

# **Abschlussarbeit**

Systemische Coachingausbildung - InKonstellation

Dr. med. Bodil Ipsen - Immenstadt im Allgäu

---

## **Interdisziplinäres Konzept für die Beratung und Begleitung junger Frauen mit Brustkrebs**

März 2026

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
  - 1.1. Brustkrebs in Deutschland
  - 1.2. Psychische Ausgangssituation von Frauen mit Brustkrebs
  - 1.3. Das System der unter 50 jährigen Brustkrebspatientin in Deutschland
  - 1.4. Veränderung des Wertsystems einer junge Frau mit Brustkrebs
2. Die Fragestellung
3. Das interdisziplinäre Konzept
  - 3.1. Lebensqualität Erfassungsbogen FACT-B
  - 3.2. Ärztliche Beratung
  - 3.3. Situationsanalyse, Themensammlung und Themenpriorisierung mit der Methode „das Lebensrad“
  - 3.4. Emotionsfokussiertes Coaching mit der Methode „Der leere Stuhl“ - im Umgang mit der Angst
  - 3.5. Ressourcenorientiertes Coaching mit der Methode „Der Ressourcenbaum“
  - 3.6. Wertearbeit mit der Methode „Mein Wertekompass“
  - 3.7. Selbstfürsorge
  - 3.8. Achtsamkeit
  - 3.9. Narrative Identitätsarbeit mit der Methode „Die narrative Identitätsbiografie“
  - 3.10. Coaching individueller Themen
4. Fazit

# 1. Einleitung

## 1.1. Brustkrebs in Deutschland

In Deutschland erkranken etwa 70.000 Frauen an Brustkrebs pro Jahr. Der Anteil der Frauen unter 50 Jahren an der Gesamtzahl der Patientinnen mit Brustkrebs beträgt etwa 12-18 %. Dies entspricht etwa 8000 bis 13.000 Frauen unter 50 Jahren mit einer Brustkrebs Neuerkrankung pro Jahr in Deutschland. Die Lebenszeitinzidenz beträgt 13-14%. Dies bedeutet, dass etwa jede siebte bis achte Frau in Deutschland im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs erkrankt. Entsprechend aktuellen Schätzungen (Stand 2020) leben aktuell in Deutschland etwa 700.000 Brustkrebspatientinnen, daraus ergibt sich, dass in Deutschland derzeit etwa 90.000-130.000 Frauen unter 50 Jahren mit der Diagnose Brustkrebs leben. [1-6]

## 1.2. Psychische Ausgangssituation von Frauen mit Brustkrebs

Die psychischen Auswirkungen einer Brustkrebserkrankung umfassen typischerweise Depression, Angst, Stress, Anpassungsstörungen, posttraumatische Belastung, sexuelle Dysfunktion und kognitive Einschränkungen. Diese Symptome treten häufig auf und können die Lebensqualität sowie die Therapieadhärenz erheblich beeinträchtigen. [7-9]

Die psychische Belastung ist im ersten Jahr nach Diagnosestellung am höchsten und nimmt im Verlauf meist ab, bleibt aber bei einem relevanten Anteil der Patientinnen bestehen. [10-11]

## 1.3. Das System der unter 50 jährigen Brustkrebspatientin in Deutschland

Die typische Lebenssituation einer deutschen Frau unter 50 mit Brustkrebs ist durch mehrere Besonderheiten gekennzeichnet: die Patientinnen sind meist prämenopausal, häufig berufstätig und stehen oft mitten im Familienleben.

Laut der Studie „Family Ties“ lag der Anteil der betroffenen Frauen mit Kindern 2015 bei etwa 60%. Das Durchschnittsalter der Kinder zum Zeitpunkt der Diagnosestellung lag bei etwa 7-8 Jahren, also im schulpflichtigen Alter. In 79 % der Familien mit elterlicher Krebserkrankung ist die Mutter betroffen. [12-13]

Diese Lebenssituation ist durch eine hohe psychosoziale Belastung und einen ausgeprägtem Unterstützungsbedarf gekennzeichnet.

## 1.4. Veränderung des Wertesystems einer junge Frau mit Brustkrebs

Das Wertesystem einer jungen Frau, die an Brustkrebs erkrankt, verändert sich typischerweise deutlich. Es konnte gezeigt werden, dass nach der Diagnose soziale und Werte wie Familie, Partnerschaft, Freundschaften, Spiritualität und Selbstfürsorge an Bedeutung gewinnen, während Werte wie beruflicher Erfolg,

Selbstverbesserung, Macht und Leistung weniger wichtig werden. Besonders Beziehungen und soziale Verbundenheit werden als zentral erlebt. Das Wertesystem orientiert sich weg von Leistung, hin zu Beziehung und Selbstfürsorge orientierten Werten, wobei die neue Bewertung Teil der psychologischen Anpassung an die Erkrankung ist. [14-18]

## **2. Die Fragestellung**

Ich möchte in dieser Arbeit ein Konzept für die Begleitung von Patientinnen mit Brustkrebs vorstellen, welches durch medizinische Beratung und Informationsvermittlung, systemisches Coaching, die Vermittlung von Achtsamkeit und Selbstfürsorge, die Lebensqualität nachhaltig verbessert. Die oben genannten Maßnahmen sollen zu einer gesteigerten Resilienz und einer Reduktion von psychischen Symptomen führen.

Die ärztliche Beratung vermittelt ein besseres Verständnis der Erkrankung. Das systemische Coaching hilft der Patientin dabei persönliche Themen, sowie ihr Wertesystem und ihre Prioritäten neu zu ordnen und diese ins familiäre Umfeld zu integrieren. Achtsamkeit und Selbstfürsorge reduzieren psychische Symptome und steigern das subjektive Wohlbefinden. Alle Maßnahmen gemeinsam sollen einer Patientin nach der Diagnose Brustkrebs helfen, in diesem hochkomplexen System Familienleben, ggf. auch mit einer anstehenden erneuten Berufstätigkeit nach Akutbehandlung, eine Steigerung der Lebensqualität zu erreichen und außerdem zufrieden und gestärkt mit der Diagnose Brustkrebs durch ihr Leben zu gehen.

## **3. Das interdisziplinäre Konzept**

Junge Brustkrebspatientinnen sind zum Zeitpunkt der Erstdiagnose häufig erstmalig mit der eigenen Sterblichkeit konfrontiert. Sie beschreiben ihre Ausgangssituation nach der ersten Diagnose typischerweise als eine Phase intensiver emotionaler Belastung geprägt von dem Gefühl, dass das eigene Leben abrupt und unerwartet aus der Bahn geworfen wurde. In der Folge dieser einschneidenden Diagnose beschrieben mir Patientinnen wiederholt ein Gefühl des „verloren seins“ oder „being lost“. [19]

In Hinblick auf eine Begleitung im Sinne eines systemischen Coachings unterscheidet sich diese Situation insofern vom typischen Coaching, als dass die Patientin häufig nicht mit einem konkreten Thema vorstellig wird, sondern die Ursache für dieses Gefühl des „verloren seins“ ein diffuses Gefühl ist, dass sich nicht in ein spezifisches Thema fassen lässt, oder welches auf oberflächliche Themen projiziert wird. Des Weiteren wiederholen sich gewisse Themen bei fast allen Patientinnen. Diese sind der Wunsch nach Selbstwirksamkeit, die Emotion Angst, der Bedarf an Ressourcen und die Veränderung des eigenen Wertesystems. Zusätzlich kommen die Patientinnen mit ganz konkreten, individuellen Themen. Aufgrund der Ähnlichkeit der Themen, die die Brustkrebserkrankung mit sich bringt, biete ich den Patientinnen Sitzungen mit unten genannte Inhalten an. Prinzipiell erscheint mir die Reihenfolge der Sitzungen sinnvoll, sie ist aber nicht bindend und die Patientin entscheidet selbst welche Sitzung sie

wahrnehmen möchte. Außerdem beginne ich nicht klassisch, wie gelehrt mit der Ziel- und Auftragsklärung, sondern mit der ärztlichen Beratung und der Situationsanalyse, an die sich eine Ziel und Auftragsklärung anschließt.

