht an den Namen –, das die Produktion der Eierstöcke eingestellt hat. Und das hat zeitgleich Nebenwirkungen gehabt, wie extrem starke Wallungen. Ich hätte z.B. 17x täglich meine Wäsche wechseln können, in der Nacht noch häufiger – (Minute 16.25) wie T-Shirt auswringen. Lustlosigkeit war auch eine Begleiterscheinung und trockene Scheiden-Schleimhäute. Das hatte ich alles.

Zur Selbstbefriedigung: Das hat immer funktioniert mit Einführen des (Minute 16.57), auch wenn es trocken ist eigentlich. Aber wenn wir zusammen Sex hatten, mein Mann und ich, hat es schon weh getan. Und dann meine ich, hat mir Nicole einmal ein Gleitmittel gegeben. Sie war diejenige, die noch (Minute 17.24) mitgemacht hat. Aber ich glaube auch, weil sie so eine Checkliste hatte, zur Frage, was man noch machen könnte. Wirklich darüber gesprochen hat Herr Greuter, dass dies alles kommen kann und er hat auch versucht, wegen den Wallungen – die haben mich nicht nur beim Sex, sondern auch im Alltag sehr eingeschränkt; sie kamen in Abständen von 5 Minuten. In der Nacht ist es nicht mehr sehr angenehm, wenn

man bahnass im Bett liegt. Da bekam ich Antidepressiva gegen die Wechseljahrsbeschwerden, vor allem die Wallungen und gleichzeitig die Stimmung, die nicht so gut war bei mir, zu heben. Und (Minute 18.29) ... und da hatten wir nicht oft Sex. Auch wenn es trocken ist, schmerzt es auch mehr.

In Bezug auf die Antihormontherapie, die von einem Tag auf den andern abrupt Stopp macht, habe ich es zuerst schlecht empfunden. Zu diesem Zeitpunkt bekam Gianna Nannini ein Kind - sie war ja bereits etwa 60 Jahre alt oder 50 – da sagte meine Freundin: Du bist wie sie, sie hat nun ein Kind, ist aber auch in den Wechseljahren (lacht). Nur habe ich nicht so viel Geld wie sie. Es ist nicht mehr die alte Gelassenheit, das Ganze zu meistern. Man sollte gleichzeitig Mutter sein und Frau und ein erfüllendes Sexleben anbieten und haben. Ich hatte noch oft ein schlechtes Gewissen wegen meinem Mann. Ich schaute dann lieber einen guten Film statt Sex zu haben. Er nimmt extrem Rücksicht auf mich, er hat es immer so gemacht und wollte nie etwas erzwingen. Ich glaube, das ist auch wichtig, dass man das hat, denn man muss – ich für mich habe das Ganze etwas runter geschraubt. Der Sex ist nicht mehr der wichtige Anteil, wie er einmal war. Auch bei meinem Mann vor allem; manchmal denke ich schon.... Dann ist er wieder müde, dann bin ich auch nicht diejenige, die unbedingt will, was früher schon eher gewesen wäre. Aber eben, ich weiss nicht, ob es wirklich eine Nebenwirkung der Wechseljahre ist oder nicht. Was ich merke, ist, dass wenn ich Selbstbefriedigung mache oder wenn wir Sex haben, dass ich schneller komme. Aber dann wäre es für mich vorbei, und er hat noch nicht einmal richtig angefangen... (Minute 21.13). Das ist eine Veränderung seit der Krankheit. Ich muss sehr aufpassen, dass ich nicht schon 10x gekommen bin, bevor er richtig angefangen hat. Deshalb sage ich ihm, er soll etwas Gas geben.

Wir müssen insofern auf Hilfsmittel zurückgreifen, damit er überhaupt in mich eindringen kann, sonst wäre es gar nicht möglich. Ich hätte sonst Schmerzen. Wir brauchen ein Gleitmittel, das gehört nun einfach dazu. Vielfach haben wir jetzt auch mehr Sex ohne eigentlichen Geschlechtsakt. Das gibt es noch öfters, einfach streicheln gegenseitig und so, als dass er dann eindringt. Es ist für mich nicht mehr das, was ich jetzt dringend haben müsste. Es ist für mich fast lieber, ich weiss, dass es für meinen Mann nicht so einfach ist. Jetzt möchte ich meine Brüste noch behalten. Ich finde es schön, dass mein Mann keinen Unterschied zu vorher macht. Es gab immer sexuellen Kontakt, auch während der Chemo, nicht viel, aber es gab ihn. Ich glaube, dass mein Mann schon eine extrem abartige Haltung hatte. Er hat es auch erst im Nachhinein realisiert, mit einem Gespräch mit einer Therapeutin, die ihn fragte, wie er damit umgehe, er hatte mega Angst, es komme wieder und das hatte ich gar nicht so realisiert. Es hat sich bei ihm auf alles ausgewirkt, er kam nie in eine drängende Haltung. Vorher, wenn

