

Aus der
Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Tübingen
Abteilung Innere Medizin VI
(Schwerpunkt: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

**PART – Psychosoziale Auswirkungen
einer Brustkrebserkrankung auf den Partner**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Parvizi, Elham

2023

Dekan: Professor Dr. B. Pichler
1. Berichterstatter: Professor Dr. S. Zipfel
2. Berichterstatter: Professorin Dr. E.-M. Grischke

Tag der Disputation: 28.07.2023

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	2
2.1 Das Mammakarzinom.....	2
2.1.1 Definition, Epidemiologie.....	2
2.1.2 Ätiologie	2
2.1.3 Brustkrebstherapie – Primärbehandlung.....	5
2.1.4 Chirurgische Therapie.....	5
2.1.4.1 Brusterhaltende Therapie (BET).....	6
2.1.4.2 Modifizierte radikale Mastektomie (MRM)	6
2.1.4.3 Rekonstruktion der Brust.....	7
2.1.5 Neoadjuvante Therapie.....	7
2.1.6 Adjuvante Therapie	8
2.1.6.1 Strahlentherapie.....	8
2.1.6.2 Adjuvante Chemotherapie.....	8
2.1.6.3 Antihormonelle Therapie	9
2.1.6.4 Antikörpertherapie	9
2.2 Psychosoziale Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Patientinnen.....	10
2.3 Psychosoziale Auswirkungen der Krebserkrankung auf den Partner.....	10
2.3.1 Kenntnisstand der Forschung hinsichtlich der Belastungen der Frau und ihres Partners	11
2.4 Krankheitsbewältigungsforschung – Coping.....	15
2.4.1 Dyadic Coping.....	16
2.5 Kenntnisstand der psychoonkologischen Coping-Forschung	17

3	Fragestellung, Zielsetzung, Hypothesen	19
3.1	Fragestellung.....	19
3.2	Zielsetzung	19
3.3	Hypothesen	20
3.3.1	Primäre Fragestellung.....	20
3.3.1.1	Depression und Ängstlichkeit	20
3.3.1.2	Lebensqualität und Konfliktbewältigung	20
3.3.1.3	Art der Erkrankung und Lebensqualität	20
3.3.2	Sekundäre Fragestellung:.....	20
3.3.2.1	Therapiephase und psychische Gesundheit	20
3.3.2.2	Konfliktbewältigungsstrategie und soziodemographische Daten.....	21
3.3.3	Tertiäre Fragestellung:.....	21
3.3.3.1	Körperbild und Brustkrebs.....	21
3.3.3.2	Zufriedenheit und körperliche/psychische Gesundheit.....	21
4	Methodik.....	22
4.1	Studiendesign.....	22
4.2	Rekrutierung der Stichprobe.....	22
4.3	Studienpopulation.....	22
4.4	Fragebogenkonstruktion	25
4.4.1	Demographische Daten	25
4.4.2	Lebensqualität.....	25
4.4.3	Fragen zum Krebsstadium der betroffenen Partnerin	25
4.4.4	Skala zur Messung von Depression und Angststörung.....	26
4.4.5	Skalen zur Messung der Wahrnehmung des Selbstbildes, zu Wünschen in Bezug auf die Partnerschaft und zu potenziellen Veränderungen durch die Diagnose	28
4.4.6	Skala zur Messung der partnerschaftsbezogenen Bindung	29
4.4.7	Skala zur Messung der Bedürfnisse der Angehörige	30
4.5	Datenaufbereitung	30
4.6	Statistische Auswertung	32

5	Ergebnisse	33
5.1	Deskriptive Statistik	33
5.2	Ergebnisse zu den Hypothesen.....	34
5.2.1	Primäre Fragestellung.....	34
5.2.2	Sekundäre Fragestellung	38
5.2.3	Tertiäre Fragestellung	41
6	Diskussion der Ergebnisse und Implikationen	44
6.1	Diskussion der Fragestellungen und Hypothesen	44
6.2	Primäre Fragestellung	44
6.3	Sekundäre Fragestellung.....	48
6.4	Tertiäre Fragestellung	51
6.5	Limitationen und Stärken der Studie.....	53
7	Zusammenfassung	58
8	Literaturverzeichnis	60
8.1	Verwendete und zitierte Literatur.....	60
8.2	Weiterführende Literatur	70
9	Anhang	73
	Anhang A: – PART-Studie –.....	73
	Anhang B: EM – Imputation.....	89
10	Erklärungen zum Eigenanteil	97
11	Danksagung	98

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Boxplot zur Darstellung der Verteilung der Ferus Coping-Werten für die Gruppen von Personen mit einem Realschul-/ Mittelschul-Abschluss, Universitäts-Abschluss und PhD.....	40
Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der Staatsangehörigkeit	91
Abbildung 3: Prozentuale Verteilung des Familienstandes	91
Abbildung 4: Verteilung der Anzahl der Kinder	92
Abbildung 5: Verteilung der Kinder im Haushalt der Eltern lebend	92
Abbildung 6: Verteilung höchster Bildungsstand.....	93
Abbildung 7: Verteilung anderer Abschluss	93
Abbildung 8: Verteilung abgeschlossene Berufsbildung	94
Abbildung 9: Verteilung andere abgeschlossene Berufsbildung	94
Abbildung 10: Verteilung aktueller beruflicher Status.....	95
Abbildung 11: Prozentuale Verteilung aktueller berufliche Status.....	95
Abbildung 12: Prozentuale Angabe aktueller Wohnort.....	96

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Häufigkeiten der demographischen Charakteristiken der Probanden.....	24
Tabelle 2:	Deskriptive Statistik der Skalen PHQ4, FERUS Coping, FERUS Hoffnung, Stand. Beziehungsfragebogen	33
Tabelle 3:	Ergebnisse der Einstichproben-t-Tests zur Überprüfung des Beeinträchtigungsgrades des Partners in Bezug auf Depression und Angststörung	35
Tabelle 4:	Ergebnisse der T-Tests für die Untersuchung der Unterschiede in Ferus Coping, Ferus Hoffnung und Beziehungsaspekte zwischen nicht beeinträchtigten und beeinträchtigten Personen	37
Tabelle 5:	Ergebnisse des Vorzeichentests zur Untersuchung der Unterschiede in der Selbsteinschätzung vor und nach der Diagnose der Partnerin	42
Tabelle 6:	Ergebnisse der Korrelationsanalyse zu seelischen/körperlichen Gesundheit und Zufriedenheit.....	43
Tabelle 7:	Em-Imputation.....	89
Tabelle 8:	Reliabilitätsanalyse Selbsteinschätzung	90

Abkürzungsverzeichnis

BANG	Bindungsbezogene Angst
BET	Brusterhaltende Therapie
BEVER	Bindungsbezogene Vermeidung
BRCA	Breast-Cancer-Gene
ECR-R	Experiences in Close Relationships-Revised
FERUS	Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten
GAD	Generalized Anxiety Disorder
HER2	Humaner epidermaler Wachstumsfaktor
MRM	Modifizierte radikale Mastektomie
PHQ	Patient Health Questionnaire Modul
SCNS P&C-G	Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers
TNM-Staging	Tumor (T), Nodes (N), Metastasen (M)

1 Einleitung

Die Diagnose Brustkrebs ist ein bedeutendes Ereignis im Leben der Betroffenen, für dessen Bewältigung keine idealen Handlungsmuster zur Verfügung stehen. Es ist die häufigste onkologische Erkrankung bei Frauen (Guarino et al., 2020), welche oft zu großer seelischer Belastung führt. Die emotionale Reaktion von Frauen auf die Diagnose Brustkrebs reicht von leichten Stimmungsschwankungen bis hin zu schweren Ängsten und Depressionen. Frauen, bei denen Brustkrebs diagnostiziert wurde, benötigen Zeit, um sich anzupassen und zur „Normalität“ zurückzukehren (Isfahani, Arefy, & Shamsaii, 2020). Innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Erstdiagnose leiden fast 50 % aller Patientinnen mit Brustkrebs unter signifikantem emotionalen Disstress (Chow et al., 2019). Die Betroffenen kämpfen häufig mit Wut, Angst, Verzweiflung bis hin zu Suizidgedanken (Carreira et al., 2018). Der Umgang mit der Erkrankung gestaltet sich sehr unterschiedlich, jedoch treten nach der Brustkrebsdiagnose bei etwa 20–30 % aller Patientinnen Angstzustände auf (Isfahani et al., 2020).

Brustkrebs ist nicht nur ein wesentlicher Trigger von Disstress für die Patientinnen selbst, sondern auch für ihre Angehörigen. Insbesondere (Ehe-)Partner können von psychosozialen Auswirkungen wie Ängstlichkeit oder finanzielle Sorgen einer Brustkrebsdiagnose und -behandlung schwer betroffen sein (Mohammadzadeh Nimekari et al., 2019). Die Brustkrebserkrankung kann somit eine große Herausforderung für die Beziehung darstellen und bedeutet folglich eine doppelte Bewährungsprobe für die Partnerschaft. Dennoch kann die gemeinsame Art der Problemlösung, im englischen Sprachgebrauch bekannt unter dem Begriff „Dyadic Coping“, auch eine steigernde Zufriedenheit in der Partnerschaft zur Folge haben (Meier, Cairo Notari, Bodenmann, Revenson, & Favez, 2019).

Auf dieser erörterten Herausforderung basiert die vorliegende Dissertation: Es wird primär die Sichtweise der Partner der erkrankten Frauen untersucht und die Wahrnehmung der Männer in Bezug auf Konfliktbewältigungsstrategien, Sorgen und das Körperbild ihrer Partnerinnen erörtert.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Das Mammakarzinom

2.1.1 Definition, Epidemiologie

Das Mammakarzinom gehört mit einer Inzidenz von 110 pro 100.000 Frauen jährlich zu den häufigsten Malignomen bei Frauen. Global gesehen ist es auch die häufigste Todesursache von Frauen (Leicher, 2019), wobei 25 % aller Malignome bei Frauen auf das Mammakarzinom zurückzuführen sind. Heutzutage ist Brustkrebs durch den stetigen Fortschritt in der Wissenschaft sehr gut behandelbar und mit einer durchschnittlichen Fünf-Jahres-Überlebensrate von knapp 90 % kein Todesurteil mehr (Leicher, 2019).

Wenn man die jährliche Erkrankungsrate von Brustkrebs betrachtet, ist es wichtig, die regionalen Unterschiede zu beachten. Was die Inzidenz von Brustkrebs betrifft, so ist diese in den USA mit 101/100.000 am höchsten, direkt gefolgt von Westeuropa mit einer Inzidenz von 85/100.000. Am unteren Ende der Rangliste sind ostasiatische Frauen mit einer Inzidenz von 21/100.000 aufgeführt. Sie zählen somit zu der am seltensten betroffenen Bevölkerungsgruppe (Tao et al., 2015).

Die Sterblichkeitsrate von Patientinnen mit Brustkrebs ist in hoch industrialisierten Ländern, wie beispielsweise Frankreich, konstant. In Deutschland erkrankten 2016 knapp 69.000 Frauen an Brustkrebs (Quante et al., 2021). Die absolute Anzahl der Sterbefälle liegt in Deutschland seit den 1990er-Jahren bei einem konstanten Wert von 18.000. Eine frühzeitige Diagnose sowie verbesserte Behandlungsmethoden erklären diesen Erfolg (Sancho-Garnier & Colonna, 2019).

2.1.2 Ätiologie

Die genaue Ätiologie des Mammakarzinoms ist nicht vollständig bekannt. Jedoch ist man zu der Erkenntnis gelangt, dass es einige Risikofaktoren gibt, die als ursächlich für die Erkrankung angesehen werden können. Zu den Faktoren, die die Entstehung dieser Erkrankung verursachen können, gehören sowohl exogene als auch endogene Kriterien. Die zwei wichtigsten endogenen Risikofaktoren sind die

Tumorsuppressorgene BRCA1 und BRCA2, die sogenannten „Breast-Cancer-Genes“. In etwa 95 % der Mammakarzinome entstehen spontan und nur 5–7 % basieren auf einer hereditären Komponente (Spurdle et al., 2014).

Folgende Kriterien zählen zu den wichtigsten Hinweisen, die auf ein hereditäres Mammakarzinom hindeuten (Manahan et al., 2019):

- mindestens zwei Verwandte ersten Grades mit Mamma- oder Ovarialkarzinom (dabei mindestens eine Erkrankte < 50 Jahre),
- Frauen mit einseitigem Mammakarzinom mit Erkrankungsalter < 30 Jahre,
- Frauen mit beidseitigem Mammakarzinom mit Erkrankungsalter < 40 Jahre, mindestens ein Verwandter mit Ovarialkarzinom mit Erkrankungsalter < 40 Jahre,
- mindestens ein männlicher Verwandter mit Mammakarzinom (Maas et al., 2016).

Mutationen des BRCA1-Gens erhöhen nicht nur das Risiko an Brustkrebs zu erkranken, sie sind auch ein wichtiger Risikofaktor für das Ovarialkarzinom. Das BRCA1-Gen befindet sich auf dem Chromosom 17q und das BRCA2-Gen auf dem Chromosom 13q. Beide werden autosomal dominant vererbt.

Ein weiterer Risikofaktor dieser Erkrankung ist das Alter. Die Wahrscheinlichkeit, an Brustkrebs zu erkranken, nimmt zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr kontinuierlich zu (Maas et al., 2016). Ca. 80 % der Erkrankungen treten nach dem 50. Lebensjahr auf, wobei das mittlere Erkrankungsalter bei Erstdiagnose in Deutschland bei 63 Jahren liegt (Leicher, 2019). Betroffene, die an Brustkrebs vor dem 40. Lebensjahr leiden, machen etwa 6–7 % der Brustkrebspopulation aus (Liu et al., 2019). Als weitere Risikofaktoren gelten eine späte oder gar keine Gravidität, späte Menopause sowie eine frühe Menarche (Maas et al., 2016). Der Hormonhaushalt der Frau hat ebenfalls einen hohen Stellenwert als Risikofaktor. Durch das Enzym Aromatase wird aus dem Hormon Androgen das Hormon Östrogen gebildet. Das Brustgewebe der Frau besitzt eine hohe Sensibilität auf dieses Enzym. Studien haben ergeben, dass das Brustkrebsrisiko bei einer längeren Einnahme von Hormonen in Abhängigkeit von der Dosis steigt. Wichtig dabei ist,

dass besonders die kombinierte Einnahme von Progesteron und Östrogenen einen negativen Einfluss hat. Eine im Jahr 1992 in den USA gegründete Arbeitsgruppe („The Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer“), die sich mit den hormonellen Einflussfaktoren beschäftigt, hat dazu Daten aus 54 Studien aus 25 Ländern analysiert. Diese Studie umfasste somit Daten von insgesamt über 53.000 Frauen mit, und 100.000 Frauen ohne Brustkrebs. Ein signifikant erhöhtes Risiko bei Frauen mit Hormoneinnahme in doppelter Dosierung sowie ein geringeres Risiko nach Beendigung der Einnahme deuten auf eine fördernde Wirkung hin (Trabert, Sherman, Kannan, & Stanczyk, 2020). Allerdings ist diese Thematik noch weitgehend unerforscht.

Hinsichtlich der Arten der Brustkrebserkrankung werden nach der heutigen Studienlage einige Formen differenziert (Xu et al., 2020). Es gibt drei Oberflächenrezeptoren, die zur Charakterisierung des Brustkrebses verwendet werden. Dabei handelt es sich um den Östrogenrezeptor, den Progesteronrezeptor sowie den humanen epidermalen Wachstumsfaktor (HER2). Dementsprechend wird die Erkrankung in Hormonrezeptor-positiv oder -negativ unterteilt (Zimta et al., 2019). Eine besondere Form ist der dreifach negative Brustkrebs („Triple Negative Breast Cancer“), der etwa 10–15 % aller Brustkrebserkrankungen ausmacht. Er ist gekennzeichnet durch das Fehlen des Östrogenrezeptors, des Progesteronrezeptors sowie des humanen epidermalen Wachstumsfaktors (HER2). Er zählt im Vergleich zu den Hormonrezeptor-positiven Brustkrebsarten zu den aggressiveren. Ebenfalls besteht eine höhere Assoziation mit dem BRCA1/2 Mutationsstatus (Cao & Niu, 2020).

Um das pathologische Stadium der Erkrankung einschätzen zu können, werden mehrere Parameter benötigt, die in Betracht gezogen werden. Die Einschätzung sollte interdisziplinär erfolgen. Dabei besteht die Herausforderung darin, ein objektiv anwendbares Klassifikationssystem zu erstellen (Boeker, Franca, Bronsert, & Schulz, 2016). Derzeit ist das „TNM-Staging System“ das am häufigsten verwendete Klassifikationssystem zur Bestimmung der klinischen Stadien der Brustkrebserkrankung. Dieses wurde von der Union für Internationale Krebskontrolle (UICC) gegründet. Dabei konzentriert sich das TNM-System primär auf das biologische Verhalten des Tumors (Tumorstadium, Lymphknoteninvasion und

Metastasierung) (Xu et al., 2020). Somit kann die anatomische Ausdehnung des Tumors adäquat eingeschätzt und die Therapie stadiengerecht angepasst werden (Boeker et al., 2016).