Die Begleitung ist wie folgt strukturiert:

- Sitzung 1 - Ärztliche Anamnese und Erfassung der Gesamtsituation, Lebensqualitätserfassung
- Sitzung 2 - Ärztliche Beratung, inklusive Beratung zum Umgang mit Nebenwirkungen und Lebensstilberatung
- Sitzung 3 - Situationsanalyse, Themensammlung und Themenpriorisierung
- Sitzung 4 - Der Umgang mit der Angst
- Sitzung 5 - Ressourcenarbeit
- Sitzung 6 - Wertearbeit
- Sitzung 7 - Selbstfürsorge und Achtsamkeit
- Sitzung 8 - Narrative Identitätsarbeit
- Sitzung 9 - offene Sitzung für individuelle Themen

In Sitzung 1 und 2 bin ich klar als Arzt beratend tätig. Ab Sitzung 3 vermischen sich die Rollen von Arzt und Coach. In Sitzung 5,6,8 und 9 ist meine Rolle die des Coaches und in Sitzung 7 wieder eher eine Beratende/Anleitende.

Sitzung 1 und 2 sollen der Patientin Verständnis und Sicherheit bezüglich ihrer gesundheitlichen Situation geben. Gerade die Lebensstilberatung ermöglicht es der Patientin im gewissen Grad Kontrolle zurück zu erlangen und aus der Ohnmacht zurück in die Selbstwirksamkeit und die Handlungsfähigkeit zu kommen. Sitzung 3 dient der Situationsanalyse und der Themensammlung und -priorisierung. Hier stellen sich häufig vordergründige Themen, wie z.Bsp. Wunsch nach körperlicher Fitness dar, die im Verlauf häufig weitere tiefgreifendere Themen verbergen. Dies bedeutet im Laufe der Sitzungen sollten die Ziele immer wieder abgeglichen und ggf. angepasst werden. In Sitzung 4 wird das Thema Umgang mit der Angst behandelt. Die Angst ist meiner Erfahrung nach fast ausnahmslos für jede Patientin ein Thema. Der individuelle Umgang mit der Angst ist vielfältig und häufig für die Patientin nicht zufriedenstellend. Sitzung 5 bis 8 zielen darauf ab dem „verloren sein“ wieder die ganz persönliche Richtung zu geben und gut mit der Erkrankung und den damit assoziierten Erfahrungen umgehen zu können.

**Anmerkung:** In dieser Arbeit befinde sowohl ich mich, als auch mein Gegenüber sich, in einer Doppelrolle. Ich bin Ärztin und Coach, mein Gegenüber ist Patientin und Klientin. Im Folgenden habe ich mich für die Verwendung des Begriffes der Patientin entschieden, dieser ist austauschbar und könnte genauso gut Klientin heißen. Mir ist bewußt, dass in dem typischen Coaching Setting nicht von einer Patientin gesprochen wird, da voraussetzend für das Coaching, die fehlende Pathologie ist.

### **3.1. Lebensqualität Erfassungsbogen FACT-B**

Um dieses Konzept zur Begleitung von jungen Frauen mit Brustkrebs aus der Hypothese in eine Evidenz zu bringen, braucht es die Möglichkeit der validierten, Brustkrebs-spezifischen Lebensqualitätserfassung vor und nach Intervention. Es sollte auch eine weitere Langzeitvalidierung erfolgen.[20-21]

Der Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast (FACT-B) Fragebogen ist solch ein Fragebogen. Er dient der multidimensionalen Messung der Lebensqualität und besteht aus insgesamt 44 Fragen, die in fünf Subskalen gegliedert sind: körperliches, soziales/familiäres, emotionales und funktionales Wohlbefinden, sowie eine Brustkrebs spezifische Subskala. Die Fragen werden von den Patientinnen selbst ausgefüllt und spiegeln die subjektive Wahrnehmung der Lebensqualität wider. Die Auswertung erfolgt über Summenscores, die Veränderungen im Verlauf und zwischen Gruppen abbilden können. Der Fragebogen wird in klinischen Studien und im Versorgungsalltag eingesetzt, um Veränderungen sowohl zwischen Patientengruppen, als auch im Therapieverlauf zu erkennen. [22-24]

Grenzen des Fragebogens bestehen in kulturellen und sprachlichen Unterschieden, welche zu non-Response führen können (z.B. Sexualität), sowie in der begrenzten Tiefe einzelner Subskalen. [25-26]

### **3.2. Ärztliche Beratung, inklusive Beratung zum Umgang mit Nebenwirkungen und Lebensstilberatung**

Patientinnen mit einer Erstdiagnose Brustkrebs benötigen häufig eine gut verständliche, evidenzbasierte, altersgerechte Informationen und Aufklärung bezüglich ihrer Erkrankung. Die Aufklärung über Prognose, Therapie und Spätfolgen ist besonders wichtig, da diese Informationen, insbesondere für junge Patientinnen in Hinblick auf Lebensplanung und Entscheidungsfindung sehr relevant sind. Therapieentscheidungen sollten entsprechend des Prinzips „Shared Decision Making“ mit der Patientin getroffen werden. Eine ausführliche Beratung reduziert den initialen Schock, die Angst und die Unsicherheit in Bezug auf Erkrankung und die richtige Therapie. Sie schafft Vertrauen zum Behandler und nimmt damit den emotionalen subjektiven Druck die komplexe Erkrankung mit ihren zahlreichen Therapiemöglichkeiten zu recherchieren und den Behandler kontrollieren zu müssen. [27-30]

Die Beratung bzgl. der Therapienebenwirkungen und die Lebensstilberatung im Sinne einer multidisziplinären Intervention zu Ernährung, körperlicher Aktivität, Gewichtsmanagement, Stressreduktion, Schlaf und Substanzkonsum stärkt die Selbstwirksamkeit und die Handlungsfähigkeit, indem Vertrauen in die eigene Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung aufgebaut wird, und die Patientin eine aktive Rolle in der eigenen Gesundheitsförderung einnimmt. [30]

### **3.3. Situationsanalyse, Themensammlung und Themenpriorisierung mit der Methode „Das Lebensrad“**

„Das Lebensrad“ ist ein Ansatz, bei dem verschiedene Lebensbereiche visuell skaliert werden. Hieraus erfolgt eine umfassende Standortbestimmung, welche individuelle Ressourcen, Belastungen und Ziele identifiziert und visualisiert. Hierüber hinaus können auch unerfüllte Bedürfnisse mit Entwicklungswunsch und sogenannte „blinde Flecken“ aufgedeckt werden. Eine gezielte Priorisierung der abgebildeten Lebensbereiche ist möglich. [26,31]

Die Anwendung erfolgt typischerweise durch das Zeichnen eines Kreises, der durch Radien unterteilt wird. Jeder Radius repräsentiert einen Lebensbereich. Die Lebensbereiche sind in diesem Fall auf Brustkrebs Patientinnen standardisiert, um eine spätere Datenanalyse zu ermöglichen. Die Patientin bewertet jeden Lebensbereich auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 die absolute Unzufriedenheit und 10 die absolute Zufriedenheit darstellt. Die jeweiligen Werte werden miteinander verbunden. Es ergibt sich eine Fläche, welche farbig schraffiert wird.