er Sex haben wollte und ich nicht, so konnte er schon beleidigt sein und war sauer. Aber das machte er nach meiner Erkrankung nicht mehr. Vorher (Minute 25.36) nein, die typische Kopfwehsituation, da konnte er schon ein bis zwei Tage beleidigt sein. Wir sprachen darüber, das konnten wir schon früher. Auch in der Situation nachher sagte ich: Warum musst du immer diese Brust greifen, du weisst ja, dass sie mir weh tut. Er sagt: Ich will diese, weil ich sie lieber habe. Ich frage mich dann, warum er es so macht. Wenn wir dann im Aktiven sind, schmieren wir dann halt. Wir lachen dann auch, ist also keine ernste Angelegenheit.

Chance: Ich weiss es nicht. Das ist das schwierigste von allem. Ich denke, eine Krankheit als Chance ist es nie. Es stört mich jetzt ein bisschen. Ich glaube, es gibt Leute, die daran wachsen, aber ich denke, man muss es nicht haben. Was es sicher ist, wenn ich mich müde fühle, kann ich immer sagen, es ist deswegen. Ich erlebe kein sexuelles Wachstum, im Gegenteil, ich habe eigentlich weniger bis gar keine Lust. Wenn ich Sex habe, dann machen wir halt. Es kommt dann schon während dem Machen. Was ich nicht weiss ist, wie wäre es ohne die Krankheit. Oder vielleicht wäre es auch so. Was ich schon gehört habe ist, dass Frauen nach einigen Wechseljahren wieder ein erfülltes Sexualleben haben. Vielleicht kommt das ja noch bei mir wie bei den anderen. Ich warte immer noch darauf. Und ich wäre dann noch jünger als die anderen. Darauf schaffe und warte ich. Im Moment ist es noch nicht so. Wir wären sicher nicht zu Ihnen gekommen, wäre es nicht so, wobei ich sagen muss, dass ein solches Gespräch oder Therapie auch für ein Paar gut wäre, die keine solche Vorgeschichte hätte. Generell würden einem ein paar Sachen klarer. Eigentlich ist der Sex nicht alles und dadurch, dass er schon vorher bei uns nicht so... Unsere Beziehung war nicht in erster Linie eine Sexualbeziehung, Liebe und Gemeinsames kam zuerst und das Sexuelle dazu. Zudem sind wir auch noch Eltern. Die Idee ist nach wie vor da, dass wir als Partnerschaft alt werden. Es gibt eine Veränderung im Sex, aber ob da eine Verbesserung oder Verschlechterung ist, kann ich nicht sagen. Oder dass man eine Ausrede hat, die man vorher nicht hatte.

Ja, es gibt Veränderungen als Frau, aber es hat nicht nur mit der überstandenen Krankheit zu tun, sondern auch ein bisschen mit dem Alter. Oder dass ich gewisse Sachen mir nicht mehr gefallen lasse. Wenn man einmal krank gewesen ist, schaut man viele Sachen anders an als vorher, das ganze Leben. Man macht vielleicht Sachen, die man nicht mehr verschiebt, man macht sie jetzt. Wer weiss, was ist in zehn Jahren, man weiss es nicht. Das machen wir mehr als Familie, vielleicht sollten wir noch mehr machen. Es gibt aber Sachen, die ich einfach nicht mehr verschieben will. Aber das hat mit dem Sexuellen nichts zu tun. Darum denke ich, dass eine Krankheit nie eine Chance ist. Man hat diese, um eine Krankheit zu überstehen, vielleicht. Wenn man eine Krankheit braucht, um das Leben wieder zu sehen,

dann hat man noch eine andere Krankheit, glaube ich. Mir ist es vor der Krankheit nämlich super gegangen. Man ist vor einem Lebensziel (Minute 32.00). Das haben vermutlich die meisten.