2.1.3 Brustkrebstherapie – Primärbehandlung

Die Therapiemöglichkeiten für Brustkrebs werden heutzutage der Individualität der jeweiligen Patientin angepasst. Dabei werden verschiedene Fachrichtungen der Medizin mit einbezogen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist es, die Wünsche der Patientin in die Behandlung zu integrieren. Insbesondere durch die zusätzliche psychische Belastung, als Konsequenz dieser Erkrankung, ist es wichtig, als zständiger Arzt die Patientin in die Entscheidungsfindung miteinzubeziehen. Eine ausführliche und verständliche Aufklärung über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten ist dabei unerlässlich (Yennurajalingam et al., 2018).

2.1.4 Chirurgische Therapie

Durch die immer weiter fortschreitenden Untersuchungsmethoden, wie beispielsweise die Sonographie oder die Mammographie, kann die Erkrankung Brustkrebs im frühen Stadium diagnostiziert werden (Rutgers, 2019). Daraus ergeben sich sowohl den Stadien angepasste als auch neue Therapieformen. Die operative Therapie im Rahmen der Behandlung der Erkrankung ist eine wichtige Behandlungsmethode. Mittlerweile ist diese aber nicht automatisch gleichzusetzen mit der Entfernung der gesamten Brust. Vielmehr wird die Methode der „brusterhaltenden Operation“ auch als eine Therapieoption zur Behandlung der Erkrankung gezählt. Es bieten sich grundsätzlich drei verschiedene operative Vorgehensweisen an (Oncology, 2019):

1. Brusterhaltende Therapie (BET): Tumorentfernung mit axillärer Lymphknotenentfernung und Nachbestrahlung der Brust.
2. Modifizierte radikale Mastektomie (MRM) (Entfernung des gesamten Drüsenkörpers) mit axillärer Lymphknotenentfernung.
3. Modifizierte radikale Mastektomie (MRM) mit simultanem (oder sekundärem) Wiederaufbau.

2.1.4.1 Brusterhaltende Therapie (BET)

Gegenwärtig zählt die brusterhaltende Operationsmethode zu den Standardtechniken der Brustkrebsbehandlung in den frühen Stadien I und II. Für brusterhaltende Operationsverfahren eignen sich besonders Tumore < 2 cm. Die brusterhaltende Therapie (BET) umfasst die lokale Tumorentfernung (Tumorektomie, Segmentresektion, Quadranten Resektion) mit Axilladissektion und die Bestrahlung des Restparenchyms der Brust (Fuzesi, Becetti, Klassen, Gemignani, & Pusic, 2019).

Allerdings gibt es hierfür relative und absolute Kontraindikationen. Zu den relativen Kontraindikationen zählen (Jordan, Vandeverveken, & Oxenberg, 2020) :

- Tumor > 5 cm,
- Frauen mit einer genetischen Veranlagung (BRCA1, BRCA2).

Zu den absoluten Kontraindikationen zählen (Jordan et al., 2020):

- Schwangerschaft im ersten Trimester,
- entzündlicher Brustkrebs,
- diffus verdächtige oder bösartig auftretende Mikroverkalkungen.

2.1.4.2 Modifizierte radikale Mastektomie (MRM)

In manchen Fällen ist eine BET nicht möglich, da die Gefahr einer Multifokalität bzw. Zentrität besteht. Dies bedeutet, dass die Tumorherde über mehrere Teile der Brust oder über die ganze Brust verteilt sind, was zu einer eher ungünstigen Tumor-Brustrelation führt. Dies ist nur ein Beispiel von vielen Kontraindikationen, die eine BET als Operationsmethode ausschließen. Als Alternative bietet sich in solchen Fällen die modifizierte, radikale Mastektomie (MRM) an.

Bei dieser Operationsmethode wird der gesamte Brustdrüsenkörper, einschließlich der oberflächlichen Schichten der Pectoralisfaszie, zusammen mit den Lymphknoten der Axilla entfernt. Dabei bleiben beide Pectoralismuskeln erhalten (Huang et al., 2020).

In den folgenden Fällen fällt die Entscheidung häufig auf die radikale Mastektomie (Janni, 2018; Oncology, 2019):

- multizentrisches Wachstum,
- ungünstiges Verhältnis Tumor-/Brustvolumen,
- fehlende Tumorfreiheit trotz mehrfacher Nachresektion,
- ausgedehnter Hautbefall/inflammatorische Komponente.

2.1.4.3 Rekonstruktion der Brust

Folgende Operationstechniken zur Rekonstruktion sind anwendbar:

- „Wiederherstellung mit einer Silikonprothese, die aus einer mit Silikongel gefüllten Silikonhülle besteht; als Füllung dient ein Gel, das nicht auslaufen kann und formstabil bleibt.
- Wiederherstellung mit Eigengewebe. Dies ist nur bei Patientinnen mit dickem Haut-/Fettgewebe möglich. Dabei werden Haut und Fettgewebe mit Blutgefäßen aus dem Unterbauch entnommen.
- Eine Kombination aus beiden Methoden, bei Wunsch nach einer größeren Brust oder dem Verzicht auf eine Prothese“ (Oncology, 2019).

2.1.5 Neoadjuvante Therapie

Die neoadjuvante Therapie wird bei Patientinnen mit weit fortgeschrittenem Brustkrebs empfohlen. „Ist eine Chemotherapie indiziert, kann diese vor der Operation (neoadjuvant) oder danach (adjuvant) durchgeführt werden. Beide Verfahren sind hinsichtlich der Überlebenswahrscheinlichkeit gleichwertig“.

Bei Patientinnen mit lokal fortgeschrittenem Tumor, die gut auf eine neoadjuvante Chemotherapie ansprechen, zeigt die brusterhaltende Operation hohe Erfolgsraten bezüglich der Überlebenschance im Vergleich zur vollständigen Mastektomie (Jordan et al., 2020).

2.1.6 Adjuvante Therapie

Als adjuvante Therapie wird eine Therapieform bezeichnet, die zusätzlich zur operativen Methode angewandt wird. Es gibt verschiedene Möglichkeiten der adjuvanten Therapie, wie in den nachfolgenden Unterkapiteln dargestellt.

2.1.6.1 Strahlentherapie

Nach der S3-Leitlinie Mammakarzinom sollte nach einer brusterhaltenden Operation aufgrund eines invasiven Karzinoms eine Bestrahlung der Brust durchgeführt werden. Bei Patientinnen mit niedrigem Rezidiv-Risiko kann auch eine Teilbrustbestrahlung durchgeführt werden (Oncology, 2019). Besteht bei Patientinnen eine reduzierte Lebenserwartung (< 10 Jahre) sowie ein hormonrezeptor-positiver, HER2-negativer Tumor, kann nach einer entsprechenden Beratung auf die Bestrahlung verzichtet werden.

2.1.6.2 Adjuvante Chemotherapie

Bei den Empfehlungen zur adjuvanten Therapie des Mammakarzinoms werden bestimmte Aspekte berücksichtigt. Dazu zählen Tumorgröße (Tumor < 2cm), Grading (histopathologisches Grading 1), Hormonrezeptorstatus, HER2-Status, Menopausen-Status und Alter der Patientin (junges Erkrankungsalter < 35 Jahre). Die molekularen Subtypen sowie die endokrine Sensibilität werden als wichtige Faktoren zur Indikationsstellung einer adjuvanten Therapie angesehen (Jordan et al., 2020). Handelt es sich um HER2-positive Tumoren, wird eine simultane Anti-HER2-Therapie mit Trastuzumab in Kombination mit einer adjuvanten Chemotherapie angewendet.

In den Fällen, in denen der Nutzen der Behandlung die zu erwartenden Nebenwirkungen überwiegt, sollte eine Chemotherapie angewendet werden.

Für die Chemotherapie werden Zytostatika eingesetzt, die eine Zerstörung der Tumorzellen herbeiführen. Es werden je nach Tumorart bestimmte Dosierungen empfohlen. Als Standardtherapiezeit wird adjuvant ein Zeitraum von 18–34 Wochen angeraten. Dabei sollte die Therapie jeweils ein Taxan und ein Anthrazyklin enthalten. Die Effektivität einer adjuvanten Chemotherapie wurde in einer großen

Studie von zwei Arbeitsgruppen (Bonnadonna und NSABP) getestet. Dabei wurde das „CMF-Schema“ angewandt. Dieses besteht aus den Medikamenten Cyclophosphamid, Methotrexat und 5-Fluoruracil. Dabei wurde gezeigt, dass es im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikant größere Überlebenschance für Patientinnen mit der CMF-Therapie gab (Caparica, Brandao, & Piccart, 2019).

2.1.6.3 Antihormonelle Therapie

Da 60–70 % aller Brustkrebstumore durch Hormone gefördert werden, wird an diesem Punkt angesetzt und eine antihormonelle Therapie durchgeführt. Primär wird hierfür das Medikament „Tamoxifen“ eingesetzt, das an den Rezeptoren für Östrogen ansetzt und dort das Andocken von Östrogen verhindert (Caparica et al., 2019). Als ein selektiver Östrogenrezeptormodulator wird Tamoxifen in der Brustkrebstherapie angewendet (Day, Hickey, Song, Plush, & Garg, 2020). Eine niedrig dosierte Tamoxifen Konzentration zeigt dabei eine effiziente Wirkungsweise mit geringen Nebenwirkungen (Day et al., 2020).

2.1.6.4 Antikörpertherapie

Bei Antikörpern handelt es sich um Eiweiße, die an der Oberfläche der befallenen Zellen bestimmte Rezeptoren blockieren. Normalerweise würden hier Stoffe andocken, die dazu führen, dass der Tumor immer weiterwächst. Herceptin (Wirkstoff Trastuzumab) ist eine häufig angewandte Therapieoption. Es blockiert die Andockstelle für den HER2-Botenstoff. Dieser spielt eine besonders große Rolle beim Mammakarzinom, da er die Weiterentwicklung der Tumorzellen fördert. Bei der adjuvanten Chemotherapie sollte für die besten Erfolgchancen die Taxan-Phase (Zytostatikum) zeitgleich mit der Trastuzumab-Gabe erfolgen. Bei der Antikörpertherapie werden nach den Leitlinien adjuvant alle drei Wochen insgesamt sechs Zyklen mit der „THC-Gruppe“ (Doxetacel, Carboplatin, Trastuzumab) empfohlen. Unter diesen Medikamenten wird nur eine schwache Kardiotoxizität beobachtet (Oncology, 2019).

Studien haben gezeigt, dass Trastuzumab die Überlebenschance der Erkrankung deutlich verbessert und – als positivem Nebeneffekt – zu eher wenigen toxischen Wechselwirkungen führt (Lambert et al., 2016; Caparica et al., 2019).

2.2 Psychosoziale Auswirkungen der Krebserkrankung auf die Patientinnen

Fast die Hälfte aller Patientinnen mit Brustkrebs leidet innerhalb des ersten Jahres nach Erhalt ihrer Krebsdiagnose an einer klinisch signifikanten psychischen Belastung (Chow et al., 2019). Sowohl die physischen als auch die psychischen krebsbedingten Disstressfaktoren können noch viele Jahre nach der Behandlung Auswirkungen auf die Psyche der Betroffenen haben. Zu den physischen Faktoren gehören behandlungsbedingte Nebenwirkungen (z. B. Mastektomie, Alopezie, Gewichtsveränderungen, chirurgische Wunden), die psychische Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und auch auf die Partnerschaft der Frauen haben können (Charalampopoulou et al., 2020). Auch das Körperbild verändert sich, sowohl aus der Sicht der Frau als auch aus der des Partners. Ein verändertes physisches Erscheinungsbild korreliert oftmals mit einem ausgeprägten psychischen Leidensdruck bei den Patientinnen. Dies kann die Beziehung zwischen der betroffenen Frau und ihrem Partner ebenfalls negativ beeinflussen (Paterson, Lengacher, Donovan, Kip, & Tofthagen, 2016). Somit zeigt sich, dass die Diagnose und die Behandlung von Brustkrebs ebenfalls die Partner betreffen. Folglich werden auch zunehmend die Bedürfnisse sowie die Sorgen der Partner im Zusammenhang mit der Erkrankung untersucht (Younes Barani, Rahnama, Naderifar, Badakhsh, & Noorischooli, 2019).

2.3 Psychosoziale Auswirkungen der Krebserkrankung auf den Partner

In der Vergangenheit wurden die Angehörigen und insbesondere die Partner bei der Betrachtung der psychosozialen Auswirkungen der Krebserkrankung oftmals in den Hintergrund gerückt (Wolff, Pak, Meeske, Worden, & Katz, 2010). Diesbezüglich kam es in den letzten Jahren zu einer Veränderung. Der Einfluss der Erkrankung auf die Psyche der Partner wird zunehmend in den Fokus gestellt. Die Krebserkrankung wird heute als eine „Wir-Krankheit“ zwischen den Betroffenen und ihren Partnern angesehen (Valente, Chirico, Ottoboni, & Chattat, 2021). Zwischen 30–40 % der betroffenen Frauen mit Brustkrebs sehen ihre Partner als

pflegende Angehörige im Rahmen der Erkrankung (Younes Barani et al., 2019). Diese Rolle des Mannes führt oftmals zu einer psychischen Abhängigkeit der Frau in Bezug auf ihren Partner. Die daraus resultierende Verantwortung der Partner beeinflusst die Psyche der Männer. Etwa 22–32 % von ihnen erreichen oder übersteigen kritische Werte von Angst bzw. Depression oder beidem (Lewis et al., 2019). Ihre Beteiligung an der Pflege der betroffenen Frauen kann sich auf ihr eigenes psychisches, körperliches und soziales Wohlbefinden auswirken (Chinh et al., 2020). Bei den psychischen Auswirkungen auf die Partner handelt es sich meist um die Angst vor der Zukunft, die oft zu Depressionen und Disstress führen kann (Soriano et al., 2018; Jahani Sayad Noveiri, Shamsaei, Khodaveisi, Vanaki, & Tapak, 2020). Dazu zählt auch insbesondere die Angst vor der Unsicherheit bezüglich des Überlebens der betroffenen Partnerin (Kusi et al., 2020). Ebenso stellt die Angst vor einem Rezidiv der Erkrankung eine große Sorge für die Partner der betroffenen Frau dar (Bazzi, Clark, Winter, Tripodis, & Boehmer, 2017). Durch die Anzahl der Stunden, die der Partner für die Pflege der Partnerin aufbringen muss, kann er oftmals seinen eigenen beruflichen oder sozialen Verpflichtungen nicht adäquat nachgehen, sodass dies auch Einfluss auf sein soziales Leben sowie sein Berufsleben haben kann (Vahidi et al., 2016). Dies kann sich ebenfalls auf die körperliche Gesundheit der Partner auswirken. Diese Faktoren stellen oftmals eine Belastungsprobe für die Beziehung dar (Nalbant, Karger, & Zimmermann, 2021).

2.3.1 Kenntnisstand der Forschung hinsichtlich der Belastungen der Frau und ihres Partners

Die Erkrankung Brustkrebs löst unterschiedliche Reaktionen bei der betroffenen Frau und dem Partner aus, dennoch liegt der Fokus der wissenschaftlichen Forschung primär auf dem Verhaltensmuster der Frauen. Aufgrund des Näheverhältnisses in einer Partnerschaft zeigen jedoch oftmals beide Personen emotionale Reaktionen auf die Erkrankung (Perndorfer, Soriano, Siegel, & Laurenceau, 2019).

Einige Studien belegen, dass Ehepartner von Frauen mit Brustkrebs unter emotionalen und physischen Auswirkungen leiden (Soriano et al., 2018; Younes

Barani et al., 2019) (Gao, Liu, Zhou, Su, & Wang, 2019). Es hat sich sogar gezeigt, dass einige männliche Partner deutlich mehr unter psychischem Stress, Hoffnungslosigkeit und verminderter Motivation leiden, als die betroffenen Frauen selbst (Hoellen, Wagner, Ludders, Rody, & Banz-Jansen, 2019). Die Art und Weise, wie das private Umfeld mit der Erkrankung der Frau umgeht, ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Die individuelle Krankheitsbewältigung ist durch die Art und Schwere der Erkrankung, das soziale Umfeld, die Erkrankungsdauer, die charakterlichen Eigenschaften der Männer sowie die bisherigen Erfahrungen und die damit verbundenen kurz- oder langfristigen Einschränkungen wie auch Folgen für das weitere Leben beeinflusst. Oftmals kommt es hierbei zu Kommunikationsschwierigkeiten in der Partnerschaft. Diese Kommunikationsschwierigkeiten nehmen oft Einfluss auf die Qualität der Partnerschaft. Zu den Kommunikationsmethoden, die einen positiven Effekt auf die Partnerschaft haben, zählen insbesondere eine offene Diskussion über krebsbezogene Anliegen und die Fähigkeit, dem Partner zuzuhören. Zu den negativen Aspekten der Kommunikation werden besonders ein Vermeidungsverhalten und negative Reaktionen auf die Sorgen beschrieben (Langer et al., 2018). Für Paare, die in der Lage sind, sich mit den Herausforderungen und Problemen der Erkrankung auseinanderzusetzen, besteht allerdings das Potenzial, gemeinsam zu wachsen sowie die Beziehung zu vertiefen und zu stärken. Diese Art der Problembewältigung benötigt jedoch gezielte Unterstützungsmethoden im Sinne von speziellem Kommunikationstraining in der Partnerschaft, um den betroffenen Frauen und dem Partner den Umgang mit der Erkrankung zu erleichtern.