In einem zweiten Schritt wird auf dem gleichen Kreis zu jedem Lebensbereich, die investierte Energie markiert, welche benötigt wurde, um die jeweilige Zufriedenheit zu erreichen. Dies ergibt ebenso eine Fläche, die anders farbig schraffiert wird.

In Zusammenschau der Flächen „investierte Energie“ und „Zufriedenheit“ zeigen sich visuell ressourcenvolle Lebensbereiche und Lebensbereiche mit Entwicklungspotential. [31-32]

Dieser zweite Schritt der Skalierung der investierten Energie ist in der Literatur in der Regel im Sinne von investierter Zeit beschrieben, hat aber meines Erachtens in der Formulierung investierte Energie einen größeren Einfluss, weil der Faktor Zeit nicht ausreichend die damit verbundene Anstrengung widerspiegelt. [31-32]

Verwendete Lebensbereiche:

1. Gesundheit/Körper
2. Persönliche Entwicklung
3. Beruf, Finanzen
4. Beziehung
5. Familie, Soziales Umfeld
6. Lebenssinn/Prioritäten/Werte
7. Selbstbild
8. Freizeit

Eine weitere Unterteilung, im Sinne eines zweiten Lebensrades, des Lebensbereiches Körper und Gesundheit erscheint bei einer Vielzahl von Brustkrebs Patientinnen im Verlauf sinnvoll. Dieses spiegelt dann folgende Bereiche wieder, kann aber durchaus durch die Patientin modifiziert und ergänzt werden.

1. Information bzgl. der Erkrankung
2. Körperliche Gesundheit
3. Mentale Gesundheit
4. Ernährung
5. Bewegung und Sport
6. Umgang mit schädlichen Substanzen
7. Schlaf und Erholung
8. Körperbild und Sexualität

Eine zentrale Stärke der Methode liegt in seiner hohen Anschaulichkeit und in der Einfachheit der Methode. Durch die grafische Darstellung wird eine komplexe Lebenssituation erfassbar, was gerade zu Beginn eines Coachingprozesses Orientierung bieten kann und zur Zielklärung beiträgt. Patientinnen erhalten einen Überblick über ihre zentralen Lebensbereiche und damit auch über persönliche Werte, Prioritäten und Bedürfnisse. Die Selbstwirksamkeit wird unterstützt, da die Veränderungsimpulse aus der eigenen Einschätzung heraus entstehen. [33-34]

Eine weitere Chance, die das Lebensrad bietet ist eine ressourcenorientierte Perspektive. Neben belasteten Lebensbereichen werden auch funktionierende oder zufriedenstellende Bereiche sichtbar, was eine defizitorientierte Sichtweise relativiert und positive Anknüpfungspunkte für weitere Interventionen schafft.

Eine wesentliche Grenze der Methode „das Lebensrad“ besteht in der Vereinfachung von komplexen Lebensrealitäten. Die reine numerische Bewertung der Ergebnisse kann zu einer oberflächlichen Betrachtung führen und tieferliegende emotionale oder strukturelle Probleme ausblenden, außerdem ist das Lebensrad stark momentbezogen. Das Lebensrad eignet sich primär zur Standortbestimmung und Zielklärung. [33-35]

Die Anwendung dieser Methode kann gerade bei existenziellen oder gesundheitlichen Belastungen ungewollt Druck erzeugen. Gerade wenn Lebensbereiche objektiv kaum veränderbar sind, ist ein sensibler Einsatz nötig, denn es besteht das Risiko von Frustration und Selbstabwertung. Ohne ergänzende Reflexions- oder Interventionsmethoden kann diese Methode kurzfristige Wahrnehmungen überinterpretieren oder Symptome und Unzufriedenheiten benennen, ohne nachhaltige Veränderungsprozesse anzustoßen. [33,36]

### **3.4. Emotionsfokussiertes Coaching mit der Methode „Der leere Stuhl“ - im Umgang mit der Angst**

Im emotionsfokussierten Coaching wird davon ausgegangen, dass Emotionen grundlegende Orientierungssysteme darstellen, die Informationen über Bedürfnisse, Werte und Bedrohungen liefern. Diese Emotionen gelten nicht als

Störfaktoren, sondern als zentrale Ressourcen für Selbstregulation und Anpassung. [37]

Die Zielsetzung des emotionsfokussierten Coaching ist nicht primär die rationale Beruhigung, sondern die emotionale Verarbeitung der existenziellen Bedrohung. Patientinnen sollen ihre Emotionen besser wahrnehmen und steuern können. [37]

In der Ausgangssituation einer Patientin, die ihre Akutbehandlung erfolgreich abgeschlossen hat, erlebt diese möglicherweise wiederholt Ängste vor Rückfällen, vor körperlichen Symptomen und vor Routineuntersuchungen.

Die 1. Phase des emotionsfokussierten Coaching ist die Wahrnehmung und die Validierung (Ankommen) der Gefühle. Statt die Angst wegzudrücken, wird versucht die Angst im Körper zu lokalisieren. Die Angst wird als legitimes Signal für das Bedürfnis nach Sicherheit und Schutz anerkannt.

In der 2. Phase wird das Gefühl vertieft und exploriert (Aktivierung). Um dies zu erreichen, ist es möglich mit der Technik des „leeren Stuhls“ zu arbeiten.

Die Patientin sitzt auf einem Stuhl, ihr gegenüber steht ein leerer Stuhl. Zunächst wird die Angst externalisiert, indem sie auf den leeren Stuhl projiziert wird. Die Angst wird von der Patientin bildlich beschrieben. Im zweiten Schritt entsteht ein Dialog zwischen der Patientin und der Angst, indem die Patientin ausspricht, was das Gefühl der Angst mit ihr macht. Darauf folgend wird die Perspektive gewechselt. Die Patientin übernimmt die Rolle der Angst und vermittelt der Patientin Funktion und Botschaft Ihrer Emotion, in diesem Fall die Angst.

In der 3. Phase, der Transformation (Veränderung), werden Wünsche und Grenzen der Patientin gegenüber der Angst geäußert. Idealerweise kann hier die Angst mit stärkenden Emotionen ersetzt oder ergänzt werden.

In der Technik des leeren Stuhls wechselt die Patientin wieder zurück auf ihren ursprünglichen Platz und antwortet der Angst anerkennend aber auch Grenzen setzend. Idealerweise wird die Angst als Berater akzeptiert, aber nicht als Kommandant angenommen.

In der 4. Phase erfolgt die Integration in den Alltag. Bei aufsteigender Angst wird z.Bsp. eine Achtsamkeitsübung genutzt, um aus der Gedankenschleife in den Körper zurückzukehren. Hier kann auch bewußtes Selbstmitgefühl eine Hilfe darstellen. Die Angst verschwindet zwar nicht, aber sie kontrolliert nicht mehr den Alltag. Die Patientin gewinnt die Selbstwirksamkeit zurück. [38]

Das emotionsfokussierte Coaching im Umgang mit Angst bei Brustkrebs Patientinnen ermöglicht eine Verbesserung der Emotionsregulation von Angst und eine Steigerung der Lebensqualität. Diese Intervention kann helfen, negative Emotionen flexibler zu bewältigen und intrusives Grübeln zu reduzieren. [39]

Die Grenzen des emotionsfokussierten Coachings bestehen bei schwerer Angst, welche die Funktionsfähigkeit beeinträchtigt. Die angepasste Emotion Angst nach Krebserkrankung muss abgegrenzt werden zu einer pathologischen Störung (generalisierte Angststörung oder Anpassungsstörung mit Angst). Diese umfassen Symptome wie ständige Sorgen, körperliche Beschwerden und ein Funktionsverlust im sozialen oder beruflichen Bereich und ist zeitlich über Wochen oder Monate persistent (Kriterien nach ICD-10, F41.1 oder F43.2). [40-42]