Ich hatte die Situation sogar gehabt, in welcher eine Kollegin kam und über ihre Krankheit mehrere Abende mit mir redete, noch vor der ersten Chemo. Sie wurde im Gegensatz zu mir sehr gut im Vorfeld informiert. Sie empfahl mir, mit meinem Mann zu reden, was du willst und nicht willst. Zu diesem Zeitpunkt wusste man ja noch nicht welche Nebenwirkungen es haben wird und dass man zu Hilfsmitteln greifen muss.

Ich hatte ja keine ganze Brustentfernung. In diesem Sinn könnte ich einer betroffenen Frau keine Ratschläge erteilen. Ich habe eine Bekannte, die die Brust entfernen musste und einen Brustaufbau hat ... (Minute 34.08). Ich habe sie in dem bestärkt, dass es gut aussieht. Es ist schwierig, jemand im Körperbild zu sagen, du siehst gut aus. Was ich nie gerne hatte, war z.B. wenn jemand sagte: „Du siehst aber gut aus, du kannst quasi froh sein darüber.“ Solche Sprüche, so quasi, weshalb liegst du nicht am Boden. Sie bekam dann das Lymphödem, einen mega dicken Arm. Da sagte ich, es sei nicht lässig, es geht ja nicht vorbei. Man muss hinschauen und darf sagen, es ist nicht schön. Man freut sich auf jeden Millimeter (Minute 35.12) aber so mache ich es halt bei einer Krebsdiagnose. Das ist einfach scheisse und nicht, es kommt wieder gut. Man weiss es ja bei mir. Das sagte ich ihr, sie sehe gut aus, aber es stimmte auch. Die Ehrlichkeit ist in solchen Situationen wichtig. Man muss nicht immer alles auf diese Krankheit beziehen. Das ist der Nachteil. Irgendwann will man das abschliessen.

Interview 2

Ab dem Zeitpunkt, wo der Brustknoten immer grösser wurde, habe ich wie einen Ekel mir gegenüber mir und gegenüber meiner Brust empfunden. Dann kam mit der Zeit auch ein gewisser Schauer dazu und ein Ekel, z.B. einen BH anzuziehen oder mich einzucremen an der Brust. Ich wollte einfach nichts mehr damit zu tun haben und wollte schnellstmöglich diesen Knoten weg haben.

Ja, vorher hatte ich keine Mühe, meinen Körper zu berühren. Das hat etwas mit Leben und Freiheit zu tun. Ich bin selber gern in der Natur und unterwegs. Wenn du das mit einem Partner teilen kannst, finde ich dies etwas sehr Schönes. Man ist miteinander, man ist draussen, jeder kann seinen Weg gehen, man ist aber auch miteinander, man ist auf engstem Raum, hat aber auch die Weite der Natur. Man kann sich im kleinen Raum lieben, aber auch in freier Natur kann man sich etwas erlauben oder so. Es ist irgendwie spannend und nicht so langweilig.

Die ganze Aufklärung – so würde ich es sagen – ist im ersten Teil total untergegangen. Das hat mich aber ehrlich gesagt auch nicht gross interessiert. Es kann gut möglich sein, dass sie es mir einmal auf den Tisch gelegt haben, aber es hat mich einfach nicht interessiert. Weil, man hat den Kopf gar nicht dazu. Ab der Diagnose hätte ich keine Minute mehr an so etwas gedacht. Gedanken zur Sexualität kamen während der Krankheit, man hat es probiert, man mochte nicht, es tat dir alles weh. Ich wäre froh um mehr Information gewesen, ich glaube schon. Ob ich es angenommen hätte, weiss ich nicht, weil ich mir gesagt hätte, lasst mich einfach. Aber, wenn jemand ganz bewusst sich mit mir hingewetzt hätte, vielleicht auch nicht die Ärzte, die du sonst den ganzen Tag um dich hattest, jemand gezielt für dieses Thema, steht euch Tag und Nacht zur Verfügung, wenn ihr Fragen habt – miteinander oder alleine – ruft sie an. Einfach, dass sich jemand für dieses Thema hingewetzt hätte und vielleicht gezielt Fragen gestellt hätte, damit die Gedanken wieder einmal etwas auf dieses Thema gelenkt worden wären. Auch wenn der Partner in dieser Zeit etwas wollte, fand ich, spinnst du, ich bin todkrank, was willst du mit mir Sex haben. Geh besser hinunter in die Küche, mache mir einen Tee oder koche mir etwas. Einfach so, aber sicher nicht über den Körper Kontakt haben. Es hätte mir gutgetan, wenn ich jemand gehabt hätte, der zuhört und nicht irgendwie ein Produkt abgibt, dass es Trockenheit gibt. Das habe ich ja eh schon gewusst. Ab dem Moment, wo du in die Chemo kommst, werden dir Salben abgegeben und dir erklärt, dass du auch im Genitalbereich trocken wirst. Das war nicht so besonders wichtig, sondern der zwischenmenschliche Bereich. Man merkte ja, dass der Körper nach und nach kaputt geht und zu leiden hat. Dann hast du einfach ein anderes Duschmittel genommen, das unten nicht weh tat, hast angefangen zu