Besondere Belastungen der Partner

Es gibt einige Aspekte, welche die Partner der Frauen in dieser herausfordernden Zeit belasten. Dies können Ängste in Bezug auf die bevorstehenden Therapiemaßnahmen sein, sowie die gegebenenfalls erforderliche Mitentscheidung der Partner über potenziell zukünftige Therapiemaßnahmen (Simin et al., 2021). Zum anderen ist es die Angst, ihre Frau nicht ausreichend unterstützen und pflegen zu können (Younes Barani et al., 2019). Die Partner haben oftmals mit depressiven Symptomen zu kämpfen, die sich langfristig auch auf ihre Lebensqualität

auswirken können. Dies führt häufig zu Müdigkeit, Schlafenzug sowie zu allgemeinen negativen Auswirkungen auf das körperliche Wohlbefinden (Cohee et al., 2017).

Stand der Forschung zur Erfassung psychosozialer Auswirkungen der Brustkrebserkrankung auf den Partner

Die Krebserkrankung stellt auch für die Partner eine große Herausforderung dar. Studien zeigen, dass der Grad der psychischen Belastung von Patientinnen und deren Partner korreliert (Hagedoorn, Sanderman, Bolks, Tuinstra, & Coyne, 2008; Langer et al., 2018). Somit nahm in den letzten Jahren das Interesse am Einfluss der Brustkrebserkrankung auf die Psyche der Männer stetig zu. In einer Studie aus dem Jahr 2010 von Hasson-Ohayon und Kollegen zeigte sich, dass die Partner der betroffenen Frauen oftmals mehr unter den Belastungen der Erkrankung leiden als die Frauen selbst (Hasson-Ohayon, Goldzweig, Braun, & Galinsky, 2010). Die Frauen betrachten ihre Partner während der gesamten Erkrankungszeit als wichtigen Unterstützer (Nicolaisen et al., 2018). Die Männer sehen die Erkrankung Brustkrebs oftmals als einen Faktor, der das Leben ihrer Partnerin potenziell bedroht und sie fürchten, dass sie nicht in der Lage sein werden, ihre Frauen zu unterstützen und angemessen zu versorgen (Younes Barani et al., 2019). Dabei spielt das Stadium der Erkrankung ebenfalls eine Rolle. Je fortgeschrittener das Stadium der Erkrankung ist, umso stärker ist der Distress der Männer und umso schwerer fällt es manchen Partnern, ihre Rolle als „starker Mann“ in der Beziehung zu verwirklichen (Lim, 2019). Empirische Daten zeigen, dass Paare oft Probleme in der Kommunikation miteinander aufweisen. Hierbei handelt es sich zum einen um Gespräche über die Erkrankung selbst, zum anderen aber auch um Konfliktbewältigungsthemen (Langer et al., 2018; Merluzzi & Martinez Sanchez, 2018).

Darüber hinaus haben auch die Sorgen vor der Zukunft und die Ungewissheit über den Ausgang der Erkrankung einen relevanten, psychosozialen Einfluss auf die Männer. Es zeigt sich eine signifikante Korrelation zwischen den Sorgen und Ängsten der Frau sowie denen der Männer. Je mehr die Frau unter der

Erkrankung leidet, desto mehr Schwierigkeiten hat der Partner, mit der neuen Situation umzugehen (Lim, 2019).

Dabei scheint eine Akzeptanz der Erkrankung erfolgsversprechender zu sein als vermeidungsorientierende Coping-Mechanismen (Stanton et al., 2002).

Empirische Daten zeigen, dass Partner der betroffenen Frauen den Verlust der Partnerin durch die Folgen der Erkrankung fürchten. Dies führt als Konsequenz zu Depressionen, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit und somit zu weiteren Sorgen. Daraus entsteht oft ein Teufelskreis, aus dem die betroffenen Männer nur sehr schwer herauskommen (Cairo Notari, Favez, Notari, Charvoz, & Delaloye, 2017; Lopez et al., 2019). Eine weitere Sorge, mit der sich die Partner auseinandersetzen, ist die Angst vor einem Rezidiv der Erkrankung (Soriano, Perndorfer, Siegel, & Laurenceau, 2019).

Ein weiterer Aspekt, der in der Literatur beschrieben wird, betrifft die Rolle der Partner als Vater. Hierbei handelt es sich häufig um die Angst vor der Zukunft ihrer Kinder sowie vor der Verantwortung, die ihnen als potenziell alleinerziehende Väter bevorsteht (Cairo Notari et al., 2017).

Ebenfalls ist der finanzielle Aspekt ein wichtiges Thema in der Literatur. Aufgrund des potenziellen Arbeitsausfalls der Frau muss der Partner als alleiniger Versorger die finanziellen Belange der Familie sicherstellen. Dies stellt oftmals eine große Last und Verantwortung dar, der viele Männer nicht gerecht werden können (Christophe et al., 2016). In der Regel handelt es sich bei den Hauptsorgen, die auf lange Frist zu depressiven Verhaltensmustern führen können, nicht um die eigenen Bedürfnisse. Die Partner sorgen sich primär um das Wohlergehen der betroffenen Frau und um deren Umgang mit der Erkrankung (Badger, Segrin, Dorros, Meek, & Lopez, 2007).

In den Forschungsarbeiten zum Thema Coping wurde bislang der Zusammenhang zwischen den Konfliktbewältigungsstrategien und den soziodemographischen Daten der Partner kaum untersucht. Dieser Aspekt weist noch einige Lücken auf. Das hohe Ausmaß an Depressionen, Ängstlichkeit und Disstress, der

bei den Frauen auftritt und in den letzten Jahren untersucht wurde, sollte ebenfalls bei den Partnern tiefergehend erforscht werden (Hoellen et al., 2019).

Besonders der Aspekt des Copings mit den psychischen Folgen der Erkrankung aus der Sicht der Männer ist nach aktueller Studienlage noch nicht ausreichend erforscht (Jahani Sayad Noveiri, Shamsaei, Khodaveisi, Vanaki, & Tapak, 2020). Um Coping-Mechanismen diesbezüglich anbieten und optimieren zu können, muss zuerst untersucht werden, inwieweit Depression und Ängstlichkeit im Zusammenhang mit der Erkrankung Einfluss auf die Psyche der Männer haben. Besonders der Aspekt des Copings mit den psychischen Folgen der Erkrankung aus der Sicht der Männer ist nach aktueller Studienlage noch nicht ausreichend erforscht (Jahani Sayad Noveiri et al., 2020).

Um Coping-Mechanismen auch in Bezug auf das Thema Sexualität nach der Krebserkrankung entwickeln zu können, sollte man außerdem näher auf die Wahrnehmung des Körperbildes der Frau aus der Sicht der Partner eingegangen werden.

2.4 Krankheitsbewältigungsforschung – Coping

„Coping“, übersetzt als *bewältigen*, *beherrschen*, *meistern*, *besiegen*, ist immer wieder ein zentraler Begriff im Forschungsbereich der Psychoonkologie (Monteiro, Santos, Kimura, Baptista, & Dourado, 2018).

Ermann (2007) definiert diesen Begriff als „das bewusste bzw. bewusstseinsnahe Bemühen, die durch Krankheit aufgetretenen oder zu erwartenden Belastungen emotional, kognitiv oder durch Handeln zu bewältigen“.

Coping ist demnach eine Handlung, die darauf abzielt, ein Problem zu lösen (Mayer, 2010). Dabei bezieht Mayer diese Reaktion sowohl auf die Patientin als auch auf die Angehörigen. Meist werden die zwei Formen unterschieden, das problembezogene und das emotionsbezogene Coping. Beim problembezogenen Coping wird der Versuch unternommen, eine Änderung der belastenden Situation oder der Problemursachen herbeizuführen. Bei emotionsbezogenem Coping ist

das Ziel, bestimmte Emotionen (Angst, Ärger etc.) zu bewältigen. Die kann zum Beispiel durch Entspannung, Bewegung und Ablenkung erfolgen (Mayer, 2010).

„To cope with“ bedeutet so viel wie bewältigen oder auf eine Herausforderung angemessen reagieren. Damit ist primär die Kompetenz der Problemlösungsfähigkeit gemeint (Monteiro et al., 2018).

Unter dem Begriff „Persönliche Bewältigungsstrategie“ wird der Versuch verstanden, bestimmte Umstände im Leben selbst zu kontrollieren sowie mit einer Situation auf eigene Art und Weise umzugehen. Mit kollektiver Bewältigungsstrategie ist die soziale Unterstützung gemeint, die je nach persönlicher Situation der Patientin durch Familie, Freunde, Ärzte oder Psychologen erfolgen kann (Dehghani, Keshavarzi, Jahromi, Shahsavari Isfahani, & Keshavarzi, 2018).

2.4.1 Dyadic Coping

Der Begriff „Dyadic Coping“ steht für die Problembewältigung in einer Zweierbeziehung, die nach Hilpert und Kollegen (Hilpert et al., 2018) sowohl negativ – im Sinne einer aggressiven Reaktion – als auch positiv – im Hinblick auf Problemorientierung – betrachtet werden kann. Daraus entwickelte Lazarus das System-Transaktionale-Modell. Dieses basiert auf einer Theorie von Stress und Bewältigung von Lazarus und Folkman (Lazarus, 1985). Die Theorie beruht darauf, dass eine stressbezogene Wechselwirkung in der Partnerschaft besteht. Das bedeutet, dass der gemeinsame Stress die Möglichkeit einer dyadischen Bewältigung zur gemeinsamen Problemlösung bietet (Hilpert et al., 2018).

Das „Dyadische Coping“ beinhaltet die adäquate Einschätzung von Stress und Coping-Ressourcen. Des Weiteren sind folgende Aspekte und Prozesse beim dyadischen Coping relevant:

- emotionale Aspekte (geteilte Emotionen und Ko-Regulation von Emotionen),
- physiologische Aspekte (Einfluss des dyadischen Copings auf endokrine Prozesse) und
- verhaltensbezogene Aspekte (z. B. offene Stressbewältigungsaktivitäten, aktives Zuhören bei der stressbedingten Selbstanzeige des Partners, verbale

und nonverbale unterstützende Verhaltensweisen wie gegenseitiges Halten, Umarmen, Massage, aktive gemeinsame Problemlösung) (Bodenmann, Falconier, & Randall, 2019).

Anfangs konzentrierte sich die dyadische Bewältigungsforschung vor allem auf die Auswirkungen alltäglicher Probleme in der Partnerschaft (z. B. Kommunikation des Paares, Sexualität, Bindung). In den letzten Jahren liegt der Fokus zunehmend auf Paaren, die sich mit schweren Erkrankungen oder herausfordernden Lebensabschnitten auseinandersetzen müssen (Bodenmann et al., 2019).

2.5 Kenntnisstand der psychoonkologischen Coping-Forschung

Die Literatur zeigt, dass trotz der ausgeprägten psychosozialen Auswirkungen, die eine Krebserkrankung mit sich bringt, die Betroffenen und deren Angehörige oftmals versuchen, diese als Herausforderung zu sehen und zu bewältigen (Deshields, Heiland, Kracen, & Dua, 2016; Seib et al., 2018). Einige wichtige Aspekte dabei sind, wie Menschen mit den Anforderungen umgehen, welche Faktoren protektiv wirken und welche Faktoren positive Auswirkungen haben können (Tu, Yeh, & Hsieh, 2019). Besonders in den letzten Jahren konnte ein Zusammenhang zwischen Coping und Krebsprogression dargestellt werden. Es hat sich gezeigt, dass positives Coping im Sinne einer offenen Haltung gegenüber der Erkrankung günstig mit dem Krankheitsverlauf korreliert (Lai, Hung, Chen, Shih, & Huang, 2019). Ein essenzieller Bestandteil der Coping-Forschung ist das Coping-Modell des amerikanischen Psychologen Richard Lazarus.

In den letzten Jahrzehnten wurden die ursprünglichen Coping-Modelle um kulturelle Aspekte erweitert, wodurch das entwicklungs-kontextuelle Coping-Modell und das relational-kulturelle Coping-Modell entstanden sind (Berg & Upchurch, 2007).

Das relational-kulturelle Coping-Modell wurde von Kayser und Revenson entwickelt. Dabei spielen primär sowohl die gemeinsame emotionsorientierte als auch die problemorientierte Reaktion der Paare auf die Krebserkrankung eine große

Rolle. Drei wesentliche Beziehungsfaktoren wurden identifiziert, die zur gegenseitigen Reaktionsfähigkeit beitragen: Beziehungsbewusstsein, Authentizität und Gegenseitigkeit (Falconier & Kuhn, 2019). Beziehungsbewusstsein bedeutet, über die Konsequenzen der Erkrankung auf die Beziehung nachzudenken und Authentizität meint, die Gefühle gegenüber dem Partner zu zeigen, während sich Gegenseitigkeit auf „Empathie“ als eine Art der Beziehung bezieht (Kayser et al., 2018).

Das entwicklungscontextuelle Coping-Modell wurde von Berg und Upchurch im Jahre 2007 entwickelt. Auch bei diesem Modell geht es um die Bewältigungsstrategien der Paare. Der Fokus liegt jedoch nicht primär auf der Kommunikation der Paare, sondern auf der Reaktion des Partners. Diese kann unter anderem unbeteiligt, unterstützend, kollaborativ oder kontrollierend sein. Unbeteiligtes Coping bezieht sich auf die Wahrnehmung der Patientin, dass der Partner keine Unterstützung bietet, um bei der Stressbewältigung zu helfen. Unterstützendes Coping bedeutet hingegen, dass der Partner diese Unterstützung entweder emotional und/oder instrumentell leistet. Das kollaborative Coping meint, dass die Stresssituation gemeinsam bewältigt wird. Kontrollierende Bewältigung bedeutet, dass eine Person in der Partnerschaft die dominierende Rolle in Stresssituationen übernimmt (Berg & Upchurch, 2007).

3 Fragestellung, Zielsetzung, Hypothesen

3.1 Fragestellung

Die vorliegende Studie untersucht die psychosozialen Auswirkungen der Brustkrebserkrankung auf die Partner der betroffenen Frauen. Dabei geht es primär um Fragen, die sich auf die psychosozialen Aspekte besonders hinsichtlich Coping, Lebensqualität sowie des Selbstbildes der Frau aus der Sicht des Mannes beziehen. Primäre Fragestellung der Studie ist daher herauszufinden, ob es Zusammenhänge zwischen der Erkrankung mit Brustkrebs bei der Frau und der Wahrscheinlichkeit bzw. des Risikos in Bezug auf Depression und Ängstlichkeit des Partners gibt und ob die Art der Erkrankung einen Einfluss auf die Lebensqualität der Partner hat. Ebenso ob es einen Zusammenhang zwischen beeinträchtigter Lebensqualität im Vergleich zu nicht beeinträchtigter Lebensqualität und Konfliktbewältigungsmechanismen gibt. Sekundär geht es um die Frage, ob die Therapiephase einen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Partner hat sowie ob es einen Zusammenhang zwischen den Coping-Mechanismen bezogen auf die soziodemographischen Daten gibt. Tertiär soll das Körperbild der Frau vor und nach der Diagnose aus der Sicht des Mannes evaluiert werden.

3.2 Zielsetzung

Durch die Teilnahme der Partner an der Studie, soll mehr Wissen hinsichtlich der mit der Erkrankung zusammenhängenden Belastungen, Sorgen und psychischen Einflüsse auf die Partner erworben werden. Auf diese Weise kann genauer auf die individuellen Aspekte der Männer eingegangen und somit lösungsorientierte Interventionsangebote gemacht werden.

3.3 Hypothesen

3.3.1 Primäre Fragestellung

3.3.1.1 Depression und Ängstlichkeit

H0: Es gibt keine Beeinträchtigung der befragten Partner in Bezug auf Depression und Ängstlichkeit.

H1: Es gibt eine Beeinträchtigung der befragten Partner in Bezug auf Depression und Ängstlichkeit.

3.3.1.2 Lebensqualität und Konfliktbewältigung

H0: Es gibt keinen Unterschied in der Konfliktbewältigung der Partner bei beeinträchtigter und nicht beeinträchtigter Lebensqualität.

H1: Es gibt einen Unterschied in der Konfliktbewältigung der Partner bei beeinträchtigter und nicht beeinträchtigter Lebensqualität.

3.3.1.3 Art der Erkrankung und Lebensqualität

H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen der Art der Erkrankung (Ersterkrankung, Wiederauftreten) und der Lebensqualität der Partner.

H1: Es gibt einen Unterschied zwischen der Art der Erkrankung (Ersterkrankung, Wiederauftreten) und der Lebensqualität der Partner.