### **3.5. Ressourcenorientiertes Coaching mit der Methode „Der Ressourcenbaum“**

Zentrale Zielsetzungen im ressourcenorientierten Coaching ist die Wahrnehmung und Nutzung individueller Stärken, die Förderung von Selbstvertrauen und Zuversicht, die Unterstützung bei der Lösungsfindung, die Stabilisierung in belastenden Lebenssituationen und die Förderung nachhaltiger Selbstregulation. Dies knüpft an das Konzept der Salutogenese, der positiven Psychologie sowie der Wirkfaktorenforschung an. [43-45]

„Der Ressourcenbaum“ ist eine klassische kreative Methode aus der systemischen Therapie und dem Coaching. Diese Methode nutzt die Metapher des Baumes, um komplexe innere Zusammenhänge, biografische Erfolge und soziale Unterstützungssysteme anschaulich darzustellen. Durch das Zeichnen und Gestalten wird das Abstrakte greifbar und kann als Orientierungshilfe und visueller Anker genutzt werden. [46]

Die Patientin zeichnet einen Baum und füllt die verschiedenen Teile mit Inhalten.

- Die Wurzeln stehen für die Herkunft und die Basis: Was gibt mir halt? Dies zielt auf Werte, Familie, Erfahrungen und Erziehung ab.
- Der Erdboden steht für das Umfeld: In welchem Milieu bewege ich mich? Diese Frage fragt nach Wohnort, sozialer Stabilität und finanzieller Sicherheit.
- Der Stamm steht für Persönlichkeit und Stärken: Was zeichnet mich aus? Hier wird nach Charaktereigenschaften, Talenten und unverrückbar Prinzipien gesucht.
- Die Äste stehen für die Lebensbereiche und die Aktivitäten: Wo bringe ich mich ein? Hier wird nach Beruf, Hobbys und Engagement gefragt.
- Die Blätter/Früchte stehen für den Erfolg und die Erträge: Was habe ich bereits erreicht? Hier geht es um Abschlüsse, überstandene Krisen, Kinder und Anerkennung.
- Die Sonne und das Wasser stehen für Zukunft und Wünsche: Was nährt mich aktuell oder was strebe ich an?

Dieser Prozess wird durch den Coach durch zirkuläre Fragen unterstützt, und es werden auch kleine oder vergessener Ressourcen exploriert. [46-47]

Dieses Bild des ganz persönlichen Ressourcenbaums kann dauerhaft als Anker im Alltag der Patientin wirken. Außerdem fördert der kreative Prozess die emotionale Anbindung an die eigenen Stärken durch das Ansprechen beider Gehirnhälften. [48]

Bei anderen Patientinnen kann allerdings eine Kreativitätsbarriere bestehen. Sollten diese sich als zeichnerisch unbegabt empfinden, kann dies Widerstände auslösen. Sollte die Aufgabe eine Patientin aufgrund der Fülle überfordern, sollten alternative kleinschrittigere Methoden angewendet werden. [49]

### **3.5.1. Wertearbeit mit der Methode „Mein Wertekompass“**

Sowohl Wertearbeit als auch existenzielle Lebens- und Sinnfragen spielen nach der Diagnose einer Brustkrebs Erkrankung typischerweise eine große Rolle. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit und die Suche nach dem neuen Lebenssinn, sowie die Neubewertung von Werten und Prioritäten sind zentrale Themen für diese Patientinnen. Lebensgewohnheiten werden hinterfragt und reflektiert, die Sinnfindung kann zu einer Transformation führen, oft mit einer stärkeren Fokussierung auf zwischenmenschliche Beziehungen, Selbstfürsorge und Solidarität. Gleichzeitig entstehen Unsicherheiten bezüglich Zukunft, Identität und der Rolle im sozialen Umfeld. [50]

Die Methode „Mein Wertekompass“ bietet die Chance, persönliche Werte, Lebenssinn und Lebensprioritäten systematisch zu reflektieren und neu zu ordnen. Das Ziel dieser Methode ist die Informationsgewinnung und die Erkundung des Wertessystems und der dahinter liegenden Bedürfnisse der Patientin. [51]

Zunächst wird eine Karte mit dem eigenen Namen auf den Boden gelegt, dann werden konkrete Fragen gestellt wie zum Beispiel: „Welche Werte sind mir wichtig? Welche Bedürfnisse müssen gestillt sein, damit ich ein glückliches Leben führen kann?“ Die Klientin sucht aus einem Wertekarten Stapel intuitiv Werte aus und ordnet diese Karten am Boden, je nach Resonanz dichter oder weiter von ihrem Namen entfernt an. Sollten Werte keine Resonanz hervorrufen, kann die entsprechende Karte vorerst beiseite gelegt werden. Die Karten können mit verschiedenen farbigen Spielsteinen mit positiven oder negativen Gefühlen assoziiert werden.

In diesem Prozess achtet der Coach auf mögliche Ressourcen:

- Was ist meiner Klientin wichtig?
- Welche Stärken, positive Eigenschaften, Kompetenzen trägt sie in sich?

Es wird laufend paraphrasiert, und die wichtigsten Erkenntnissen werden vom Coach notiert. Oftmals kommen bereits hier Glaubenssätze, Prägungen und Prinzipien zum Vorschein, die in Verhaltensmuster und Kommunikationsweisen

der Patientin münden. Zum Abschluss, nach Betrachtung und auswählen aller Karten ist eine gute Anschlussfrage:

- Wenn du die Werte nun noch einmal betrachtest, was fällt dir auf?

Gegen Ende des Gesprächs, macht die Patientin sich Notizen und ein Foto von der Kartenskulptur am Boden.

Um die einzelnen Werte im weiteren Gespräch tiefer zu beleuchten, eignen sich folgende Fragen:

- Was assoziiert du mit den einzelnen Werten?
- An was denkst du, wenn du dir die einzelnen Werte anschaust?

Folgende Fragen können genutzt werden, um Glaubenssätze, Prinzipien, Verhaltensweisen näher zu ergründen:

- Kommen dir Zitate oder Sprüche zu den einzelnen Werten in den Sinn?
- Erzeugen einige der Werte bei dir Unbehagen? Wenn ja, welche? Weißt du warum?
- Worauf bist du stolz?
- Was würdest du gerne verabschieden? Wovon möchtest du dich lösen?
- Gibt es Fragen, die sich nach dieser Übung für dich ergeben haben?

Idealerweise ermöglichen die betrachteten Werte und Fragen ein offenes Gespräch zwischen Patientin und Coach. Um zu erforschen, welche Erkenntnisse die Patientin aus dem Gespräch mitnimmt, lassen sich folgende Fragen zum Abschluss einer Session nutzen:

- Was nimmst du aus dieser Übung für dich mit?
- Was möchtest du dir bewahren?
- Wie wird es dir möglich sein, dich wieder an deine Erkenntnisse zu erinnern?

Durch dieses Vorgehen entsteht ein Wertekompass. Je besser wir uns selbst kennen, desto besser können wir unser Leben nach unseren Werten und damit unseren Bedürfnissen und Wünschen ausrichten, alte Prägungen und soziale Normen werden leiser.