salben. Man wollte nicht das Glied des Partners auch noch dort haben, wenn es sonst schon weh tut. Ich wollte auf eine andere Art und Weise Nähe haben. Das geht dann total unter und man wird dann irgendwie etwas missmutig. Das kommt dann auch dazu. Das ist schwierig. Weil am Anfang, bevor die Brustamputation stattfand, hat man es sich nicht vorstellen können, wie das sein wird mit einer neuen Brust, mit einer fremden, so quasi. Jetzt, nachdem alles passiert ist, ist es wie nicht mehr schlimm. Es ist aber nach wie vor immer noch fremd. Vom Äusseren her finde ich sie schön und überhaupt nicht fremd, das Berühren ist jedoch eher fremd. Du merkst, du hast einen Fremdkörper in dir, das ist nicht mehr dasselbe Empfinden wie früher. Sie ist nicht mehr weich. Und das sind die Gedanken, die dir zu schaffen machen, bevor du die Brustamputation machst. Wie fühlt es sich an, wie erlebe ich es nachher? Jetzt hast du das und es fühlt sich zum Teil schon fremd an. Wenn ich sie selber berühre ist es besser, als wenn dies mein Partner macht. Das schüttelt mich jedes Mal, eigentlich. Dieses Gefühl habe ich an beiden Brüsten; das war vorher anders. Das hat mich vorher gar nicht gestört, es gehörte dazu.

Brüste machen unsere Weiblichkeit aus und auch für dich selber. Das habe ich auch gemerkt in der Zwischenzeit: vor der Amputation war die Brust einfach die Brust. Du bist Mami, brauchst sie für deine Kinder und jetzt mit diesem Implantat wird es dir bewusst, ja, was das vorher war, die Brust. Sie macht viel aus für die Weiblichkeit, für dein Selbstbewusstsein. Sie war vorher schön weich, so knautschig. Ich merke jetzt, wenn die Kinder zu mir kommen, habe ich es nicht mehr gerne, wenn sie mir auf den Oberkörper, die Brust liegen. Das ist eigentlich für ein Kind schön, zum Mami liegen, an der Brust liegen können. Das habe ich nicht mehr gern: Es tut mir auch weh, wenn es drückt, merkst die Implantate und das war vorher nicht so. Es ist ein fremder Teil in dir, der mich jetzt nicht mehr so stört. Das Nicht-berühren-wollen ist sicher auch ein negativer Punkt in der Sexualität, aber sonst geht es mir gut und stört mich nicht. Es ist kein Problem, ich kann ja leben damit. Die OPs und das Implantat haben mir das Leben wieder gegeben. Wenn ich mich entschieden hätte, die Brüste bleiben, hätte ich in 2-3 Jahren wieder Krebs. Also, da war für mich der Fall klar, dass die Brüste wegkommen. Ich habe auf beiden Seiten ein Implantat, weil ich eine Krebsart habe, die wieder zurückkäme. Darum war der Fall klar, wenn, dann gleich beide. Nein, das ging so schnell, ich hatte gar keine Zeit zur Verabschiedung der Brust und ich wollte, dass es möglichst schnell vorwärts geht. Dadurch, dass ich einen Ekel empfand - auch vom Wissen her, dass der Krebs wiederkehren kann -, der sich auf den Unterleib ausdehnte, wollte ich nicht mehr. Ich wollte etwas dagegen tun.