3.3.2 Sekundäre Fragestellung:

3.3.2.1 Therapiephase und psychische Gesundheit

H0: Die aktuelle Therapiephase (brusterhaltende Operation, vollständige Abnahme etc.) hat keinen Einfluss auf die psychische Gesundheit.

H1: Die aktuelle Therapiephase (brusterhaltende Operation, vollständige Abnahme etc.) hat einen Einfluss auf die psychische Gesundheit.

3.3.2.2 Konfliktbewältigungsstrategie und soziodemographische Daten

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den Coping-Mechanismen und den soziodemographischen Daten.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den Coping-Mechanismen und den soziodemographischen Daten.

3.3.3 Tertiäre Fragestellung:

3.3.3.1 Körperbild und Brustkrebs

H0: Es gibt keinen Unterschied bezüglich des Körperbildes der Frauen aus der Sicht der Partner vor und nach der Diagnose Brustkrebs.

H1: Es gibt einen Unterschied bezüglich des Körperbildes der Frauen aus der Sicht der Partner vor und nach der Diagnose Brustkrebs.

3.3.3.2 Zufriedenheit und körperliche/psychische Gesundheit

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der körperlichen/psychischen Gesundheit und der Lebensqualität.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der körperlichen/psychischen Gesundheit und der Lebensqualität.

4 Methodik

4.1 Studiendesign

Zur Untersuchung der psychosozialen Auswirkungen der Brustkrebsdiagnose auf die Partner der betroffenen Frauen wurde eine Befragung mittels Fragebogen durchgeführt. Der Fragebogen konnte auf Papier oder online über die Webseite Unipark ausgefüllt werden. Die Studie stellte eine Querschnittsuntersuchung dar und wurde im Zeitraum von Juni 2015 bis Februar 2016 durchgeführt.

4.2 Rekrutierung der Stichprobe

Es wurden verschiedene Medien verwendet, um ein möglichst großes Interesse an der Befragung zu wecken. Zur Rekrutierung wurden Selbsthilfegruppen auf offiziellen Internetseiten (z. B. „frauenselbsthilfe.de“) sowie Selbsthilfegruppen auf Facebook („Brustkrebs für angehörige Männer“ oder „Brustkrebs Angehörige“) angesprochen. Des Weiteren wurden über verschiedene Brustkrebs-Netzwerke per E-Mail (z. B. „Brustkrebs e. V.“ oder „Brustkrebshilfe Deutschland“) sowie über die Webseite „onmeda.de“ (ein Portal für Medizin und Gesundheit) die Frauen (zur Weitergabe des Fragebogens) oder Partner der Frauen direkt rekrutiert. Ebenfalls erfolgte eine persönliche Ansprache der begleitenden Partner auf der gynäkologischen Station in der Universitätsfrauenklinik Tübingen.

4.3 Studienpopulation

An der Studie nahmen 65 Personen bzw. Partner von Brustkrebs betroffener Frauen teil. Die Stichprobe setzte sich ausschließlich aus männlichen Personen zusammen. Aus der ursprünglichen Stichprobe wurden keine Fälle ausgeschlossen.

Voraussetzungen für die Studienteilnahme waren:

- Die Volljährigkeit der Befragten,
- gute Kenntnisse der deutschen Sprache in Wort und Schrift sowie
- ein gesichertes Mammakarzinom bei der Partnerin.

Ausschlusskriterien waren:

- kognitive Beeinträchtigungen, die das Ausfüllen der Fragebögen nicht möglich machten.

Das durchschnittliche Alter der befragten Personen betrug $M = 49,92$ ($SD = 12,19$), wobei der Altersrange von 28 bis 89 Jahren ging. 17 von 65 Personen (26 %) haben kein Alter angegeben. Weitere demographische Charakteristiken sind in Tabelle 1 dargestellt. Bezüglich der Herkunft kamen die meisten Personen aus Deutschland. 24 Prozent der Befragten haben keine Angabe bezüglich ihrer Herkunft gemacht. Etwa 60 Prozent der Befragten waren verheiratet. Die Mehrheit (73 %) lebten in einem städtischen Umfeld. 43% der Befragten hatte einen Realschul-/Mittelschulabschluss oder Hauptschulabschluss, wobei bei den Angaben zum Bildungsstand 23% der Befragten keine Angaben gemacht haben.

Tabelle 1: Häufigkeiten der demographischen Charakteristiken der Probanden

Variable	N	%
Geschlecht		
männlich	65	100,0
Herkunft		
Deutschland	44	68,0
Keine Angabe	16	24,0
Wohnumfeld		
Ländlich	17	26,2
Städtisch	48	73,9
Familienstand		
Verheiratet	37	56,9
Mit Partnerin	11	16,9
Sonstiges	1	1,5
Bildungsstand		
Realschul- / Mittelschulabschluss	14	21,5
Hauptschulabschluss	14	21,5
Lehre	19	29,9
Abitur	3	4,7
Fachabitur	6	9,2
Doktorat	2	3,1
Anderer Schulabschluss	3	4,6
Keine Angabe	15	23,1

4.4 Fragebogenkonstruktion

Für die Studie wurde ein Fragebogen erstellt, der sowohl aus bereits getesteten psychometrischen Skalen aus der Literatur als auch aus im Rahmen dieser Studie entwickelten Skalen und geschlossenen Fragen zu ausgewählten Themen bestand.

Am Anfang des Fragebogens wurde über die Studie aufgeklärt. Dabei wurden die Befragten über den Zweck (Hintergrund) der Studie informiert und über die Tatsache aufgeklärt, dass diese (unter Berücksichtigung des Datenschutzes) streng anonymisiert verlaufen würde.

Im Folgenden werden die einzelnen Themenbereiche des Fragebogens im Detail beschrieben und die Gütekriterien der psychometrischen Skalen berichtet. Der Gesamtfragebogen ist im Anhang A zu finden.

4.4.1 Demographische Daten

Im ersten Teil des Fragebogens wurden die folgenden demographischen Charakteristiken der Probanden erhoben: Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungsstand, Wohnumfeld, Herkunft.

4.4.2 Lebensqualität

Der zweite Abschnitt des Fragebogens nahm Bezug auf die Lebensqualität. Dieser Teil der Befragung beinhaltete Fragen aus der Basisdokumentation in der Psychotherapie, das sogenannte „BaDo Kernmodul“ (Winter, Wiegard, Welke, & Lehmkuhl, 2005). Die Psych-BaDo ist ein therapieschulen-übergreifendes Kernmodul, das für die ambulanten und stationären psychotherapeutischen Fachgebiete eingesetzt werden kann. Hierzu wurden 17 Items aus dem Kernmodul ausgewählt.

4.4.3 Fragen zum Krebsstadium der betroffenen Partnerin

Der dritte Abschnitt des Fragebogens bestand aus Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand der an Brustkrebs erkrankten Partnerin. Dabei stand im

Vordergrund, einen Überblick über die aktuellen sowie vergangenen Behandlungen und Therapiephasen zu gewinnen (Art der Erkrankung, Tumorstadium etc.).

4.4.4 Skala zur Messung von Depression und Angststörung

Im darauffolgenden Abschnitt des Fragebogens wurden Symptome von Depression und Angststörung anhand der Skala PHQ4 (Patient-Health-Questionnaire Modul 4) gemessen. Der PHQ4 ist ein sehr kurzer Fragebogen, der anhand von je zwei Fragen zwei Hauptsymptome einer „Major Depression“ und zwei Hauptsymptome einer generalisierten Angststörung innerhalb der letzten zwei Wochen erfasst (Kroenke, Spitzer, Williams, & Lowe, 2009).

Die Items stammen aus den zwei ersten Teilen der Fragebögen GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder) und PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2). Die Items beschreiben Anzeichen der zwei ausgewählten psychischen Störungen und werden auf einer vierstufigen Skala gemessen: 0 = „überhaupt nicht“, 1 = „an einzelnen Tagen“, 2 = „an mehr als der Hälfte der Tage“ und 3 = „beinahe jeden Tag“. Um den Fragebogen korrekt auszuwerten, werden die Antworten der vier Items summiert. Bei einer Gesamtsumme von 0–2 Punkten wird der Befragte als gesund eingeschätzt. Ab einem Summenwert von 3 oder höher werden unterschiedliche Cut-Off-Werte unterschieden: mild (bei einer Summe 3–5), moderat bzw. „yellow flag“ (bei einer Summe 6–8) und „severe“/ „stark“ bzw. „red flag“ (bei einer Summe 9–12). Ein Cut-Off-Wert von > 6 wird als Indikator für die Präsenz von Depression oder Ängstlichkeit angesehen (Kroenke et al., 2009). Kroenke und Kollegen (Kroenke et al. 2009) haben den PHQ4 bei einem Stichprobenumfang von 2.149 Patienten getestet (Kerper et al., 2012). Betrachtet man die Skalen GAD-2 und PHQ-2 getrennt, dann empfehlen Kroenke et al. (2009) ein Cut-Off-Wert von ≥ 3 auf die einzelnen Skalen, um Depression oder eine Angststörung bei der betreffenden Person festzustellen.

Skala zur Messung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeit

Als weiterer Fragebogen fand der FERUS (Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten) Anwendung. Insgesamt umfasst der

Test 66 Items, die auf einer fünfstufigen Antwortskala (1 = stimmt nicht, 2 = stimmt wenig, 3 = stimmt mittelmäßig, 4 = stimmt ziemlich, 5 = stimmt sehr) zu beantworten sind (Jack, 2007). Das Ziel dieses Fragebogens ist es herauszufinden, welche gesundheitsrelevanten Fähigkeiten (Fähigkeiten, welche die Psyche stärken) die befragte Person hat. Dies bietet zudem auch die Möglichkeit, noch unterentwickelte Ressourcen zu fördern.

Der komplette FERUS-Fragebogen beinhaltet folgende sieben Skalen:

1. Veränderungsmotivation (VM),
2. Coping (C),
3. Selbstbeobachtung (SB),
4. Selbstwirksamkeit (SW),
5. Selbstverbalisation (SV),
6. Hoffnung (H),
7. Soziale Unterstützung (U).

Für die Studie wurden die zwei von der Thematik her passenden Skalen „Coping“ und „Hoffnung“ verwendet. Bei der Skala „Coping“ ging es primär um folgende zwei Aspekte: auf der einen Seite die aktiven Bewältigungsstrategien der befragten Person zu erfassen und auf der anderen Seite deren Fähigkeit mit Situationen umzugehen, die sich nicht ändern lassen. Die Fragen zur Skala „Hoffnung“ befassten sich mit der Einstellung der Person in Bezug auf die Zukunft. Angelehnt an die bekannte Theorie der kognitiven Triade in Bezug auf die Erkrankung Depression wurden diese beiden Fragen zum Thema Hoffnung im Umkehrschluss als positiv erfasst. Dies bedeutet, dass die Skala Hoffnung, die Tendenz sich selbst, die Umwelt, aktuelle Lebenserfahrungen und die persönliche Zukunft als positiv erfasst (Jack, 2007).

Aus dem FERUS-Fragebogen zum Thema Coping wurde mit den folgenden Variablen aus dem Bewältigungsfragebogen eine Summenskala gebildet: Konflikte_2, Kompromisse_3, Adaption_5, Zielsetzung_6, Anpassung_7, Ratschläge_9, Ruhebewahrung_11, Problembewältigung_12, Gelassenheit_13, Kreativität_14, Entspannung_16, Planschmiedung_17. Es zeigte sich ein

Mittelwert von $M = 41,37$ ($SD = 8,24$). Die Reliabilitätsanalyse dieser Skala ergab ein Cronbach's $\alpha = 0,868$ ($N = 45$), was als gut angesehen werden kann.

Aus dem FERUS-Fragebogen zum Thema Hoffnung wurde mit den folgenden Variablen eine Summenskala gebildet: Zukunftsplanung_1, Optimismus_4, Hoffnung_8, Positivität_10, Chancen_15, Vorbereitung_18, Zukunftsaussichten_19, Lebensfreude_20, Wünsche_21, Bewältigung_22. Der Mittelwert lag bei $M = 36,85$ ($SD = 7,17$).

Die Reliabilitätsanalyse dieser Skala ergab ein Cronbach's $\alpha = 0,906$ ($N = 50$). Dies kann als exzellent angesehen werden.

4.4.5 Skalen zur Messung der Wahrnehmung des Selbstbildes, zu Wünschen in Bezug auf die Partnerschaft und zu potenziellen Veränderungen durch die Diagnose

In einem weiteren Teil des Fragebogens wurden Skalen zur Messung des Selbstbildes und der Wünsche in Bezug auf die Partnerschaft eingesetzt. Die Skalen wurden vom Team der psychosomatischen Abteilung des Universitätsklinikums Tübingen erstellt.

Ziel des Einsatzes dieses Instruments im Rahmen der vorliegenden Studie war es zu erheben, welche Wünsche und Bedürfnisse Männer in ihrer Partnerschaft generell haben und ob bzw. inwieweit sich diese nach der Krebsdiagnose der Partnerin verändert haben.

Insgesamt bestand dieser Teil des Fragebogens aus 4 Skalen und insgesamt 30 Items. Die Items stellten einzelnen Aussagen dar. Die Antwortskala war dreistufig: „1 = trifft häufig zu“, „2 = manchmal“, „3 = selten“. Jedes Item sollte zweifach beantwortet werden, und zwar inwieweit trifft die Aussage zu auf 1) die Zeit vor der Diagnose und 2) die Zeit nach der Diagnose. Durch den Vorher-Nachher-Fragentyp soll eine gute Vergleichbarkeit und Veränderungen entstehen können damit dargestellt werden. Zu jedem Item wurde auch eine zusätzliche Antwortoption „nicht zutreffend“ angeboten.

Die einzelnen Skalen messen insgesamt vier unterschiedliche Aspekte des Selbstbildes und der Wünsche bzw. Bedürfnisse in Bezug auf die Partnerschaft. Die erste Skala misst die Selbstwahrnehmung der „Männlichkeit“ der Befragten. Dabei wurden unter anderem stereotype Aussagen wie „Als Mann muss ich stark sein“ und „Der Mann sollte der Brotverdiener sein“ inkludiert. Die zweite Skala erfasst Aspekte der Kommunikation in der Partnerschaft. Ein Beispielitem hierzu ist „Wir reden offen über unsere Sorgen und Ängste“. Die dritte Skala erhebt Sexualität und Erscheinungsbild. Ein typisches Item hier war „Ich fühle mich zu meiner Partnerin körperlich hingezogen“. Die vierte Skala misst subjektiv wahrgenommene Fehler in der Beziehung und potenzielle Verlustängste. Ein Beispielitem hierzu ist „Ich habe Schwierigkeiten, mit der eigenen Betroffenheit umzugehen“.

4.4.6 Skala zur Messung der partnerschaftsbezogenen Bindung

Im nächsten Abschnitt der Befragung wurde die partnerschaftsbezogene Bindung anhand der Skala ECR-R untersucht. Der „Experiences in Close Relationships – Revised“-Fragebogen (ECR-R) dient zur international vergleichbaren Erfassung von partnerschaftsbezogener Bindung. Im ECR-R werden Bindungsstrategien in zwei grundlegenden Dimensionen zusammengefasst – einerseits hinsichtlich des Aspekts der bindungsbezogenen Angst (z. B. vor dem Verlassenwerden: „Ich habe Angst, die Liebe meines Partners, meiner Partnerin zu verlieren“) und andererseits auf den Aspekt der bindungsbezogenen Vermeidung (z. B. von engen Beziehungen: „Ich ziehe es vor, meinem Partner/meiner Partnerin nicht zu zeigen, wie ich in meinem Innersten fühle“) (Flemming et al., 2021).

Die deutsche Version des ECR-R, der ECR-RD (Experiences in Close Relationships-Revised Deutschland), untersucht die partnerschaftsbezogene Bindung (Ehrenthal, Dinger, Lamla, Funken, & Schauenburg, 2009).

Der Fragebogen besteht aus den Dimensionen Bindungsbezogene Angst (BANG) und Bindungsbezogene Vermeidung (BEVER).

Als Antwortmöglichkeiten stand eine Skala von 1 (stimme gar nicht zu) bis 7 (stimme völlig zu) zur Verfügung. Für die Studie wurden die 12 Item-Kurzversionen verwendet (ECR-RD 12). Die Auswahl der 12 Items erfolgte durch Ehrenthal

und Brenk-Franz im Jahr 2011. Dabei wurden 6 Items aus der Subskala der „Bindungsbezogenen Angst“ und 6 Items aus der Subskala der „Bindungsbezogenen Vermeidung“ verwendet (Brenk-Franz, 2015; Ehrental et al., 2009). Die guten psychometrischen Eigenschaften konnten im Jahr 2011 bestätigt werden (Cronbach's $\alpha = 0,91/0,92$), ebenso gab es Hinweise auf Konstruktvalidität.

4.4.7 Skala zur Messung der Bedürfnisse der Angehörige

Im letzten Abschnitt der Befragung wurden Skalen aus der deutschen Version des multimodalen Fragebogens „Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers“ (SCNS P&C-G) verwendet. Dieser ist ein Instrument zur Beurteilung der Bedürfnisse von Angehörigen. Der SCNS ist das Produkt der Forschung durch das Zentrum für Gesundheitsforschung und Psychologie (CHeRP) (Lambert et al., 2016).