Diese Methode bietet die Möglichkeit persönliche Werte, Lebenssinn und Lebensprioritäten systematisch zu reflektieren und neu zu ordnen. Durch strukturierte Wertearbeit können Patientinnen nachweislich ihre psychologische Flexibilität, Sinnfindung und Lebensqualität verbessern. Dies fördert die Anpassung an die veränderte Lebenssituation und unterstützt die Entwicklung neuer Lebensziele.[52-53]

Nicht alle Patientinnen profitieren gleichermaßen. Insbesondere bei ausgeprägter psychischer Belastung oder fehlender Bereitschaft zur Selbstreflexion kann der Nutzen limitiert sein. Zudem ist die Nachhaltigkeit der Effekte bislang nicht abschließend belegt. [53]

### **3.5.2.Selbstfürsorge**

Selbstfürsorge bei Brustkrebs stellt eine Ressource zur Steigerung der Lebensqualität dar. Selbstfürsorge bezeichnet bewusste, selbstinitiierte Handlungen und Haltungen, die darauf abzielen, das eigene Wohlbefinden zu erhalten oder zu fördern. Lebensqualität wird stabilisiert, Selbstmitgefühl wird gefördert und die achtsame Selbstfürsorge ermöglicht einen respektvollen Umgang mit körperlichen und emotionalen Grenzen. [54]

#### **Körperbezogene Selbstfürsorge**

Die medizinische Behandlung von Brustkrebs ist häufig mit Nebenwirkungen wie Fatigue, Schmerzen oder veränderten Körperempfindungen verbunden. Körperbezogene Selbstfürsorge kann helfen, das Körpererleben zu regulieren und ein Gefühl von Sicherheit zurückzugewinnen.

Beispiele:

- kurze, regelmäßige Spaziergänge ohne Leistungsdruck
- sanfte Dehnübungen oder Yoga angepasst an den körperlichen Zustand
- bewusste Körperpflege als Ritual (z. B. Eincremen, warme Duschen)
- eigene körperliche Bedürfnisse erkennen, zulassen und Grenzen bewußt zum Selbstschutz setzen

Moderate Bewegung und achtsame Körperwahrnehmung gehen mit einer Reduktion von Fatigue und einer Verbesserung der Lebensqualität einhergehen. [55]

#### **Emotionale Selbstfürsorge und Selbstmitgefühl**

Brustkrebspatientinnen erleben häufig intensive Emotionen wie Angst, Trauer, Wut oder Schuldgefühle. Emotionale Selbstfürsorge bedeutet, diesen Gefühlen Raum zu geben, ohne sie zu bewerten oder zu unterdrücken.

Beispiele:

- bewusste Wahrnehmung eigener Gefühle („Was ist gerade da?“)
- bewusstes Wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse („Was brauche ich gerade?“)
- selbstmitfühlender innerer Dialog („Ich darf erschöpft sein.“)
- schreiben kurzer Tagebuchnotizen über belastende oder stärkende Momente

Das Konzept des Selbstmitgefühls trägt nachweislich zur psychischen Anpassung an chronische Erkrankungen bei und ist mit geringerer Depressivität und höherem Wohlbefinden verbunden. [56]

#### **Soziale Selbstfürsorge und Grenzsetzung**

Soziale Unterstützung stellt einen wesentlichen Schutzfaktor für die Lebensqualität in dieser Situation dar, gleichzeitig erfordert sie eine bewusste Gestaltung, um Überforderung zu vermeiden.

Beispiele:

- gezieltes Annehmen praktischer Hilfe (z. B. Fahrdienste, Einkäufe)
- eigene Bedürfnisse erkennen, zulassen und klar kommunizieren
- bewusste Pausen von belastenden Gesprächen oder Ratschlägen

Soziale Selbstfürsorge wirkt sich positiv auf das emotionale Wohlbefinden aus, insbesondere wenn Unterstützung als selbstbestimmt erlebt wird. [57]

### **Selbstfürsorge als Haltung**

Zentral ist es, Selbstfürsorge nicht als zusätzliche Aufgabe oder Verpflichtung zu verstehen, sondern als innere Haltung des respektvollen Umgangs mit sich selbst. Gerade bei chronischer Erschöpfung oder eingeschränkter Belastbarkeit kann bereits minimale Selbstfürsorge - etwa bewusstes Ruhen oder das Zulassen von Schwäche - zur Stabilisierung der Lebensqualität beitragen.

Insgesamt zeigt sich, dass Selbstfürsorge bei Brustkrebspatientinnen einen wesentlichen Beitrag zur körperlichen, emotionalen und psychosozialen Anpassung leisten kann, sofern sie individuell angepasst, niederschwellig und frei von normativen Erwartungen umgesetzt wird. [56,58]

### **3.5.3.Achtsamkeit**

Achtsamkeit hat sich als wirksamer Ansatz zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung bei Patientinnen mit Brustkrebs etabliert. Achtsamkeit bezeichnet eine nicht wertende, Gegenwart bezogene Haltung, in der innere und äußere Erfahrungen bewusst wahrgenommen werden, ohne sie verändern oder kontrollieren zu müssen. Im Kontext von Brustkrebs zielt Achtsamkeit nicht auf Symptomfreiheit, sondern auf einen veränderten Umgang mit Belastungen ab, der Akzeptanz, Selbstregulation und emotionale Stabilität fördert. [59-60]

### **Achtsamkeit im Umgang mit körperlichen Empfindungen**

Krebsbehandlungen führen häufig zu Schmerzen, Fatigue, Narben oder veränderten Körperwahrnehmungen. Achtsamkeit ermöglicht es, körperliche Empfindungen bewusst wahrzunehmen, ohne sie unmittelbar zu bewerten oder zu vermeiden.

Beispiele:

- achtsames Atmen mit Aufmerksamkeit auf Brust- und Bauchraum
- kurzer Body-Scan im Liegen oder Sitzen (5-10 Minuten)
- bewusste Wahrnehmung von Spannung und Entspannung im Körper

Studien zeigen, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen die Wahrnehmung körperlicher Beschwerden verändern und zur Reduktion von Stress und somatischer Belastung beitragen können. [61]

### **Achtsamkeit im Umgang mit Gedanken und Ängsten**

Brustkrebspatientinnen berichten häufig von kreisenden Gedanken, Sorgen über Rückfälle oder Grübeln über die Zukunft. Achtsamkeit fördert eine dezentrierte Haltung gegenüber Gedanken, indem diese als mentale Ereignisse wahrgenommen werden, nicht als objektive Tatsachen.

Beispiele:

- Gedanken innerlich benennen („Da ist gerade Angst.“)
- Visualisierung von Gedanken als vorbeiziehende Wolken
- bewusste Rückkehr zur Atmung bei Gedankenkreisen

Diese Form der achtsamen Distanzierung kann Angst reduzieren und emotionale Regulation fördern. [62]

### **Achtsamkeit im emotionalen Erleben**

Emotionale Schwankungen sind im Krankheitsverlauf häufig. Achtsamkeit ermöglicht es, Gefühle wahrzunehmen, ohne sie zu unterdrücken oder zu überwältigend werden zu lassen.

Beispiele:

- stille Wahrnehmung von Emotionen im Körper („Wo spüre ich Trauer?“)
- kurze Pausen im Alltag zur emotionalen Selbstwahrnehmung
- Akzeptieren widersprüchlicher Gefühle (z. B. Hoffnung und Angst)

Achtsamkeitsbasierte Verfahren zeigen positive Effekte auf Depressivität, Angst und emotionale Belastung bei Krebspatientinnen. [63]

### **Informelle Achtsamkeit im Alltag**

Neben formalen Übungen spielt informelle Achtsamkeit eine zentrale Rolle. Sie lässt sich niedrigschwellig in den Alltag integrieren und ist besonders geeignet bei eingeschränkter Belastbarkeit.