Bei der Selbstbefriedigung beziehe ich die Brüste nicht mit ein; aber vorher habe ich sie auch nicht einbezogen. Das war mehr der Partner.

Eigentlich hat es mich schon intensiv beschäftigt. Es ist ja auch ein totales Umdenken. Als ich meine Brüste noch hatte, ich fühle mich nicht weniger weiblich seither, weniger Frau. Das Umdenken fand in dem Moment statt, als im Spital die Ärztin mit dem Spiegel vor mir steht. Du solltest dich dann anschauen, das war sicher nicht schön. Da war im Kopf eine mega Blockade und da musste ich anfangen, umzudenken: Jetzt ist wieder ein Schritt passiert. Ich habe es umgekehrt und mir gesagt, ich kann wenigstens wieder leben. Das gab mir immer etwas Positives. Aber der erste Moment, die Silikonbrüste auch anzufassen, war es einfach fremd. Aber deswegen weniger weiblich? Es ist ein Prozess, an dem du Tag für Tag hinein leben musst. In Bezug auf das Frausein habe ich einen Prozess hinter mir. Und es ist mir relativ gut gelungen, dies rüber zu transportieren. Ich habe eigentlich nie darunter gelitten, das war nie der Fall. Nach dem Entscheid, die Brüste zu amputieren, bin ich voll und ganz dahinter gestanden. Und das habe ich auch gespürt, sonst wäre auch das Wort „weg“ gar nicht gefallen, wenn ich nicht damit hätte leben können. Gedanklich hast du sicher gewusst, welchen Entscheid du gefällt hast, aber gefühlsmässig wusstest du nicht, was auf dich zukommt. Auch das Thema Weiblichkeit: Ich habe ja nicht gewusst, was machen die Silikon-Implantate mit mir. Finde ich das voll hässlich oder beeinträchtigt dies meine Attraktivität. Auch mein Selbstwertgefühl hat gar nicht darunter gelitten. Die neuen Brüste gehören nun einmal zu mir und sie haben mir das Leben gegeben. Manchmal muss ich schmunzeln darüber; auch mit meinem Partner lachen wir recht viel über das. Oder auch vor der OP mit den Ärzten, mit meinem Chirurgen, konnten wir auf eine gute Art darüber reden. Das hat mir auch geholfen. Und ein Stück weit loslassen können. Vor dem Spiegel plagt mich mehr das Speckröllchen, die Brust nicht. Ich kann mich auch über eine Narbe, die schön verheilt ist, freuen oder die Brustwarzen, die nicht abgestorben sind, die ja auch noch meine eigenen sind. Ich höre von Frauen, dass das gar nicht gegangen ist. Es sind alles so Pluspunkte, die mir sagen, schau, das hat alles geklappt. Ich habe keine Schmerzen mehr, das ist auch etwas Schönes. Andere Frauen haben weh und Komplikationen – das habe ich alles nicht. Daran baue ich mich eigentlich auf. Ich habe jetzt auch keine Hängebrust mehr, sondern eine schön straffe. Das sind alles so Sachen, die ich lustig und schön finde.

Ich hatte eine Chemo, keine Antihormontherapie. Teilweise blieb die Menstruation aus.

Während des Krankheitsverlaufs hatte ich gar keine Lust auf irgendwie Nähe und Sexualität mit dem Partner, aber das hat er irgendwie nicht verstanden. Wenn, dann nimm

mich in den Arm, sei für mich da. Dann merkte ich, dass ich nicht mehr wollte, konnte, da die Kraft fehlte. Dann auch vom Kopf her eine Lustlosigkeit. Und dann kommt dazu, dass dein Partner eigentlich möchte und Lust hätte und Nähe sucht. Dann kommt der Prozess, wo er wütend wird und anfängt zu „täubele“, ein Kampf eigentlich, ein Riesenkampf. Ich weiss nicht, woher die Lustlosigkeit kam, ich kann es nicht sagen. Sicher macht der Körper etwas so Brutales mit, es hat sicher auch damit zu tun. Schmerzen durch die Schleimhaut-Trockenheit hatte ich eigentlich nicht. Dadurch, dass es für uns kein Problem ist, ein Gleitmittel zu benutzen, hat man es so probiert. Aber wenn man vom Kopf her nicht frei ist, ist es ein Dilemma. Ich konnte kaum selber die Treppe hoch steigen, wie sollte ich da noch mit dir Sex haben; ich mag einfach nicht.