Der Fragebogen erforscht die Bedürfnisse der betreuenden Angehörigen in Bezug auf den letzten Monat.

Der Fragebogen besteht aus 42 Items, die auf einer 5-stufigen Antwortskala zu beantworten sind. Die ersten zwei Antwortmöglichkeiten bestehen aus „habe hier kein Problem“ oder „werde bereits unterstützt“. Die letzten drei Möglichkeiten bestehen aus einem unerfüllten Wunsch nach Unterstützung, wobei hier wieder zwischen gering, mittel und hoch differenziert wird.

4.5 Datenaufbereitung

Aufgrund fehlender Werte wurde zudem bei allen Variablen, bei denen mind. 15 % der Werte fehlten, eine EM-Imputation durchgeführt. Beim sogenannten Expectation-Maximization-Algorithmus wird versucht, zunächst die fehlenden Werte durch Schätzungen zu ersetzen, um damit eine Parameterschätzung durchführen zu können, auf deren Basis wiederum die fehlenden Werte neu geschätzt werden. Die fehlende Werte und Parameter werden so lange neu geschätzt, bis es zur Konvergenz kommt.

Die EM-Imputation wurde für die Variablen PHQ4, Ferus Coping, Ferus Hoffnung, standardisierter Beziehungsfragebogen ECR-RD 12 sowie für folgende Items zur Selbsteinschätzung (jeweils vor und nach der Diagnose) vorgenommen:

17. Intensive Beziehung
18. Gesundheit der Partnerin
19. Bezugsperson
20. Sexualbedürfnis,
21. Körperliche Anziehung
22. Erscheinungsbild der Partnerin
23. Intimität
24. Aussehen der Partnerin
28. Zärtlichkeit
29. Körperliche Mängel
30. Ekel gegenüber der Partnerin

Die EM-Imputation-Algorithmus ist in IBM (2017) detailliert beschrieben. Die Methode besteht aus zwei Schritte. Im ersten Schritt, dem E-Schritt, werden die bedingten Werte der fehlenden Angaben ermittelt. Dies beruht auf der Parameterschätzung anhand der angegebenen Werte. Im zweiten Schritt, dem M-Schritt, werden die Parameter anhand der Maximum-Likelihood-Methode so berechnet, als wären keine fehlenden Werte im Datensatz vorhanden gewesen. **Anhang B** gibt einen Überblick über die imputierten Werte pro Item. Insgesamt wurden pro Item zwischen 12 (18,46%) und 29 (44,62%) der Werte imputiert. Der Durchschnitt der imputierten Werte liegt bei $M = 17,73$ ($SD = 3,69$).

Für kategoriale Variablen ist keine EM-Imputation in SPSS möglich. Die Fragen zur Selbsteinschätzung waren kategorial, weshalb sie für die Durchführung der EM-Imputation als metrisch behandelt wurden. Die Konsequenz der metrischen Annahme war, dass die Schätzung der Werte nicht mit 1, 2 und 3, sondern bspw. mit 1,78 erfolgte. Als Gegenmaßnahme wurde die Umkodierung der imputierten Variablen wie folgt durchgeführt:

- a) Werte kleiner als 0,5 → fehlend,
- b) Werte größer als 0,5 aber kleiner als 1,5 → 1,
- c) Werte größer als 1,5 aber kleiner als 2,5 → 2,
- d) Werte größer als 2,5 aber kleiner als 3,5 → 3,
- e) Werte größer als 3,5 → 4 (Wert 4 entspricht der Angabe „nicht zutreffend“, daher letztlich auch eine fehlende Angabe).

4.6 Statistische Auswertung

Für die Auswertung der Datensätze wurde das statistische Programm IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Version 25 verwendet. Dabei wurde das Signifikanzniveau auf $p < 0,05$ festgelegt. Für die Überprüfung der Hypothesen kamen folgende statistische Verfahren zur Anwendung: Der Einstichprobent-Test wurde verwendet, um den Mittelwert der vorliegenden Stichprobe mit einem bekannten Erwartungswert zu vergleichen. Als Erwartungswert wurde dabei der Mittelwert der Normalbevölkerung sowie der erste und der zweite Cutt-Off-Wert verwendet

Die geltende Voraussetzung der Normalverteilung der Daten bzw. eine Gruppengröße mit $N > 30$ wurde vor der Anwendung überprüft.

Um Mittelwertunterschiede zwischen zwei Gruppen zu berechnen, wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet. Dabei handelt es sich um das non-parametrische Äquivalent des t-Tests für unabhängige Stichproben. Da die geltenden Voraussetzungen wie Intervallskalenniveau, Normalverteilung der Daten bzw. eine Gruppengröße mit $N > 30$ und Homogenität der Varianzen, welche für die Berechnung eines t-Tests für unabhängige Stichproben notwendig gewesen wären, nicht gegeben waren, wurde der U-Test berechnet.

Der **Vorzeichentest** wurde verwendet, um Variablen mit ordinalem bzw. kategorialem Niveau (mit jeweils drei Kategorien) zu untersuchen. Nachdem sowohl der Mann-Whitney-U-Test als auch der t-Test ein metrisches Skalenniveau voraussetzen, sind diese für die Untersuchung ordinaler Variablen nicht geeignet, weshalb der Vorzeichentest zu bevorzugen ist.

5 Ergebnisse

5.1 Deskriptive Statistik

Der im Rahmen dieser Studie verwendete Fragebogen wurde von insgesamt 65 Personen bearbeitet. Nach Bereinigung der erhobenen Daten war kein Fragebogen ungültig.

Der seelische Gesundheitszustand wurde mit PHQ4 erhoben. Es ergab sich ein Mittelwert von $M = 7,26$ ($SD = 2,314$). Betrachtet man die einzelnen Subskalen von PHQ4, dann liegt der Mittelwert für GAD-2 bei $M = 3,51$ ($SD = 1,31$) und von PHQ-2 bei $M = 3,82$ ($SD = 1,38$). Des Weiteren wurden die Ressourcen und die Selbstmanagementfähigkeiten mittels FERUS-Fragebogen erfasst. Für die Dimension Coping zeigt sich ein $M = 41,38$ ($SD = 8,24$), während sich für die Dimension Hoffnung ein $M = 36,85$ ($SD = 7,17$) zeigt. Eine detaillierte Auflistung der einzelnen Werte findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: Deskriptive Statistik der Skalen PHQ4, FERUS Coping, FERUS Hoffnung, Stand. Beziehungsfragebogen

Aspekt	Median	Mittelwert	SD	Minimum	Maximum
PHQ4	7,00	7,26	2,31	4	15
PHQ4: GAD-2	4,00	3,51	1,31	2	7
PHQ4: PHQ-2	4,00	3,82	1,38	2	8
Ferus Coping	41,37	41,38	8,24	20	60
Ferus Hoffnung	36,85	36,85	7,17	21,96	50
Stand. Beziehungsfragebogen	2,73	2,73	1,20	1	6,90

Die Verteilung der demographischen Charakteristiken der Probanden ist im Anhang B zu finden.

5.2 Ergebnisse zu den Hypothesen

5.2.1 Primäre Fragestellung

Depression und Ängstlichkeit

H0: Es gibt keine Beeinträchtigung der befragten Partner in Bezug auf Depression und Ängstlichkeit.

H1: Es gibt eine Beeinträchtigung der befragten Partner in Bezug auf Depression und Ängstlichkeit.

Zur Überprüfung der Hypothese, dass der Partner an Depression und Angststörung leidet, wurden drei Einstichproben-t-Tests berechnet. Die Zielvariable bildete die Skala PHQ4. Der erste t-Test prüfte den Mittelwert der vorliegenden Stichprobe gegen den Mittelwert der Normalbevölkerung. Dieser liegt bei 1,76 (Lowe et al., 2010).

Der zweite und dritte t-Test prüften den Mittelwert gegen die Werte 6 (erster Cutt-Off-Wert) und 9 (zweiter Cutt-Off-Wert) (Lowe et al., 2010).

Wie der **Tabelle 3** zu entnehmen ist, ergab die Berechnung der Einstichproben-t-Tests einen signifikanten Unterschied zwischen den vorliegenden Mittelwerten und den in der vorliegenden Studie berechneten Werten in Bezug auf Depression und Ängstlichkeit (PHQ4).

Der erste Mittelwert für PHQ4 lag signifikant über dem Wert von 1,76, welcher den Mittelwert in der Normalbevölkerung repräsentiert, $t(64) = 19,17$, $p < 0,001$. Dies weist darauf hin, dass die befragten Partner der betroffenen Frauen signifikant häufiger an Depression und Angststörung leiden im Vergleich zur Normalbevölkerung bzw. im Durchschnitt zumindest mild ausgeprägtere Depressionen und Angststörungen aufweisen.

Dieses Ergebnis wird durch den zweiten Test bestätigt: Der berechnete Mittelwert von 7,26 in der Stichprobe ist statistisch signifikant höher als der Wert 6, der als die untere Grenze von moderat ausgeprägten Depressionen und Angststörungen gilt, $t(64) = 4,403$, $p < 0,001$.

Der dritte Test überprüft nun, ob sich der berechnete Mittelwert der Stichprobe von der unteren Grenze (Testwert 9) unterscheidet, was ein Anzeichen für stark ausgeprägte Depression und Angststörung wäre. Der dritte Mittelwert für PHQ4 befand sich signifikant unter dem Cut-Off-Wert von 9, $t(64) = -6,047$, $p < 0,001$.

Vergleicht man die Ergebnisse der Einstichproben-t-Tests mit den Testwerten für die Normalbevölkerung sowie für die deutlich ausgeprägte Depression und Angststörung, so weisen diese darauf hin, dass die befragten Männer an Depression und Angststörungen leiden bzw., dass sie signifikant höhere Werte im Vergleich zur Normalbevölkerung aufweisen. Dabei ist ihre Beeinträchtigung zwischen moderat, beziehungsweise signifikant höher als moderat und stark, beziehungsweise signifikant niedriger als stark einzustufen. Die Nullhypothese wird daher zugunsten der Alternativhypothese verworfen.

Tabelle 3: Ergebnisse der Einstichproben-t-Tests zur Überprüfung des Beeinträchtigungsgrades des Partners in Bezug auf Depression und Angststörung

	Testwert	N	M	SD	Sign.
1. Vergleich mit Normalbevölkerung	1,76	65	7,26	2,31	0,000***
2. Vergleich mit Ausprägung „moderat“	6	65	7,26	2,31	0,001***
3. Vergleich mit Ausprägung „stark“	9	65	7,26	2,31	0,001***

Anmerkungen. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Zusätzlich wurde überprüft, inwieweit sich die Mittelwerte der Stichprobe auf den einzelnen Subskalen von PHQ4 (GAD-2 zur Messung von Angststörungen und PHQ-2 zur Messung von Depression) von dem jeweiligen Cut-Off-Wert von 3 unterscheiden. Die Ergebnisse des t-Tests bestätigen signifikante Unterschiede zwischen dem Mittelwert der Stichprobe auf der Skala GAD-2 ($M = 3,51$, $SD = 1,31$) und dem Testwert 3, $t(64) = 2,853$, $p < 0,01$, sowie zwischen dem Mittelwert

der Stichprobe auf der Skala PHQ-2 ($M = 3,82$, $SD = 1,38$) und dem Testwert $t(64) = 4,335$, $p < 0,001$.

Lebensqualität und Konfliktbewältigung

H0: Es gibt keinen Unterschied in der Konfliktbewältigung der Partner bei beeinträchtigter und nicht beeinträchtigter Lebensqualität.

H1: Es gibt keinen Unterschied in der Konfliktbewältigung der Partner bei beeinträchtigter und nicht beeinträchtigter Lebensqualität.

Zur Überprüfung der oben genannten Hypothese wurden anstelle des t-Tests für unabhängige Stichproben aufgrund der kleinen Gruppengröße ($N < 30$) und der fehlenden Normalverteilung der Daten der Mann-Whitney-U-Test angewendet. Die Zielvariablen bildeten Ferus Coping, Ferus Hoffnung und der standardisierte Beziehungsfragebogen ECR-RD 12. Die Einteilung der Personen der Stichprobe erfolgte anhand der unterschiedlichen Grenzwerte beim PHQ4. Eine Beeinträchtigung wird ab einem Wert von 6 angenommen, da dieser Wert als eine moderate Ausprägung von Depression und Angststörungen gilt (siehe Kapitel 4.4.4).

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit beeinträchtigter und nicht beeinträchtigter Lebensqualität in Bezug auf Ferus Coping, Ferus Hoffnung und den standardisierten Beziehungsfragebogen.

Die Ergebnisse sind in der **Tabelle 4** zusammengefasst. Für Ferus Coping und Ferus Hoffnung lag der Median signifikant höher bei den Personen, die als nicht beeinträchtigt klassifiziert waren, als bei denjenigen Personen, die als beeinträchtigt identifiziert wurden (Ferus Coping: $z = -2,72$, $p = .007$; Ferus Hoffnung: $z = -3,70$, $p < .001$).

Für den ECR-RD 12 lag der Median bei den als nicht beeinträchtigt klassifizierten Personen signifikant niedriger als bei den als beeinträchtigt klassifizierten Personen ($z = -2,89$, $p = .004$).

Insgesamt weisen die Ergebnisse der Tests auf signifikante Unterschiede in der Konfliktbewältigung der Partner, zwischen den durch Depression und

Angststörung beeinträchtigten und den nicht beeinträchtigten Partner in der Stichprobe hin. Mit anderen Worten: Personen, die nicht beeinträchtigt sind, haben besser ausgeprägte Coping-Strategien, weisen höhere Werte auf der Skala für Hoffnung auf und berichten positiver über verschiedene Aspekte der Beziehung bzw. der Bindung mit der Partnerin, gemessen auf der Skala „Experiences in Close Relationships – Revised Deutschland“ (ECR-RD). Die letztgenannte Skala erfasst die Ausprägung von Bindungsstrategien auf zwei Dimensionen: bindungsbezogene Angst (z.B. Angst vor Verlust der Partnerin) und bindungsbezogener Vermeidung (z.B. von engen Beziehungen oder von Zeigen von Gefühlen). Positive Berichte bzw. niedrige Werte auf dieser Skala bedeuten eine geringe Ausprägung von bindungsbezogener Angst oder Vermeidung und weisen auf (stark) ausgeprägte Bindungsschwierigkeiten bzw. auf instabile/destruktive Bindungsstrategien - hyperaktivierende (bei Angst) oder deaktivierende (bei Vermeidung) Strategien - hin. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass durch Depression und Angststörungen beeinträchtigte Partner, destruktivere Bindungsmuster haben als nicht beeinträchtigte Partner.

Somit kann die Alternativhypothese angenommen und die Nullhypothese verworfen werden.

Tabelle 4: Ergebnisse der T-Tests für die Untersuchung der Unterschiede in Ferus Coping, Ferus Hoffnung und Beziehungsaspekte zwischen nicht beeinträchtigten und beeinträchtigten Personen

Gruppen- einteilung anhand von	Skala	Test- statistik U	Test- statistik z	p-Wert	Deskriptive Statistik					
					Nicht beeinträchtigt			beeinträchtigt		
					Median	IQB ¹	N	Median	IQB ¹	N
Grenz- wert 6	Ferus Coping	214	-2,719	0,007	46,50	11,75	16	41,37	6	49
	Ferus Hoffnung	150	-3,696	< 0,001	43	7	16	36,85	8,05	49
	ECR-RD 12	203	-2,887	0,004	1,50	1,36	16	2,73	1,13	49
Median	Ferus Coping	288,50	-2,934	0,003	41,37	6,63	39	39	9,25	26

Gruppen- einteilung anhand von	Skala	Test- statistik U	Test- statistik z	p-Wert	Deskriptive Statistik					
					Nicht beeinträchtigt			beeinträchtigt		
					Median	IQB ¹	N	Median	IQB ¹	N
	Ferus Hoffnung	212,50	-3,955	< 0,001	38	8,15	39	32	10,75	26
	Stand. BFB	335	-2,310	0,021	2,73	1,25	39	3,04	1,67	26

Anmerkungen. ECR-RD 12 = Experiences in Close Relationships – Revised Deutschland (Kurzversion). ¹ Interquartilsbereich

Art der Erkrankung und Lebensqualität

H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen der Art der Erkrankung (Ersterkrankung, Wiederauftreten) in Bezug auf die Lebensqualität des Partners.

H1: Es gibt einen Unterschied zwischen der Art der Erkrankung (Ersterkrankung, Wiederauftreten) in Bezug auf die Lebensqualität des Partners.

Zur Überprüfung der Hypothese in Bezug auf die Art der Erkrankung und den seelischen Zustand wurde der Kruskal-Wallis-Test eingesetzt, da die Voraussetzungen (Normalverteilung bzw. Varianzhomogenität), die für die Anwendung einer ein-faktoriellen Varianzanalyse notwendig ist, nicht gegeben waren. Die Ergebnisse zeigen, dass kein signifikanter Gruppenunterschied bezüglich PHQ4 bestand, Kruskal-Wallis $H(4) = 2,946$, $p = 0,567$. Somit wird die Nullhypothese beibehalten.