Beispiele:

- achtsames Essen mit Fokus auf Geschmack und Textur
- bewusstes Wahrnehmen von Natur (Licht, Geräusche, Luft)
- achtsames Duschen oder Gehen

Diese alltagsintegrierte Achtsamkeit unterstützt Gegenwartsverankerung und kann das subjektive Wohlbefinden nachhaltig steigern. [60]

### **Achtsamkeit als innere Haltung**

Wie auch bei der Selbstfürsorge, sollte Achtsamkeit nicht als zusätzliche Aufgabe oder Verpflichtung verstanden werden, sondern als Haltung der Offenheit, Geduld und Selbstfreundlichkeit. Achtsamkeit trägt dazu bei Belastungen bewusster wahrzunehmen, dadurch Bedürfnisse früher zu erkennen und damit Lebensqualität zu verbessern. [64]

#### **3.5.4. Narrative Identitätsarbeit mit der Methode „Die narrative Identitätsbiografie“**

Brustkrebs als potentiell traumatisches Ereignis, kann die narrative Identität und das biografische Erleben erheblich beeinflussen und zu einer Unterbrechung der Selbstkohärenz führen. Die narrative Identitätsbiografie kann hilfreich sein, die durch die Diagnose und Behandlung ausgelösten Brüche im Selbstbild und in der Lebensgeschichte zu verarbeiten und diese zu integrieren. Sie verfolgt das Ziel der Stabilisierung der persönlichen Identität, der Förderung von Selbstwirksamkeit, der Integration der Erkrankung in die Lebensgeschichte ohne Identitätsreduktion und die Entwicklung eines tragfähige Zukunftsnarrativ trotz Unsicherheit. Außerdem kann es dazu dienen Werte, Rollen und Prioritäten nach der Erkrankung neu zu klären. [65-66]

Zunächst erfolgt eine biografische Standortbestimmung, in der die Lebensgeschichte der Patientin erzählt wird. Der Fokus liegt auf zentralen Lebensphasen, prägenden Rollen und persönlichen Werten und Ressourcen. Das Ziel ist es, die Identität vor der Krankheit sichtbar zu machen und die selbst Definition über die Patientinnenrolle hinaus zu erweitern. Der bereits angefertigte „Ressourcenbaum“ und der „Wertekompass“ können hier eine gute Unterstützung in der Erarbeitung der Biografie darstellen.

Im zweiten Schritt erfolgt das narrative Erzählen der Krankheitsgeschichte. Die Brustkrebserkrankung ist Teil der Biografie und nicht der Mittelpunkt. Es wird auf den Zeitpunkt der Diagnose, die subjektive Bedeutung der Diagnose und die damit verbundenen emotionalen Reaktionen und erlebten Wendepunkte eingegangen. Auf medizinische Details wird zu Gunsten der erlebten Bedeutung der Ereignisse verzichtet.

Es folgt die Externalisierung der Erkrankung, bei welcher die Krankheit sprachlich vom selbst getrennt wird. Als Beispiel wird von „der Krebs hat mein Leben beeinflusst“ anstelle von „Ich bin kaputt“ gesprochen. Es kann auch zu dem Einsatz von Metaphern kommen. Diese Externalisierung reduziert die Selbststigmatisierung und unterstützt die Wahrnehmung eigener Handlungsspielräume. [67]

Im nächsten Schritt werden Ressourcen und Handlungsspielräume herausgearbeitet. Der Coach lenkt die Aufmerksamkeit gezielt auf getroffenen Entscheidungen, bewältigte Belastungen und innere Haltungen, wie zum Beispiel Mut, Durchhaltevermögen und Selbstfürsorge. Die Patientin erkennt sich als aktive Gestalter, nicht als passives Opfer der Umstände.

Es folgt die Arbeit am Selbstbild, da dies durch die Brustkrebs Erkrankung häufig verändert wird. Dies soll ein Raum schaffen für veränderte Körperbezüge, Ambivalenzen zwischen Verlust und Akzeptanz und eine Neubewertung von Weiblichkeit, Attraktivität und Intimität. Der Körper wird als biologische Erfahrungsraum verstanden und nicht nur als medizinisches Objekt. [68]

Am Ende der Session wird ein Zukunftsnarrativ entwickelt, welche ein offenes Zukunftsbild ermöglicht. Welche Werte sollen künftig leitend sein? Welche Rollen möchte die Patienten neu oder anders leben und was bedeutet ein gutes Leben nach der Erkrankung? Das Ziel ist ein anschlussfähiges, realistisches und sinnvolles Zukunftsnarrativ. [69]

Die narrative Identitätsbiografie bietet die Chance, Krankheit nicht nur zu bewältigen, sondern biografisch zu integrieren. Sie stärkt Kohärenz, Sinn, Handlungsmacht und Zukunftsfähigkeit und stellt damit eine besonders geeignete Methode für die begleitende Arbeit mit Brustkrebspatientinnen im Coaching- und Beratungssetting dar. [65-69]

Narrative Identitätsarbeit setzt eine gewisse emotionale Stabilität voraus. Bei akuter Traumatisierung, schweren depressiven Episoden oder hoher Angst kann sie überfordernd wirken und belastende Erinnerungen verstärken. Eine nicht zu unterschätzende Gefahr birgt die implizierte Erwartung, die Krankheit sinnhaft integrieren zu wollen oder als persönliches Wachstum zu deuten. Dies kann zu ausgeprägten Schuldgefühlen führen und sollte unbedingt vermieden werden.

Die Methode privilegiert sprachlich reflektierte Personen und kann für Patientinnen mit eingeschränkter Ausdrucksfähigkeit oder anderen kulturellen Erzähltraditionen weniger zugänglich sein. Narrative Identitätsarbeit kann ungewollt psychotherapeutische Tiefenprozesse (z. B. Traumareaktivierung) auslösen und damit den professionellen Rahmen von Coaching überschreiten. Ohne bewusste Reflexion können Leidens- oder Opfererzählungen stabilisiert werden, anstelle der gewünschten Eröffnung von Handlungsspielräumen. Während narrative Verfahren in Therapie und Psychoonkologie gut belegt sind, existiert bislang nur begrenzte empirische Evidenz für ihre Wirksamkeit im Coaching mit onkologischen Patientinnen. Die Methode entfaltet ihre Wirkung in kontinuierlichen, beziehungsorientierten Prozessen und ist daher in kurzen, stark lösungsorientierten Coachingformaten nur eingeschränkt einsetzbar. [68-70]

### **3.6. Das individuelle Coachingkonzept**

Auf der Grundlage der zuvor erarbeiteten Themen und Ziele lassen sich nun im Rahmen des systemischen Coachings, konkrete Zielformulierungen und Aufträge erarbeiten, die sich in den vorigen Sitzungen noch nicht geklärt haben.

Auch wenn ich in dieser Arbeit spezielle Methoden hervorgehoben habe, welche sich in diesem Kontext als geeignet erweisen, möchte ich betonen, wie wichtig ein individuelles Coaching ist. Jeder Mensch ist unterschiedlich. Jeder von uns lebt in einem individuellen System, und jeder von uns geht unterschiedlich mit Herausforderungen um. Im weiteren Verlauf bedarf es ein individuelles Coaching, angepasst an die einzigartigen Bedürfnisse, Herausforderungen und Stärken einer jeder Patientin. Wie schon eingangs geschrieben, die abgebildeten Methoden und Ansätze können eine gute Hilfe darstellen, müssen dies aber nicht. Sie sind nicht obligat, sondern sollten als Optionen verstanden werden.