Strategien: Es wurde etwas unter den Teppich gekehrt und – ja – man konnte wie nicht darüber sprechen. Jetzt aber, mit dem neuen Partner, ist es wie ein umgekehrter Handschuh. Er sieht es, die Lustlosigkeit nach all den Strapazen – es ist z.T. immer noch ein Thema – er geht ganz anders um damit. Er kann mit mir darüber reden und versucht, das irgendwie auf eine lustige Art und Weise „usezchüzele“ und probiert immer wieder einmal und wird deswegen nicht böse. Das ist für mich als Frau mit einer solchen Geschichte Gold wert. Ich kann ihm sagen, ich möchte nicht, vielleicht morgen wieder oder morgen früh nochmals, einfach langsam auch, verständnisvoll.

Total böse hat mein damaliger Partner reagiert. Er reagierte nicht verständnisvoll, wir lagen z.B. zusammen im Bett und ich dann schon zum Rücken zu ihm und wenn er auch die Nähe zu mir suchte, dann lag ich lustlos da. Wir haben uns dann nach ein paar Minuten abgewendet und die Hässigkeit lag tagelang in der Luft. Wenn wir dann einmal Sex hatten, dann war es eigentlich nur eine Abfertigung. Ich war dann einfach froh, wenn er nicht mehr hässig war. Ich machte Sex, um ihn zu entlasten. Ich merkte auch, dass er nicht gross auf mich eingegangen ist. Nein, wir haben nicht darüber geredet, wir konnten schon vor der Erkrankung nicht gut miteinander reden. Ab der ersten Geburt fing es an zu kriseln, was das Reden anbelangt. Diese Sprachlosigkeit nimmt man dann auch in eine Krankheitssituation mit. Wir hatten damals schon Psychologen beigezogen, aber da ging es um total andere Sachen, auch z.T. oberflächlich. Rückblickend hätte es mir gut getan, auch die Paardynamik aufzugreifen. Es ging immer um das Thema Krebs. Ein schwarzes Loch und er tat mir auch leid. Ich habe mich viel auch zusammengenommen, aufgerafft, dass es nicht immer um Krebs ging, obwohl es mir eigentlich um Alles gegangen ist (Minute 27.38). Wenn ich dann ins Bett ging, wollte ich einfach meine Ruhe haben und schlafen. Mein jetziger Partner hat all das Auf und Ab völlig mitgemacht. Ich bin mit ihm jetzt wieder etwas aufgeblüht, ja, ich glaube dadurch, dass er ganz

anders mit dieser Situation umgeht, wir auch darüber reden können, er auch keine Mühe hat, wenn ich mich selber befriedige, dann kann er das auch. Da mache ich ihm auch keinen Vorwurf. Ich sage mir, wenn ich eine Woche keine Gedanken daran habe, dann soll er nicht darunter leiden. Und ich möchte sagen, wir haben ein gutes Verhältnis miteinander, was dies anbelangt. Er wird nicht böse, wenn ich zweimal hintereinander sage, komm, nicht ... mit den Kindern. Aber er kann mir auch sagen, etwa nach einer Woche: Wir haben eine Abmachung zusammen, bis am Sonntag haben wir es miteinander geschafft und es wäre jetzt Sonntag. Ich habe einen kleinen Vibrator und den haben wir uns miteinander angeschafft. Er kann ihn mir einfach ins Bett legen, so als Gedankenstütze, quasi: "Eh chum – wenn du mit mir nicht willst, mach es selber, es tut dir gut." Und es tut wirklich gut. Ich merke, dass die Handlung vor der Lust sein kann. Es ist auch schön, wenn ich gekommen bin, dann denke ich, warum warte ich so lange. Vor der Erkrankung war die Zahl der Selbstbefriedigung etwa gleich. Jetzt weiss ich einfach, ich muss es nicht verstecken, ich kann auch einmal neben ihm im Bett liegen und etwas tun, oder er macht es auch, wenn ich sage, ich mag nicht. Dann dreht er sich um, ich liege vielleicht bei ihm und lasse ihn machen. Wir können mit viel Humor ... gibt gute Durchblutung, ist fröhlich, gibt eine gewisse Freiheit. Wir lachen viel im Bett, es ist witzig. Das wäre vorher nie der Fall gewesen. Da habe ich mit ihm schon andere Sachen gelernt oder entdeckt.