5.2.2 Sekundäre Fragestellung

Therapiephase und psychische Gesundheit

H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen der aktuellen Therapiephase (brusterhaltende Operation, vollständige Abnahme etc.) in Bezug auf die psychische Konstitution.

H1: Es gibt einen Unterschied zwischen der aktuellen Therapiephase (brusterhaltende Operation, vollständige Abnahme etc.) in Bezug auf die psychische Konstitution.

Zur Überprüfung der oben genannten Hypothese wurde auch hier der Kruskal-Wallis-Test angewandt. Die Resultate zeigen, dass kein signifikanter Gruppenunterschied bezüglich PHQ4 bestand, Kruskal-Wallis $H_{(6)} = 1,444$, $p = 0,963$. Die Nullhypothese wird beibehalten

Zusammenhang Konfliktbewältigungsstrategie und Alter

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den Konfliktbewältigungsstrategien und dem Alter.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen den Konfliktbewältigungsstrategien und dem Alter.

Zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Konfliktbewältigungsstrategie und dem Alter wurde ein Pearson-Test eingesetzt. Die Ergebnisse zeigen, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und den Konfliktbewältigungsstrategien besteht (Ferus Coping und Alter: $r(65) = .16$, $p = .28$; Ferus Hoffnung und Alter: $r = .07$, $p = .65$), weshalb die Nullhypothese beibehalten wird.

Unterschiede der Konfliktbewältigungsstrategie bezogen auf den Bildungsgrad.

H0: Es gibt keinen Unterschied zwischen dem höchsten Schulabschluss in Bezug auf die Konfliktbewältigungsstrategien.

H1: Es gibt einen Unterschied zwischen dem höchsten Schulabschluss in Bezug auf die Konfliktbewältigungsstrategien.

Zur Überprüfung der oben genannten Hypothese wurde mit dem Kruskal-Wallis-Test gerechnet.

Die Ergebnisse des Kruskal-Wallis-H-Test zeigen, dass ein signifikanter Gruppenunterschied bei unterschiedlichem Schulabschluss bezüglich Ferus Coping besteht ($\chi^2(5) = 13,076$, $p = 0,023$). Bei Ferus Hoffnung besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlichem Schulabschluss ($\chi^2(5) = 5,352$, $p = 0,374$).

Um zu untersuchen, zwischen welchen Gruppen bei Ferus Coping der signifikante Unterschied bestand, wurden nachfolgende Mann-Whitney-U-Tests berechnet. Es zeigte sich ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen Realschul-/Mittelschul-Abschluss und Universitäts-Abschluss ($U = 16,13$, $z = 2,50$, $p = .012$). Des Weiteren zwischen einfachem Universitäts-Abschluss und PhD ($U = -26,38$, $z = -1,29$, $p = .022$). Die Verteilung der Werte für diese drei Gruppen ist in **Abbildung 1** zu finden.

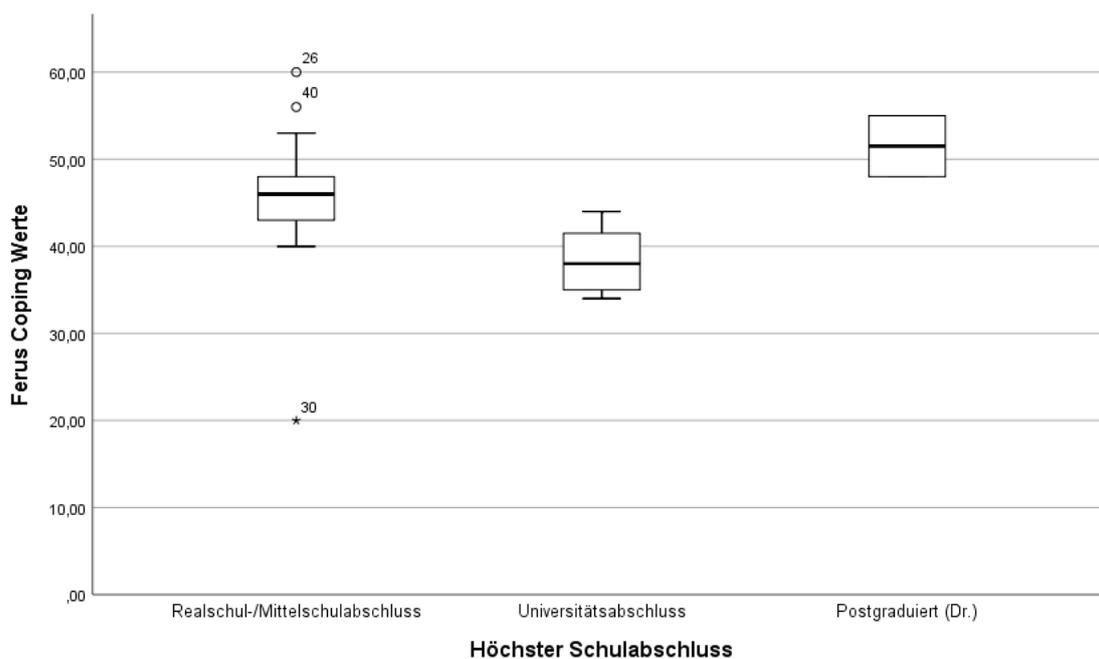


Abbildung 1: Boxplot zur Darstellung der Verteilung der Ferus Coping-Werten für die Gruppen von Personen mit einem Realschul-/Mittelschul-Abschluss, Universitäts-Abschluss und PhD

Die Nullhypothese wird für Ferus Coping zugunsten der Alternativhypothese verworfen. Für die Variable Hoffnung wird die Nullhypothese beibehalten.

5.2.3 Tertiäre Fragestellung

Körperbild und Brustkrebs

- H0:** Es gibt keinen Unterschied bezüglich des Körperbildes der Frauen aus der Sicht der Partner vor und nach der Diagnose Brustkrebs.
- H1:** Es gibt einen Unterschied bezüglich des Körperbildes der Frauen aus der Sicht der Partner vor und nach der Diagnose Brustkrebs.

Die Untersuchung der Hypothese bezüglich eines Zusammenhangs zwischen dem Körperbild und der Erkrankung erfolgte mittels Vorzeichentest, da die Fragen zur Selbsteinschätzung nicht metrisch waren, sondern ein ordinales bzw. kategoriales Niveau (mit jeweils drei Kategorien) aufwiesen und daher weder der Mann-Whitney-U-Test noch der t-Test geeignet war.

Die Ergebnisse des Vorzeichentests sind in Tabelle 5 zusammengefasst. Bei insgesamt 5 Items zeigte sich der Median vor und nach der Diagnose unterschiedlich. Bei dem Item Nr. 18 (*„Ich achte bewusst auf die Gesundheit meiner Partnerin“*) lag die Antwortkategorie „trifft häufig zu“ vor der Diagnose signifikant höher als bei der Kategorie „manchmal“ nach der Diagnose. Für Item Nr. 22 (*„Ich bin mit dem Erscheinungsbild meiner Partnerin zufrieden“*) lag die Kategorie „trifft häufig zu“ vor der Diagnose signifikant höher als bei der Kategorie „manchmal“ nach der Diagnose. Der Median für die Items Nr. 19 (*„Ich sehe meine Partnerin als wichtigste Bezugsperson“*), Nr. 28 (*„Ich kann meiner Partnerin genügend Zärtlichkeiten geben“*) und Nr. 29 (*„Die körperlichen Mängel meiner Partnerin stören mich nicht“*) war vor und nach der Diagnose gleich

Das Ergebnis ist zwar signifikant, dies ist jedoch auf die vielen Rangbildungen zurückzuführen, weshalb der Median in der Population wahrscheinlich eher gleich als signifikant unterschiedlich ist. Trotzdem wird für die vorliegenden Daten die Nullhypothese bei den genannten Fragen zugunsten der Alternativhypothese verworfen.

Tabelle 5: Ergebnisse des Vorzeichentests zur Untersuchung der Unterschiede in der Selbsteinschätzung vor und nach der Diagnose der Partnerin

Aussage zur Selbsteinschätzung (Frage-Nr. und Item)	z ¹	p
(17) Ich pflege eine intensive Beziehung zu meiner Partnerin.	-	0,754
(18) Ich achte bewusst auf die Gesundheit meiner Partnerin.	-2,694	0,007
(19) Ich sehe meine Partnerin als wichtigste Bezugsperson.	-	0,019
(20) Mein Sexualbedürfnis ist sehr ausgeprägt.	-	0,125
(21) Ich fühle mich zu meiner Partnerin körperlich hingezogen.	-	0,549
(22) Ich bin mit dem Erscheinungsbild meiner Partnerin zufrieden.	-4,118	< 0,001
(23) Ich habe regelmäßig Lust auf Intimität.	-	0,065
(24) Meine Partnerin scheint mit ihrem äußeren Erscheinungsbild zufrieden zu sein.	-	0,146
(28) Ich kann meiner Partnerin genügend Zärtlichkeiten geben.	-	< 0,001
(2) Die körperlichen Mängel meiner Partnerin stören mich nicht.	-	0,039
(30) Manchmal verspüre ich Ekel meiner Partnerin gegenüber.	-	1

Anmerkungen. ¹Falls kein z-Wert angegeben ist, basiert die Berechnung auf der exakten Binomialverteilung. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Zufriedenheit und körperliche/psychische Gesundheit

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen körperlicher/psychischer Gesundheit und der Zufriedenheit (Schlaf, Alltagsdinge, Beziehungen etc.).

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen körperlicher/psychischer Gesundheit und der Zufriedenheit (Schlaf, Alltagsdinge, Beziehungen etc.).

Die Fragestellung, ob es einen Zusammenhang zwischen der körperlichen/psychischen Gesundheit und der Zufriedenheit gibt, wurde mittels Pearson-Test untersucht.

Wie der nachfolgenden **Tabelle 6** zu entnehmen ist, bestehen signifikante negative Zusammenhänge zwischen dem körperlichen Gesundheitszustand und der Zufriedenheit mit der Gesundheit ($r(52) = -0,291$, $p = .036$), dem Schlaf ($r(52) = -0,319$, $p = .021$), der Fähigkeit alltägliche Dinge zu erledigen ($r(53) = -0,362$,

$p = .008$), der Arbeitsfähigkeit ($r(52) = -0,315$, $p = .023$), der Zufriedenheit mit sich selbst ($r(53) = -0,346$, $p = .011$) und mit den Wohnbedingungen ($r(53) = -0,337$, $p = .014$). Weiter bestehen signifikante negative Zusammenhänge zwischen der seelischen Konstitution und der Gesundheit ($r(54) = -0,345$, $p = .107$), dem Schlaf ($r(52) = -0,305$, $p = .028$), der Zufriedenheit mit sich selbst ($r(53) = -0,379$, $p = .005$), den Wohnbedingungen ($r(53) = -0,362$, $p = .008$) und den Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können ($r(54) = -0,342$, $p = .011$). Je stärker sich die Personen beeinträchtigt fühlten, desto weniger zufrieden waren sie mit den genannten Bereichen.

Die Nullhypothese wird für diese Variablen zugunsten der Alternativhypothese verworfen. Für die übrigen Variablen ohne signifikante Korrelation wird die Nullhypothese beibehalten.

Tabelle 6: Ergebnisse der Korrelationsanalyse zu seelischen/körperlichen Gesundheit und Zufriedenheit

Zufriedenheit mit...	Körperliche Gesundheit			Seelische Gesundheit		
	N	r	Signifi- kanz	N	r	Signifi- kanz
Gesundheit	52	-0,291	0,036	54	-0,345	0,012
Schlaf	52	-0,319	0,021	52	-0,305	0,028
Fähigkeit, alltägliche Dinge zu erledigen	53	-0,362	0,008	53	0,084	-0,240
Arbeitsfähigkeit	52	-0,315	0,023	52	-0,255	0,068
sich selbst	53	-0,346	0,011	53	-0,379	0,005
persönlichen Beziehungen	51	-0,094	0,513	51	-0,226	0,111
Sexualleben	53	-0,210	0,132	53	-0,262	0,058
Unterstützung durch Ihren Partner	53	-0,146	0,296	53	-0,162	0,247
Wohnbedingungen	53	-0,337	0,014	53	-0,362	0,008
Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen	54	-0,222	0,107	54	-0,342	0,011
Beförderungsmittel	54	-0,106	0,445	54	-0,082	0,555

Anmerkungen. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

6 Diskussion der Ergebnisse und Implikationen

Mit der vorliegenden Arbeit „PART – Psychosoziale Auswirkungen einer Brustkrebserkrankung auf den Partner“ wurden die Partner von Patientinnen mit Brustkrebs untersucht, um den Fokus auf die Partner der betroffenen zu legen. Der Schwerpunkt der Betrachtung lag in der vorliegenden Studie somit auf den Kennwerten Depression, Ängstlichkeit und Lebensqualität sowie auf den Konfliktbewältigungsstrategien der Partner. Hierzu wurden 65 Partner untersucht.

Die vorausgehend beschriebenen Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Teilnehmer durch die Erkrankung ihrer Frau in mehreren der untersuchten Kennwerte beeinträchtigt sind. Dies manifestiert sich insbesondere in den Kennwerten Ängstlichkeit und Depression. Es zeigt sich, dass Männer mit beeinträchtigter psychischer Gesundheit besonders Probleme in der Konfliktbewältigung aufweisen.

Zwischen Männern mit beeinträchtigtem Gesundheitszustand und Männern mit nicht beeinträchtigtem Zustand zeigten sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der Hoffnungsaspekte in Bezug auf sich selbst sowie auf die Zukunft.

Darüber hinaus konnten ebenfalls signifikante Unterschiede hinsichtlich der Konfliktbewältigungsstrategien zwischen Partnern mit niedrigem und höherem Bildungsstand gezeigt werden.

6.1 Diskussion der Fragestellungen und Hypothesen

6.2 Primäre Fragestellung

Depression und Ängstlichkeit

Die erste Hypothese der primären Fragestellung untersucht den Einfluss der Erkrankung auf die Partner in Bezug auf Depression und Ängstlichkeit. Das psychische Wohlbefinden der befragten Männer in Bezug auf Depression und

Ängstlichkeit zeigt sich in der vorliegenden Stichprobe im Vergleich zur Normalbevölkerung als signifikant schlechter. Außerdem liegt es signifikant über dem ersten Cutt-Off-Wert (6 Punkte), ab dem von einer moderaten Ausprägung von Depression und Ängstlichkeit ausgegangen wird, aber signifikant niedriger als der obere Cutt-Off-Wert (9 Punkte), ab dem man von einem schweren Grad von Depression und Ängstlichkeit spricht. Das bedeutet, dass gegenüber der Normalbevölkerung für die vorliegende Stichprobe signifikant häufiger eine Depression oder Angst vorliegt. Es zeigt sich gegenüber dem ersten Cutt-Off-Wert signifikant häufiger eine Depression oder Angst. Gegenüber des zweiten Cutt-Off-Wertes liegt im Vergleich zur Normalbevölkerung jedoch signifikant seltener eine Depression oder Angst vor.

Dies zeigt, dass die Brustkrebserkrankung einen Einfluss auf die Symptome einer Depression und Ängstlichkeit bei den Partnern hat. Dies findet sich so ebenfalls in der Literatur. Besonders die Gruppe derjenigen Partner, welche mit der betroffenen Frau zusammenleben, zeigte Symptome einer milden Depression (Sahadevan & Namboodiri, 2019). Ängstlichkeit und Depression sind zwei essenzielle Folgen der Brustkrebserkrankung, die sich besonders auf die Lebensqualität der Männer auswirken kann (Heidari Gorji et al., 2012; Selamat Din et al., 2017; Fekih-Romdhane, Henchiri, Ridha, Labbane, & Cheour, 2019). Insbesondere Partner, welche ihren Frauen nicht nur seelisch Beistand leisten, sondern diese auch körperlich pflegen müssen, leiden oft unter depressiven Symptomen (Nik Jaafar et al., 2014). An dieser Stelle besteht ein Interventionsbedarf, wie eine Studie aus dem Jahr 2007 zeigte. Im Rahmen der Studie wurden sowohl die betroffenen Frauen als auch die Partner in mehrmaligen durchgeführten Telefonaten zu ihren Sorgen befragt und in der Folge symptombezogen beraten (Badger et al., 2007). Da der Mann oft als Hauptunterstützer der Frau angesehen wird, könnten diese Interventionen zur Minimierung der Ängste der Partner auch einen positiven Einfluss auf die Herausforderungen als Paar in der Krankheitsphase haben (Borstelmann et al., 2015).

Lebensqualität und Konfliktbewältigung

Die zweite Hypothese der vorliegenden Arbeit untersucht, ob es einen Unterschied in der Konfliktbewältigungsstrategie der Partner bei beeinträchtigter bzw. bei nicht beeinträchtigter Lebensqualität gibt.