#### **4. Fazit**

Die Diagnose Brustkrebs stellt für junge Frauen unter 50 Jahren eine tiefgreifende Lebenskrise dar, die nicht nur körperliche, sondern auch erhebliche psychische, soziale und existenzielle Auswirkungen hat. Die komplexe Situation dieser Patientinnen macht deutlich, dass eine rein medizinische Behandlung häufig nicht ausreicht, um die Bedürfnisse der Betroffenen umfassend zu berücksichtigen.

Das in dieser Arbeit entwickelte Konzept verfolgt einen interdisziplinären, integrativen Ansatz, welcher die medizinischen Bedürfnisse, die emotionale Verarbeitung der Erkrankung und die persönliche Entwicklung der Patientinnen unterstützt.

Besonders wichtig ist dabei die individuelle Perspektive der Betroffenen. Methoden wie das Lebensrad, der Ressourcenbaum oder der Wertekompass ermöglichen es den Frauen, ihre aktuelle Lebenssituation zu reflektieren, vorhandene Stärken wahrzunehmen und neue Orientierung für ihre Zukunft zu entwickeln. Gleichzeitig bietet dieses Konzept einen geschützten Raum, um Angst, Unsicherheit oder innere Konflikte zu bearbeiten.

Jede hier angewandte Methode zeigt, laut der aktuellen Datenlage zumindest kurzfristig, eine Steigerung der Lebensqualität von Frauen mit Brustkrebs. Ich stelle die Hypothese auf, dass die Kombination der unterschiedlichen Methoden und Ansätze die Bewältigung der Erkrankung erleichtert und die Möglichkeit eröffnet eine neue Perspektiven- und Sinnorientierung im Leben zu entwickeln. Daraus ergibt sich kurz-, mittel- und langfristig eine Verbesserung der Lebensqualität und somit eine Stärkung und eine nachhaltige Begleitung von jungen Frauen in einer besonders vulnerablen Lebensphase.

## **Literaturverzeichnis**

1. Changes in the Incidence of Early-Onset Breast Cancer in Germany Between 2010 and 2022. Gremke N, Wagner U, Kalder M, Kostev K. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2023;202(1):167-172. doi:10.1007/s10549-023-07048-1.
2. Population-Based Clinical Cancer Registration in Germany. Katalinic A, Halber M, Meyer M, et al. *Cancers*. 2023;15(15):3934. doi:10.3390/cancers15153934.
3. German Cancer Statistics 2004. Haberland J, Bertz J, Wolf U, Ziese T, Kurth BM. *BMC Cancer*. 2010;10:52. doi:10.1186/1471-2407-10-52.
4. Incidence and Mortality Trends in German Women With Breast Cancer Using Age, Period and Cohort 1999 to 2008. Berkemeyer S, Lemke D, Hense HW. *PloS One*. 2016;11(3):e0150723. doi:10.1371/journal.pone.0150723.
5. Implementation and Evaluation of a Breast Cancer Disease Model Using Real-World Claims Data in Germany From 2010 to 2020. Dannehl D, von Au A, Engler T, et al. *Cancers*. 2024;16(8):1490. doi:10.3390/cancers16081490.
6. Complete Cancer Prevalence in Europe in 2020 by Disease Duration and Country (EUROCORE-6): A Population-Based Study. De Angelis R, Demuru E, Baili P, et al. *The Lancet. Oncology*. 2024;25(3):293-307. doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0.
7. Psychological Aspects of Breast Cancer. Penberthy JK, Stewart AL, Centeno CF, Penberthy DR. *The Psychiatric Clinics of North America*. 2023;46(3):551-570. doi:10.1016/j.psc.2023.04.010.
8. The Mental Health Impacts of Receiving a Breast Cancer Diagnosis: A Meta-Analysis. Fortin J, Leblanc M, Elgbeili G, et al. *British Journal of Cancer*. 2021;125(11):1582-1592. doi:10.1038/s41416-021-01542-3.
9. Cancer Survivorship. Shapiro CL. *The New England Journal of Medicine*. 2018;379(25):2438-2450. doi:10.1056/NEJMr1712502.
10. Socio-Demographic and Clinical Variables Associated With Psychological Distress 1 and 3 years After Breast Cancer Diagnosis. Alfonsson S, Olsson E, Hursti T, Lundh MH, Johansson B. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2016;24(9):4017-23. doi:10.1007/s00520-016-3242-y.
11. Depression and Anxiety in Women With Early Breast Cancer: Five Year Observational Cohort Study. Burgess C, Cornelius V, Love S, et al. *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 2005;330(7493):702. doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3.
12. Family Ties: Young Breast Cancer Patients and Their Children. Güth U, Huang DJ, Alder J, Moffat R. *Swiss Medical Weekly*. 2015;145:w14163. doi:10.4414/smw.2015.14163.
13. Family Resilience of Families With Parental Cancer and Minor Children: A Qualitative Analysis. Heuser C, Schneider JN, Heier L, et al. *Frontiers in Psychology*. 2023;14:1251049. doi:10.3389/fpsyg.2023.1251049.
14. Reappraising Personal Values in Cancer: Meaning-in-Life Adaptation, Meaningfulness, and Quality of Life. Carreno DF, Eisenbeck N, Uclés-Juárez R, García-Montes JM. *Psycho-Oncology*. 2023;32(12):1905-1917. doi:10.1002/pon.6244.

15. Change in the Value of Work After Breast Cancer: Evidence From a Prospective Cohort. Caumette E, Di Meglio A, Vaz-Luis I, et al. *Journal of Cancer Survivorship : Research and Practice*. 2023;17(3):694-705. doi:10.1007/s11764-022-01197-w.
16. Attainment and Importance of Life Values Among Patients With Primary Breast Cancer. Lampic C, Thurfjell E, Bergh J, Carlsson M, Sjöden PO. *Cancer Nursing*. 2003;26(4):295-304. doi:10.1097/00002820-200308000-00007.
17. Women's Stories of Living With Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Synthesis of Qualitative Evidence. Smit A, Coetzee BJ, Roomaney R, Bradshaw M, Swartz L. *Social Science & Medicine (1982)*. 2019;222:231-245. doi:10.1016/j.socscimed.2019.01.020.
18. Psychosocial Aspects and Life Project Disruption in Young Women Diagnosed With Metastatic Hormone-Sensitive HER2-negative Breast Cancer. Vila MM, Barco Berron SD, Gil-Gil M, Ochoa-Arnedo C, Vázquez RV. *Breast (Edinburgh, Scotland)*. 2020;53:44-50. doi:10.1016/j.breast.2020.06.007.
19. The Emotional Impact of a Cancer Diagnosis: A Qualitative Study of Adolescent and Young Adult Experience. Hughes L, Taylor RM, Beckett AE, et al. *Cancers*. 2024;16(7):1332. doi:10.3390/cancers16071332.
20. Health-Related Quality of Life in Locally Advanced and Metastatic Breast Cancer: Methodological and Clinical Issues in Randomised Controlled Trials. Ghislain I, Zikos E, Coens C, et al. *The Lancet. Oncology*. 2016;17(7):e294-e304. doi:10.1016/S1470-2045(16)30099-7.
21. Quality of Life Following Receipt of Adjuvant Chemotherapy With and Without Bevacizumab in Patients With Lymph Node-Positive and High-Risk Lymph Node-Negative Breast Cancer. Rosenberg SM, O'Neill A, Sepucha K, et al. *JAMA Network Open*. 2022;5(2):e220254. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.0254.
22. Reliability and Validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Quality-of-Life Instrument. Brady MJ, Cella DF, Mo F, et al. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*. 1997;15(3):974-86. doi:10.1200/JCO.1997.15.3.974.
23. An Electronic Patient-Reported Outcome Tool for the FACT-B (Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast) Questionnaire for Measuring the Health-Related Quality of Life in Patients With Breast Cancer: Reliability Study. Matthies LM, Taran FA, Keilmann L, et al. *Journal of Medical Internet Research*. 2019;21(1):e10004. doi:10.2196/10004.
24. Exploring the Lived Experiences of Women With Metastatic Breast Cancer and Their HRQoL Questionnaire Preferences: A Qualitative Study. Tolstrup LK, Vogsen M, Hildebrandt MG, et al. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*. 2026;35(2):32. doi:10.1007/s11136-025-04148-x.
25. Persian Version of Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast (FACT-B) Scale: Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties. Patoo M, Allahyari AA, Moradi AR, Payandeh M. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP*. 2015;16(9):3799-803. doi:10.7314/apjcp.2015.16.9.3799.
26. Person-Centred Communication With Cancer Survivors: Exploring the Meaning of Follow-Up Coaching Conversations. Timmermann C, Ammentorp J, Birkelund R. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2023;37(1):243-249. doi:10.1111/scs.13007.