Es ist eine neue Chance, eine andere Wahrnehmung in Bezug auf die Sexualität und mein Erleben als Frau. Dies vor allem auch durch meine neue Partnerschaft. Dadurch, dass du dich als Frau jetzt körperlich auch anders fühlst – ich fühle mich bodenständiger jetzt –, hat Sexualität jetzt schon auch eine andere Wahrnehmung bekommen. Ich glaube, man hat bewusster Sex mit dem Hintergedanken, dass es dir gut tut. Es ist etwas Schönes – es war aber vorher auch schon so – es gehört einfach zum Leben in einer Partnerschaft.

Dass ich mich bodenständiger fühle, das Frausein besser spüre, hat das etwas mit Krankheit oder mit dem Leben, dem Alter zu tun? Es ist ein ganzes Paket, das mitspielt. Nach so einem Einschnitt gibt es einen totalen Wandel als Mensch, so habe ich es erlebt. Auf der sexuellen Seite war ich vorher so etwas wild gewesen, konnte möglichst ausgefallen sein. Und jetzt – es ist noch speziell – mit dem neuen Partner ist es für mich eine neue Chance und ein anderes Erleben mit ihm.

Es hat nichts mit mehr Wissen als Frau zu tun. Zum bodenständigen: vorher hatte ich meinen Alltag, und jetzt fühlt sich alles schon ganz anders an; ich kann es nicht gut beschreiben. Es ist einfach, es schwierig, es fühlt sich alles greifbarer an. Wenn ich jetzt zurückdenke, mache ich nichts anders als vor der Diagnose. Es ist jetzt alles etwas überlegter.

Ich laufe nicht gleich immer wieder in etwas hinein, ich bleibe stehen und überlege. Auch mit dem Partner im Bett wird darüber diskutiert, was man macht. Es wird nicht einfach darauf los geliebt. Es wird diskutiert, was können wir, was machen wir. Vorher bist du im Bett oder draussen gewesen und hast einfach. Es ist alles überlegter. Es ist wirklich speziell. Mehr präsent, mehr bewusst. Jetzt ist wieder Leben da und Sexualität bekommt Raum.

Zur Scheide: ich habe auch seit der OP unten keine Schmerzen, die Eierstöcke und Gebärmutter habe ich auch nicht mehr. Das ist natürlich ein riesiger Eingriff. Ich bin jetzt in der Abänderung mit 33. Das ist auch nicht ganz ohne, aber es geht gut. Was sich wirklich auf die Sexualität gar nicht auswirkt. Im Gegenteil, wir können jetzt eigentlich unbeschwert... müssen keine Angst haben, es könnte irgendetwas passieren. Das kann auch ein Vorteil sein. Von daher denke ich, sei einfach unbeschwert, es kann nichts mehr passieren. Ich könnte meine Gedanken eigentlich einfach fallen lassen. Die Empfindung beim Orgasmus ist durch die Entfernung eigentlich gleich, nichts, das ich weniger spüren würde, gar nicht.

Ich bekam Informationen, dass es sich verändern könnte, das sagten sie mir. Halt mehr über die Abänderung. Ich bin eher sehr trocken, da bin ich aber auch mit dem Arzt vom Spital immer etwas daran. Vorher war ich es nicht. Das ist eine Folge der Abänderung. Ich habe das Gefühl, das Kribbeln, das man hat, wenn der Partner eher so in den Unterleib kommt, das ist auch eher weniger. Oder wenn er streichelt, hat man vorgängig ein Kribbeln, Kitzeln, das ist weniger geworden. Ich weiss nicht, hat das mit meinem Kopf zu tun, der eine Blockade setzt, oder ist das Empfinden einfach weniger geworden. Aber auch das kann ich mit meinem Partner besprechen, mach etwas, es kribbelt nicht, versuche etwas, das mich stimuliert. Und da gibt er sich sehr Mühe, wo ich auch reagiere. Das ist schon ein Punkt, wo ich sagen muss, es sind weniger die Brüste, sondern das Gesamtpaket, das dazukam in der Beziehung. Und die Wechseljahrsymptome und das Ganze, das beschäftigt.