Bezüglich der Konfliktbewältigung und des standardisierten Beziehungsfragebogens wurden signifikante Unterschiede zwischen beeinträchtigten und nicht beeinträchtigten Personen sichtbar. Nicht beeinträchtigte Personen zeigten eine signifikant bessere Konfliktbewältigung als beeinträchtigte Personen und zugleich zeigten sich weniger Sorgen in Bezug auf die Bindung.

Dies deckt sich mit früherer Literatur, nach der sowohl die Patientinnen als auch die Partner nach der Diagnose Brustkrebs eine eher negative Einstellung besonders bezüglich der Zukunftsaussichten haben. Auch in der vorliegenden Studie zeigen folglich beeinträchtigte Personen eine schlechtere Konfliktbewältigung und mehr Sorgen hinsichtlich der Bindung. Die Ergebnisse einer weiteren Studie aus dem Jahr 2018, welche zeigten, dass es keinen großen Unterschied bezüglich der Ängste zwischen den Partner gibt können folglich nicht bestätigt werden (Dumitra et al., 2018).

Wie auch die vorliegende Arbeit zeigt, hat die Lebensqualität der Partner einen Einfluss auf die Konfliktbewältigungsstrategie. Eine subjektiv wahrgenommen wenig beeinträchtigte Lebensqualität bietet potenziell Ressourcen (körperlich, aber auch psychosoziale, z.B. durch Unterstützung von Familie und Freunde) für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Strategien zur Bewältigung der Belastung durch die Erkrankung der Partnerin. Zu den Faktoren, die sich negativ auf die Lebensqualität der Partner auswirken können, zählen insbesondere Schlafmangel, Ermüdung und Zukunftssorgen (Johansen, Cvancarova, & Ruland, 2018). Ebenfalls korreliert eine höhere Pflegeanforderung seitens der Frau oftmals mit einem größeren Schuldgefühl der Männer und mit deren Angst, dieser Aufgabe nicht gerecht werden zu können (Yeung, Zhang, Ji, Lu, & Lu, 2018). Dies kann sich ebenfalls langfristig auf die Lebensqualität der Partner auswirken. Die oben genannten sowohl psychischen als auch physischen Auswirkungen auf die Lebensqualität der Partner erschwert oftmals die Geduld und

Einsicht, die es jedoch in einem Dialog zur Problemlösung in einer Partnerschaft bedarf. Des Weiteren müssen sich die Männer in der Beziehung zusätzlich zu den alltäglichen Konflikten, welche in den meisten Partnerschaften zu bewältigen sind, ebenfalls mit Themen bezogen auf die Erkrankung der Partnerin auseinandersetzen (Zimmermann, 2015). Hinzu kommt der Aspekt, dass es sich hierbei oftmals um eine unvorbereitete Situation handelt. Daher sollte ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung der betroffenen Frauen ebenfalls auf die Probleme und Beschwerden der Partner eingegangen werden, um präventiv eine Verschlechterung der Lebensqualität und somit eine potenzielle Abwärtsspirale zu verhindern.

Art der Erkrankung und Lebensqualität

Ein Einfluss von Ersterkrankung oder Rezidiv der Partnerin auf die Lebensqualität des Partners konnte nicht nachgewiesen werden. Somit ist dies in der vorliegenden Arbeit kein relevanter Faktor. Dies deckt sich jedoch nicht mit der Literatur.

Die Literatur zeigt, dass die Angst vor dem Rezidiv eine der größten Sorgen der Partner darstellt und oftmals mit einer schlechteren Lebensqualität in Assoziation steht (Soriano et al., 2018). Dabei scheinen jedoch eher die bereits erfolgte Therapie (Operation, Chemotherapie) oder die Tatsache, dass bislang keine Behandlung erfolgte, eine Rolle zu spielen. Je mehr Therapie bei der betroffenen Frau absolviert wurde, desto größer ist der negative Einfluss auf die psychische Gesundheit des Partners (Smith et al., 2020). Programme und Bewältigungsmethoden, welche bereits Frauen im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung Brustkrebs unterstützen, sollten ebenfalls die Partner mit einbeziehen. Es sollten Programme und Schulungen entwickelt werden, die den Partnern helfen, die Situation der Frau besser zu verstehen, um dadurch in der Folge in jedem Therapiestadium eine angemessene Pflege und Unterstützung der Partnerin leisten zu können (Boamah Mensah et al., 2021). Somit kann auch die Lebensqualität der Männer gefördert werden.

6.3 Sekundäre Fragestellung

Therapiephase und psychische Gesundheit

Die folgende Hypothese untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen der aktuellen Therapiephase (brusterhaltende Operation, vollständige Abnahme etc.) und der psychischen Gesundheit gibt. In der vorliegenden Studie zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Es besteht folglich kein Zusammenhang zwischen der aktuellen Therapiephase und der psychischen Gesundheit. Eine Arbeit von Hoellen et al. zeigte jedoch, dass die Therapiephase einen Einfluss auf die Psyche der Partner hat. Dabei waren die Partner insbesondere vor Operationen über die möglichen postoperativen Komplikationen besorgt (Hoellen et al., 2019). Eine detailliertere und tiefgründigere Aufklärung über die Operationsweise im Sinne eines medizinischen Briefings für die Partner sollte in Betracht gezogen werden. Die Partner sollten ebenfalls ausführlich über die Erkrankung und die Behandlungsoptionen aufgeklärt werden (Fitch & Allard, 2007). Eine Arbeitsgruppe aus dem Jahr 2017 zeigte, dass umso weiter fortgeschritten das Krebsstadium der Frau ist, desto schwieriger es den Partnern fällt, ihre Emotionen und Sorgen zum Ausdruck zu bringen (Favez, Cairo Notari, Antonini, & Charvoz, 2017). Dies könnte damit im Zusammenhang stehen, dass diese die betroffene Frau nicht zusätzlich emotional belasten wollen.

Konfliktbewältigungsstrategie und soziodemographische Daten

Konfliktbewältigungsstrategie und Alter

Die folgende Hypothese untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen den Mechanismen der Konfliktbewältigung und dem Alter der Männer gibt.

In der vorliegenden Arbeit wurde die Nullhypothese beibehalten, es konnte also kein Zusammenhang festgestellt werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigten, dass das Alter der Männer nicht mit der Konfliktbewältigungsstrategie zusammenhängt. Es treten in allen Altersgruppen dieselben aktiven Konfliktbewältigungsstrategien und dieselbe Hoffnung hinsichtlich der Zukunft auf.

Diese Thematik ist derzeit jedoch noch weitgehend unerforscht. In den meisten Studien wird das Alter der Partner nicht in den Fokus gestellt und es werden wenig Vergleiche zwischen verschiedenen Altersgruppen gezogen. Eine Arbeitsgruppe aus den USA hat sich im Jahr 2019 mit dieser Fragestellung beschäftigt. Dabei wurden 86 Paare im Durchschnittsalter von 35 bis 51 Jahren befragt. Hier wurden vor allem Fragen behandelt, die sich mit der Lebensqualität und den Coping-Mechanismen beschäftigten. Es zeigte sich, dass die jüngeren Paare deutlich mehr Konflikte in der Partnerschaft, Ängste vor den Folgen der Erkrankung sowie seelische Unzufriedenheit nach der Diagnose zu bewältigen hatten (Acquati & Kayser, 2019). Dies führten die Autoren darauf zurück, dass ein entsprechendes Alter mehr Lebenserfahrung mit sich bringt, ältere Paare auch mehr Konflikte in der Partnerschaft überstanden haben und somit eine Ausnahmesituation wie die Brustkrebserkrankung besser bewältigen können. Dieser Effekt konnte in der vorliegenden Studie jedoch nicht gefunden werden. Die Literatur zeigt, dass Paare in einem jungen Alter oftmals einschneidenden Ereignissen wie einer Brustkrebserkrankung optimistisch gegenüberstehen. Jedoch steht die Angst vor der potenziellen Pflegebedürftigkeit der Frau bei den jüngeren Paaren mehr im Vordergrund als bei den älteren Paaren (Kayser et al., 2018; Borstelmann et al., 2015). Bislang wurden Paare entweder gemeinsam zu dieser Fragestellung befragt oder nur die Frau separat. Bezogen auf verschiedene Altersgruppen gibt es zum jetzigen Zeitpunkt keine Publikation, die ausschließlich die Sichtweise der Männer in verschiedenen Altersgruppen darstellt.

Konfliktbewältigungsstrategie und Schulabschluss

Nachfolgend wurde in der Studie überprüft, ob es einen Unterschied zwischen dem Bildungsstand der Partner und der Art der Konfliktbewältigung gibt.

Es ließ sich ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen Realschul-/Mittelschulabschluss- und Universitätsabschluss-Abgängern sowie weitergehend zwischen Universitätsabschluss und PhD aufzeigen. Daraus lässt sich schließen, dass Personen ohne akademischen Abschluss in Bezug auf Konfliktbewältigungsstrategien weniger gut mit der Erkrankung umgehen können als Personen mit einem höheren Bildungsstand. Somit belegt die vorliegende Studie, dass die

Bildung eine signifikante Rolle beim Umgang mit der Erkrankung spielt. Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es in der Literatur bezüglich dieser speziellen Fragestellung bezogen auf die Partner der Frauen keine Vergleichsstudie. Eine Arbeitsgruppe hat sich jedoch im Jahr 2021 mit dieser Fragestellung bezogen auf die betroffenen Frauen befasst. Dabei zeigte sich, dass Frauen mit Brustkrebs und einem niedrigeren Bildungsabschluss im Vergleich zu Frauen mit einem höheren Bildungsabschluss mehr an Hoffnungslosigkeit und an Problemen in der Konfliktbewältigung bezogen auf die Erkrankung leiden (Calderon et al., 2021). Eine weitere Arbeitsgruppe aus China untersuchte weitere Faktoren, die Einfluss auf die Konfliktbewältigungsstrategien der Partner der betroffenen Frauen in der Partnerschaft haben. Dazu zählten die Dauer der Beziehung/Ehe, das monatliche Familieneinkommen sowie die Behandlungsdauer der Frau. Diese Aspekte sollten bei unterstützenden Interventionsangeboten im Rahmen einer Paartherapie mit in Betracht gezogen werden (Cai, Qian, & Yuan, 2021). Eine Studie aus dem Jahre 2013 hat sich mit der Fragestellung der vorliegenden Arbeit beschäftigt. Jedoch wurden Eltern von Kindern mit Krebs befragt. Es zeigte sich, dass besonders Kinder von Vätern mit geringem Bildungsstand Probleme in der Konfliktbewältigung aufwiesen (Gage-Bouchard, Devine, & Heckler, 2013). Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Studie aus dem Jahr 2010. Väter mit geringem Bildungsstand wiesen im Vergleich zu Männern mit hohem Bildungsstand größere Probleme im Umgang mit der Krebserkrankung ihres Kindes auf (Wolff et al., 2010). Diese Unterschiede können auf verschiedene Aspekte, welche mit der Bildung zusammenhängen, zurückgeführt werden. Beispielsweise kann der Bildungsgrad einen Einfluss auf gesundheitsbezogenes Wissen der Personen, ihre interpersonellen Fähigkeiten, Problemlösefähigkeiten oder soziales Netzwerk haben (vgl. Gage-Bouchard et al., 2013). Höher gebildete Personen könnten potenziell auch einen besseren Zugang zum aktuelleren Stand der Forschung zum Thema Krebs / Brustkrebs haben und die Diagnose sowie Prognose anders zuordnen als Personen ohne universitäre Bildung. Diese Studie sowie die Ergebnisse der genannten Studien weisen darauf hin, dass Partner von an Brustkrebs erkrankten Frauen mit einer niedrigeren Bildung potenziell gezielt bei der Entwicklung von Konfliktbewältigungsstrategien unterstützt werden müssen.

6.4 Tertiäre Fragestellung

Körperbild und Brustkrebs

Die dritte Hypothese beschäftigt sich mit dem Körperbild der Frauen und damit, ob es aus der Sicht der Männer eine Veränderung vor und nach der Diagnose Brustkrebs gibt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass die Diagnose Brustkrebs eine signifikante Änderung der Selbsteinschätzung nach sich zieht. Weiters sind die Männer nach der Diagnose Brustkrebs nicht mehr so zufrieden mit dem Erscheinungsbild ihrer Partnerinnen. Waren diese zuvor noch sehr zufrieden mit dem Erscheinungsbild, so ist dies danach nicht mehr so ausgeprägt.

Zu beachten ist hier jedoch, dass diese Einstellungsänderung nur in leichtem Maße vollzogen wird. Die Personen achten zwar seltener auf ihre Gesundheit, tun dies aber nach wie vor. Auch das Erscheinungsbild der Partnerin wird weiterhin als akzeptabel betrachtet.

Die Partnerin bleibt trotz Diagnose eine gleich wichtige Bezugsperson, der Partner kann ihr weiterhin genügend Zärtlichkeiten geben und die körperlichen Mängel waren sowohl vor als auch nach der Diagnose wenig störend.

Eine Problematik beim Thema Rolle des Mannes und Körperbild der Frau besteht darin, dass es im Vergleich zu Deutschland in bestimmten Ländern weit mehr tabuisiert wird. In der vorliegenden Arbeit ist die Mehrheit der befragten Männer aus Deutschland. Daher lassen sich diesbezüglich keine weiteren Aussagen treffen. Eine Studie aus dem Jahre 2019 hat sich jedoch mit diesen kulturellen Unterschieden in Bezug auf Sexualität und Coping-Mechanismen befasst. Diese Studie untersuchte eine Gruppe von indischen Frauen mit Brustkrebs, welche angaben, wenig bis kaum mentale Unterstützung von ihren Partnern zu bekommen. Die Partner nehmen trotz Belastung ihrer Frauen bei Konflikten eine sehr dominante Rolle ein. Aus Sicht der Partner wurde dies entgegengesetzt wahrgenommen (Alexander et al., 2019).

Um tiefergehende Kenntnisse über kulturelle Unterschiede hinsichtlich dieser Problematik zu erlangen, wäre es in Zukunft sinnvoll, Studien über die psychosozialen Auswirkungen von Brustkrebs aus der Sicht der Partner internationaler zu gestalten. Dabei wäre eine Möglichkeit, den Online-Fragebogen auch auf Englisch zu verfassen und somit über soziale Netzwerke internationaler verbreiten zu können. Langfristig wären dann auch Vergleiche zwischen der Sicht der Männer in Deutschland und in anderen Ländern möglich.

Zufriedenheit und körperliche/psychische Gesundheit

Die letzte Hypothese untersuchte, ob es einen Zusammenhang zwischen der körperlichen/seelischen Gesundheit und der Zufriedenheit (mit Schlaf, Alltagsdingen, Beziehungen etc.) gibt.

Es bestehen signifikante negative Zusammenhänge zwischen der körperlichen Gesundheit und der Zufriedenheit mit dem Schlaf, mit sich selbst, mit der Fähigkeit alltägliche Dinge zu erledigen, mit der Arbeitsfähigkeit und mit den Wohnbedingungen. Weiterhin bestehen signifikante negative Zusammenhänge zwischen der psychischen Gesundheit und dem Schlaf, mit sich selbst, den Wohnbedingungen und mit den Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können. Je stärker sich die Personen beeinträchtigt fühlten, desto unzufriedener waren sie in den genannten Bereichen.

Es zeigt sich folglich ein Zusammenhang zwischen der körperlichen bzw. der psychischen Gesundheit und der Zufriedenheit in diversen relevanten Alltagsbereichen. Dies ist ein Muster, das sich in der Literatur immer wieder zeigt: eine psychische Unzufriedenheit, die sich in der Einschränkung der Lebensqualität und insbesondere in der Bewältigung von Alltagsaufgaben widerspiegelt (Cohee et al., 2017; Cromhout et al., 2017; Dumitra et al., 2018). Ein Faktor, der die Psyche der Männer oft negativ beeinflusst und somit auch die Lebensqualität vermindert, sind Schuldgefühle gegenüber der Frau. Besonders das Gefühl, ihren Wünschen und der Situation nicht gerecht werden zu können, ist ein Aspekt, der die Partner belastet (Duggleby et al., 2015).

Aktuelle Studien haben gezeigt, dass bereits regelmäßige Therapiestunden, bei denen die betroffenen Paare über ihre Sorgen und Ängste reden können, einen signifikanten Einfluss zur Verbesserung der subjektiven Lebensqualität der Partner haben. Somit könnte man an dieser Stelle ansetzen und versuchen, die Lebensqualität der Partner zu fördern (Meier et al., 2019; Gao et al., 2019).

6.5 Limitationen und Stärken der Studie

Die vorliegende Arbeit wurde bei 65 Partnern von Frauen mit Brustkrebs durchgeführt. Zu den Schwächen der Studie zählt die damit eher geringe Fallzahl. Bei zukünftigen Datenerhebungen könnten Kliniken auch international miteingeschlossen werden, um eine größere Fallzahl zu erreichen. Ein Befragungszeitraum über Jahre wäre sinnvoll, um eine längerfristige Einschätzung treffen zu können. Eine weitere Schwäche der Studie ist, dass retrospektiv und nicht im Längsschnitt untersucht wurde. Des Weiteren lag das Durchschnittsalter der Befragten bei 50 Jahren und die Abstammung war deutscher Herkunft. Daher kann die vorliegende Stichprobe für die Gesamtbevölkerung nicht als repräsentativ angesehen werden.