27. "It's Like We Don't Exist": Tailoring Education for Young Women Undergoing Surgery for Early-Stage Breast Cancer. Recio-Saucedo A, Gilbert AW, Gerty S, et al. *Oncology Nursing Forum*. 2018;45(2):165-175. doi:10.1188/18.ONF.165-175.
28. Longitudinal Prognostic Communication Needs of Adolescents and Young Adults With Cancer. Sisk BA, Fasciano K, Block SD, Mack JW. *Cancer*. 2020;126(2):400-407. doi:10.1002/cncr.32533.
29. Characterizing Informational Needs and Information Seeking Behavior of Patients With Breast Cancer. Ludwigson A, Huynh V, Vemuru S, et al. *American Journal of Surgery*. 2024;227:100-105. doi:10.1016/j.amjsurg.2023.09.047.
30. Effects of Health Education on Self-Efficacy, Negative Emotions, and Life Quality in Breast Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Xie T, Zhang Q, Zhang S, Huang Y. *Cancer Nursing*. 2025;:00002820-990000000-00363. doi:10.1097/NCC.0000000000001472.
31. Rebuilding Self-Confidence After Cancer: A Feasibility Study of Life-Coaching. Wagland R, Fenlon D, Tarrant R, Howard-Jones G, Richardson A. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2015;23(3):651-9. doi:10.1007/s00520-014-2399-5.
32. [https://clevermemo.com/blog/lebensrad-wheel-of-life-coaching-tool/?utm\\_source=chatgpt.com](https://clevermemo.com/blog/lebensrad-wheel-of-life-coaching-tool/?utm_source=chatgpt.com) - 18.02.2026
33. Neenan, M., & Dryden, W.. *Life Coaching*. London, Routledge, 2013
34. Grant, A. M. (2012). An integrated model of goal-focused coaching. *International Coaching Psychology Review*, 7(2), 146-165.
35. Bachkirova, T. *Developmental Coaching*. Maidenhead: Open University Press. 2011
36. Whitmore, J. *Coaching for Performance*. London: Nicholas Brealey. 2017
37. Greenberg, L. S. *Emotion-Focused Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association. 2011
38. Almeida SN, Elliott R, Silva ER, Sales CMD. Emotion-focused therapy for fear of cancer recurrence: A hospital-based exploratory outcome study. *Psychotherapy (Chic)*. 2022 Jun;59(2):261-270. doi: 10.1037/pst0000389. Epub 2022 Jan 6. PMID: 34990161.
39. The Role of Emotion-Related Abilities in the Quality of Life of Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. Durosini I, Triberti S, Savioni L, Sebri V, Pravettoni G. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(19):12704. doi:10.3390/ijerph191912704.
40. Identifying the Key Characteristics of Clinical Fear of Cancer Recurrence: An International Delphi Study. Mutsaers B, Butow P, Dinkel A, et al. *Psycho-Oncology*. 2020;29(2):430-436. doi:10.1002/pon.5283.
41. From Normal Response to Clinical Problem: Definition and Clinical Features of Fear of Cancer Recurrence. Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, et al. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2016;24(8):3265-8. doi:10.1007/s00520-016-3272-5.
42. Anxiety Disorders: A Review. Szuhany KL, Simon NM. *JAMA*. 2022;328(24):2431-2445. doi:10.1001/jama.2022.22744.

43. Antonovsky, A. Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT. 1997
44. Grawe, K. Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe. 2004
45. Rauen, C. Coaching. Göttingen: Hogrefe. 2020
46. Radatz, S. Einführung in das systemische Coaching. Heidelberg: Carl-Auer Verlag, 2021.
47. Hedges, F. Coaching und Beratung aus systemischer Perspektive. Weinheim: Beltz Verlag, 2014
48. Lociffaro, G. Ressourcenarbeit mit dem Ressourcenbaum. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung. Heidelberg: Carl-Auer Verlag 2010
49. Storch, M. Making of Ressource: Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM). Bern: Hogrefe Verlag. 2018
50. Meanings Made in Women With Breast Cancer: A Meta-Synthesis. Saab M, Pi Z. *Psychology & Health*. 2025;:1-26. doi:10.1080/08870446.2025.2509073.
51. Sandra Brauer, 37 systemische Methoden, Paderborn: Junfermann Verlag, 2025.
52. Reappraising Personal Values in Cancer: Meaning-in-Life Adaptation, Meaningfulness, and Quality of Life. Carreno DF, Eisenbeck N, Uclés-Juárez R, García-Montes JM. *Psycho-Oncology*. 2023;32(12):1905-1917. doi:10.1002/pon.6244.
53. Change in the Value of Work After Breast Cancer: Evidence From a Prospective Cohort. Caumette E, Di Meglio A, Vaz-Luis I, et al. *Journal of Cancer Survivorship : Research and Practice*. 2023;17(3):694-705. doi:10.1007/s11764-022-01197-w.
54. Neff, K. D. *Self-Compassion*. New York: William Morrow / HarperCollins. 2011
55. Mustian, H. L. S., et al. Comparison of Pharmaceutical, Psychological, and Exercise Treatments for Cancer-Related Fatigue. *Journal of the American Medical Association*, 2017; 317(5), 521-532.
56. Neff, K. D. *Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself*. *Self and Identity*, 2003; 2(2), 85-101.
57. Pennebaker, J. W., & Chung, C. K. Expressive Writing and Health. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford Handbook of Health Psychology*. New York: Oxford University Press. 2011
58. Foster, C., Fenlon, D. Recovery and self-management support following primary cancer treatment. *British Journal of Cancer*, 2011;105, S21-S28.
59. Kabat-Zinn, J. *Wherever You Go, There You Are*. New York: Hyperion. 1994
60. Kabat-Zinn, J. Mindfulness-Based Interventions in Context. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2003;10(2), 144-156.
61. Carlson, L. E., et al. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 2004; 66(4), 571-581.
62. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford Press. 2002

63. Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 2006; 62(3), 373-386.
64. Abdollahi, A., et al. Self-care behaviors mediates the relationship between resilience and quality of life in breast cancer patients. *BMC Psychiatry*, 2022; 22, 825.
65. McAdams, D. P. *The Stories We Live By: Personal Myths and the Making of the Self*. New York: Guilford Press. 1993
66. Frankl, V. E. *Man's Search for Meaning*. New York: Washington Square Press. 1985
67. White, M., & Epston, D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton. 1990
68. Frank, A. W. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press. 1995
69. Ricœur, P. Narrative Identity. *Philosophy Today*, 35(1), 73-81. 1991
70. Michael White. *Maps of Narrative Practice*. New York: W. W. Norton & Company. 2007