Mein Rat an eine Betroffene wäre: Viel reden, offen sein. Das kann bei verschiedenen Leuten sein, eine Therapeutin, ein Arzt, der Partner, wenn es geht, oder mit einer Freundin. Das kann auch schon sehr viel helfen, wenn man zu einer guten Freundin ehrlich sein kann. Offen über die Sexualität sprechen. Was ich merke, dass mir die Selbsthilfegruppe sehr gut tut, das ist wirklich etwas Wunderbares. Dort sieht man, dass es allen genau gleich geht. Keine hat es besser, es leidet jede irgendwie, jede hat ähnliche Blockaden und steht an einem ähnlichen Thema wie du selber. Dieser Austausch ist wertvoll.

Im Umgang mit dem Körper würde ich folgenden Tipp geben: Halt auch an die Ärzte.... (Minute 45.00). z.B. auch während der Chemo habe ich sehr gute Kontakte entwickelt. Dort hast du schon auch den einen oder anderen Austausch gehabt. Es waren beide, der Arzt und

ich haben uns ausgetauscht. Der Arzt, die Frauen, die dich betreut haben, haben dir immer das Gefühl gegeben, du kannst kommen und reden. Wenn ich dann wirklich mit Fragen da war, dann haben sie dich schon aufgefangen.

Mein Tipp im Umgang mit dem veränderten Körper: nicht wegschauen! Wirklich bewusst vor den Spiegel stehen und hinschauen. Ich schaue mich z.B. jetzt beim Eincremen an, vorher war ich im Badezimmer, habe mich eingecremt und angezogen. Ich creme mich nun bewusst ein, auch die Stellen, die weh machen, die Narben, schaue sie an und es fühlt sich dadurch ganz anders an. Das in Kontakt treten mit dem eigenen Körper gibt eine andere Beziehung und nicht schnell, schnell, sondern einfach Zeit nehmen dafür.

In Bezug auf Sexualberatung würde ich es begrüßen, wenn das schon im Spital Thema wäre. Dass man mehr wüsste, denn es ist ein Riesenthema bei einer solchen Krankheit. Am Anfang war es nicht so ein Thema. Aber wenn es dir bewusst auf den Tisch gelegt wird, so wie es eigentlich der Psychiater macht: "Wenn Sie merken, Sie kommen in ein Loch, hier eine der vielen Nummern." Man kann auch schon im Spitalbett Hilfe anfordern, du brauchst jemand, und sie kommen. Wenn du zu Hause siehst, man kommt an einen Punkt, wo wir sexuell oder als Paar nicht mehr weiter kommen, dann musst du selber schauen. Dann musst du selber den Schritt machen und jemand anrufen. Dir wird keine Fachperson vorgestellt wie im Spital. Oder eine Adresse in St. Gallen angegeben. Es wäre gut, wenn uns als Paar jemand zu Hause besuchen würde und die Sexualität zum Thema macht während einer solchen Krankheit. Und jeder geht seinen Weg, jeder macht seine Arbeit. Ich hatte auch noch die Kinder, die für mich an allererster Stelle standen und ich bin offen umgegangen mit meiner Krankheit. Ich wollte auch, dass es die Kinder mit mir durchmachen. Bevor ich an Sex dachte, dachte ich an meine Kinder, dass sie sauber sind, dass sie gegessen haben, dass ich mit ihnen gespielt habe, danach erst kam ich, und ich war todkrank. Es gibt das Spital, der Psychiater und es gäbe euch, als zentraler Punkt, zum Abladen(Minute 50.45).

Der Psychiater kommt heim, warum kommt nicht auch eine Sexualberaterin, die man näher beiziehen kann. Würde es noch schön und spannend finden.

Ehrenwörtliche Erklärung/Selbstständigkeitserklärung

Simone Dudle

Matrikel-Nr. 23685

Ehrenwörtliche Erklärung/Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit

Weibliche Sexualität im Kontext einer Brustentfernung (Ablatio Mammae)

Sexuelles Erleben von Frauen im gebärfähigen Alter vor einer Krebserkrankung und ein Jahr nach einer Brustentfernung und die Bedeutung der Sexualberatung

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Sämtliche Stellen der Arbeit, alle Formulierungen, Ideen, Untersuchungen, Gedankengänge, Analysen und sonstigen schöpferischen Leistungen, Grafiken, Tabellen und Abbildungen, die benutzten Werken oder Quellen aus dem Internet eins zu eins oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich durch Quellenangaben korrekt kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende schriftliche Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Berneck, Schweiz, 30. November 2017

Simone Dudle