Zu den weiteren Limitationen der Studie zählt, dass diejenigen Partner, deren Frauen sich aktuell in einer schlechten gesundheitlichen Verfassung befanden, möglicherweise weniger bereit waren, an der Studie teilzunehmen. Ebenfalls konnten aufgrund des hohen Durchschnittsalters altersspezifische Unterschiede nur bedingt untersucht werden. Der fehlende Zusammenhang zwischen dem Alter und den Konfliktbewältigungsstrategien könnte auf diesen Umstand zurückzuführen sein.

Zu den weiteren Schwächen der Studie zählt, dass aufgrund der geringen Teilnehmeranzahl auf nicht parametrische statistische Methoden (z. B. Median, Mann-Whitney-U-Test) zurückgegriffen werden musste. Diese statistischen Tests werden häufig als robuster, jedoch auch als weniger aussagekräftig beschrieben. Dies könnte sich insbesondere auf die Ergebnisse der Selbsteinschätzung ausgewirkt haben, da hier die Rangbildung mittels Medians zu ungenauen Ergebnissen geführt haben könnte.

Zu den Stärken der Studie zählt, dass trotz der genannten Limitationen wesentliche statistische und plausible Erkenntnisse gefunden werden konnten, die für weiterführende Arbeiten herangezogen werden können. Aus den Ergebnissen der Arbeit lassen sich darüber hinaus auch Implikationen für die Praxis ableiten. Beispielsweise weisen die Ergebnisse der Studie auf die Wichtigkeit zur psychosozialen Unterstützung der Partner von an Brustkrebs erkrankten Patientinnen hin und insbesondere auf den Bedarf von Programmen zur Unterstützung bei der Entwicklung von entsprechenden Bewältigungsstrategien unter Betracht auch von soziökonomischen Charakteristiken der Partner. Eine weitere Stärke der Studie besteht darin, dass durch die Möglichkeit, den Fragebogen auch persönlich ausfüllen zu können, die Compliance zur Teilnahme sowie die Möglichkeit für sofortige Rückfragen erhöht wurde. Nicht zuletzt besteht eine der wesentlichen Stärken der Arbeit darin, dass sie ein breites Spektrum an Aspekte, welche psychosozialen Auswirkungen einer Brustkrankung auf die Partner haben, abdeckt. Untersucht wurden in der vorliegenden Studie neben der Anfälligkeit für psychische Erkrankungen unter den Partnern (Depression und Ängstlichkeit), auch zum einen Unterschiede in der Bewältigungsfähigkeit in Abhängigkeit von individuellen Rahmenbedingungen/ Umständen (subjektiv wahrgenommene Lebensqualität) und soziodemographischen Faktoren. Zum anderen werden Auswirkungen der Erkrankung auf dem wahrgenommenen Körperbild der Partnerin sowie auf Beziehungsaspekte untersucht. Im Gegensatz zu dieser Studie, fokussieren sich erste/frühere Studien stark nur auf einzelne Faktoren dieser Aspekte.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die erhobenen Studienergebnisse lassen verschiedene Interpretationen zu. Sowohl die Literatur als auch die vorliegende Arbeit zeigen, dass die Auswirkungen der Brustkrebserkrankung nicht nur großen Einfluss auf die Patientinnen selbst, sondern auch auf deren Partner haben.

Um die Auswirkungen besser einschätzen zu können und die Partner in den verschiedenen Phasen der Erkrankung der Frau zu unterstützen, wäre es sinnvoll, im Sinne einer größeren Bestandsaufnahme und im Rahmen einer Qualitätsverbesserung der Routineversorgung in gewissen Zeitabständen eine

Lebensqualitätsuntersuchung bei allen Partnern von Frauen mit Brustkrebs durchzuführen. Somit könnten die psychosozialen Auswirkungen der Brustkrebs-erkrankung auf die Partner frühzeitig erkannt werden. Eine generelle Intervention mit dem Ziel einer Verbesserung der Lebensqualität scheint nach den vorliegenden Studienergebnissen sinnvoll zu sein. In der Literatur zeigt sich, dass bereits kurze Interventionssitzungen, in denen auf die Sorgen und Ängste der Partner eingegangen wird, sinnvoll sind, um die Unterstützungsangebote zu verbessern (Lewis et al., 2019; Soriano et al., 2021). Ein Therapiekonzept, welches speziell auf die psychosozialen Belastungen der Partner eingeht, könnte hilfreich sein. Dabei könnte ganz gezielt auf die Sorgen und Ängste der Partner in Bezug auf die Erkrankung eingegangen werden. Besonders im Vordergrund sollten dabei Themengebiete wie Depression, Rolle des Mannes als Unterstützer der Frau, Ängste der Partner sowie Sorgen vor der Zukunft der Partner im Vordergrund stehen. Basierend auf diesem Konzept sind psychosoziale Interventionen, die den Umgang mit Konfliktsituationen erleichtern sollen, zielführend (Teixeira, Applebaum, Bhatia, & Brandao, 2018). Bei Personen, welche bereits für psychosoziale Erkrankungen prädisponiert sind, hätte man die Möglichkeit, schon frühzeitig zu intervenieren. Dazu zählen zum Beispiel Partner, welche fehlende soziale Unterstützung oder Depression aufweisen. Jedoch müssen diese Unterstützungsangebote klar strukturiert sein und regelmäßig stattfinden. Ebenso muss der Partner ausführlich über die Vorteile solcher Interventionen aufgeklärt werden. Wie eine Studie aus dem Jahr 2019 zeigte, wurde den Angehörigen eine Reihe von Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt, diese wurden von den Studienteilnehmern aber nicht in Anspruch genommen (Keesing, Rosenwax, & McNamara, 2019). Eine Möglichkeit wäre es, Interventionen online durchzuführen. Im Jahr 2021 wurde von einer Arbeitsgruppe aus den USA ein Online-Programm zur Unterstützung der Konfliktlösung für Paare erstellt. Das Ziel war es, die Kommunikation bezogen auf Konflikte, die im Rahmen der Krebserkrankung auftreten, zu trainieren und zu verbessern. Das Procedere wird online über ausgebildete Psychologen betreut (Fergus et al., 2021). Es wäre sinnvoll, Online-Unterstützungsprogramme speziell für die Partner der betroffenen Frauen zu entwickeln. Diese hätten somit weltweit Zugriff und die Hemmschwelle zur

Teilnahme wäre geringer, da kein persönliches Gespräch stattfinden muss. In der wissenschaftlichen Literatur zeigt sich, dass im Vergleich eine einmalige Befragung zu einem bestimmten Zeitpunkt weniger aussagekräftig ist als mehrere Befragungen über den gesamten Zeitraum der Erkrankung (Fergus et al., 2021). Daher wäre es ebenfalls sinnvoll, einige Jahre nach dem Abschluss der Brustkrebstherapie die Partner der Frauen hinsichtlich möglicher psychosozialer Langzeitfolgen zu befragen (De Padova et al., 2021).

Das Thema Sexualität spielt im Rahmen der Brustkrebserkrankung ebenfalls eine wichtige Rolle. Wie die vorliegende Arbeit zeigt, gibt es auch aus der Sicht der Männer signifikante Veränderungen bezüglich des Körperbilds und der Sexualität ihrer Frauen vor und nach der Diagnose. Es ist daher sinnvoll, frühzeitig zu intervenieren und die Paare rechtzeitig über bevorstehende körperliche Veränderungen aufzuklären (Reese et al., 2019). Wichtig dabei ist es, den Partner auch in die Entscheidungsfindung bezüglich potenzieller operativer therapeutischer Maßnahmen der betroffenen Frau mit einzubeziehen und gut aufzuklären (Miaja, Platas, & Martinez-Cannon, 2017).

Es ist essenziell, das Thema Sexualität im Zusammenhang mit der Erkrankung nicht als Tabuthema zu sehen. Partner sind mit diesem Thema oft überfordert und erwarten diesbezüglich mehr Unterstützung von Ärzten und Psychologen. Es ist wichtig, an diesem Punkt anzusetzen und zu intervenieren. Um die Partner auf mögliche Veränderungen des Körpers der betroffenen Frau besser vorzubereiten, ist es notwendig, die Partner mit effektiven Bewältigungsstrategien zu unterstützen (Rowland & Metcalfe, 2014). Sinnvoll wäre es, mit Hilfe professioneller Unterstützung dem Partner frühzeitig eine positive Einstellung zum Körperbild und den potenziellen Veränderungen seiner Frau zu vermitteln. Des Weiteren könnte man gemeinsame Schulungen für die Partner und Paare anbieten, mit dem Fokus auf Kommunikation und Expression von Emotionen im Zusammenhang mit dem Thema Sexualität bezogen auf die Brustkrebserkrankung der Frau (Reese, Keefe, Somers, & Abernethy, 2010). Somit wären die Partner sich der positiven Bewältigungsstrategien bewusst und könnten diese, wenn erforderlich, anwenden.

Insgesamt kann bei der Betrachtung der verschiedenen Studien einschließlich der vorliegenden Untersuchung festgehalten werden, dass es einen Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und der Kommunikation sowie der Problemlösung der Männer gibt. Jedoch zeigen sich bei den Angehörigen der betroffenen Frau oftmals auch physische Auswirkungen der Krebserkrankung (Johansen et al., 2018). Dies ist ein Aspekt, auf den in der vorliegenden Arbeit nicht tiefergehend eingegangen wurde. Diesbezüglich bedarf es weiterer Studien, welche die physischen Symptome der Partner evaluieren.

Mit den Forschungsergebnissen der vorliegenden Studie kann der Versuch unternommen werden, auf die Bedürfnisse der Männer näher einzugehen und diese in den Vordergrund zu stellen. Dies mit dem Ziel, über potenzielle Zukunftssorgen vor deren Entstehen aufzuklären und den Partnern mehr Hoffnung zu geben. Es ist empfehlenswert, den Schwerpunkt der Psychoonkologie-Forschung vermehrt auf die psychosozialen Faktoren des Krankheitsverlaufes zu setzen, um somit eine verbesserte Therapie mit Berücksichtigung der psychosozialen Auswirkungen auf die Männer zu gewährleisten. Ein geeignetes Pflegemodell, das den Paaren in dieser schweren Zeit Unterstützung gibt und ihnen hilft, ihre Probleme sowie Konflikte besser zu kommunizieren und zu bewältigen, wäre wünschenswert (Keesing, Rosenwax, & McNamara, 2016). Zukünftige Longitudinal- und Querschnittsstudien sind notwendig, um die Auswirkungen von Krebs auf die Entwicklung der Beziehung, besonders aus der Sicht der Männer, zu verstehen (Acquati & Kayser, 2019). Aufbauend auf größeren Stichproben könnte die Forschung die Stressfaktoren der Paare besser verstehen, was für die Entwicklung paarbezogener Interventionen in Zukunft sehr hilfreich sein könnte.

7 Zusammenfassung

Um die psychosozialen Auswirkungen der Brustkrebserkrankung auf die Partner der betroffenen Frauen zu evaluieren, wurde eine querschnittliche Untersuchung durchgeführt. Ziel der Studie war es, die Einflüsse der Brustkrebserkrankung auf die Lebensqualität der Partner zu untersuchen. In der Literatur liegt bei dieser Fragestellung der Fokus bislang häufig nur auf der Sicht der Frau. Besonders in Deutschland ist die Studienlage zu dieser Thematik aus der Sicht der Männer noch nicht weit fortgeschritten. Die Studien über dieses Thema beziehen sich hauptsächlich auf die Perspektive der Frau.

Mit der vorliegenden Studie sollen die Problematik und die Auswirkungen der Brustkrebserkrankung ausschließlich aus der Perspektive des Mannes erforscht und dessen Position als wichtige Rolle im Umgang mit dieser Erkrankung in den Vordergrund gestellt werde.

Um die krankheitsbezogenen Veränderungen zu erforschen, wurden 65 Partner von Patientinnen in einem Zeitraum von acht Monaten befragt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Erkrankung großen Einfluss auf die Psyche der Partner hat.

In der vorliegenden Studie zeigte sich eine Beeinträchtigung der Lebensqualität der Partner, insbesondere in Bezug auf Depression und Ängstlichkeit. Des Weiteren zeigte sich, dass die Partner, die eine beeinträchtigte Lebensqualität haben, Probleme in der Konfliktbewältigungsstrategie aufweisen. Zwischen beeinträchtigter und nicht beeinträchtigter psychischer Gesundheit zeigten sich signifikante Bewertungsunterschiede hinsichtlich der Hoffnung für sich selbst und für die Zukunft. In der vorliegenden Arbeit konnten – in Abhängigkeit vom Bildungsstand der Partner – signifikante Unterschiede in Bezug auf Konfliktbewältigungsstrategien dargestellt werden. Die vorliegenden Ergebnisse stimmen insgesamt mit den bisherigen empirischen Daten der Literatur überein. Jedoch gibt es bislang keine Studien, die einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand der Partner und den Konfliktbewältigungsstrategien untersucht haben. Insbesondere

in Bezug auf diese zwei Aspekte sind weitere Studien notwendig, um diesen Einfluss genauer zu erforschen und um den Partnern in dieser schweren Zeit effektiv helfen zu können. Ebenso bedarf es weitergehender Forschungen, welche den psychosozialen Einfluss der Brustkrebserkrankung auf die Partner bezogen auf kulturelle und internationale Unterschiede untersuchen.

In der Literatur sowie in der vorliegenden Studie hat sich gezeigt, dass es notwendig ist, den Partnern der betroffenen Frauen mehr Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Erkrankung anzubieten, da sich dies sonst signifikant auf deren Lebensqualität auswirken kann. Hierfür sollten auch die Ärzte und Pflegepersonal als Unterstützer geschult werden, da sie im engen Kontakt mit den Betroffenen und deren Partnern stehen. Es wäre ebenfalls sinnvoll, die Screening-Modelle und in der Folge auch die Coping-Modelle mit dem Fokus auf Depression und Ängstlichkeit der Partner zu erweitern, da insbesondere diese Aspekte – wie auch die vorliegende Studie zeigt – Einfluss auf die Lebensqualität der Partner haben. Längsschnittstudien mit größeren Fallzahlen sind dafür hilfreich. Auf diese Weise können die Ursachen besser erforscht und somit in Zukunft notwendige Angebote für betroffene Partner erweitert werden.

8 Literaturverzeichnis

8.1 Verwendete und zitierte Literatur

- Acquati, C., & Kayser, K. (2019). Dyadic Coping Across the Lifespan: A Comparison Between Younger and Middle-Aged Couples With Breast Cancer. *Front Psychol*, *10*, 404. doi:10.3389/fpsyg.2019.00404
- Alexander, A., Kaluve, R., Prabhu, J. S., Korlimarla, A., Srinath, B. S., Manjunath, S., Sridhar, T. S. (2019). The Impact of Breast Cancer on the Patient and the Family in Indian Perspective. *Indian J Palliat Care*, *25*(1), 66-72. doi:10.4103/IJPC.IJPC_158_18
- Badger, T., Segrin, C., Dorros, S. M., Meek, P., & Lopez, A. M. (2007). Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nurs Res*, *56*(1), 44-53. doi:10.1097/00006199-200701000-00006
- Bazzi, A. R., Clark, M. A., Winter, M., Tripodis, Y., & Boehmer, U. (2017). Recruitment of breast cancer survivors and their caregivers: implications for dyad research and practice. *Transl Behav Med*, *7*(2), 300-308. doi:10.1007/s13142-016-0400-1
- Berg, C. A., & Upchurch, R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychol Bull*, *133*(6), 920-954. doi:10.1037/0033-2909.133.6.920
- Boamah Mensah, A. B., Adamu, B., Mensah, K. B., Dzomeku, V. M., Agbadi, P., Kusi, G., & Apiribu, F. (2021). Exploring the social stressors and resources of husbands of women diagnosed with advanced breast cancer in their role as primary caregivers in Kumasi, Ghana. *Support Care Cancer*, *29*(5), 2335-2345. doi:10.1007/s00520-020-05716-2
- Bodenmann, G., Falconier, M. K., & Randall, A. K. (2019). Editorial: Dyadic Coping. *Front Psychol*, *10*, 1498. doi:10.3389/fpsyg.2019.01498
- Boeker, M., Franca, F., Bronsert, P., & Schulz, S. (2016). TNM-O: ontology support for staging of malignant tumours. *J Biomed Semantics*, *7*(1), 64. doi:10.1186/s13326-016-0106-9
- Borstelmann, N. A., Rosenberg, S. M., Ruddy, K. J., Tamimi, R. M., Gelber, S., Schapira, L., Partridge, A. H. (2015). Partner support and anxiety in young women with breast cancer. *Psychooncology*, *24*(12), 1679-1685. doi:10.1002/pon.3780
- Brenk-Franz, K. (2015). *Bindung und Selbstmanagement von Patienten in der Primärversorgung*: Tectum Verlag, Marburg.

- Cai, T., Qian, J., & Yuan, C. (2021). Dyadic Coping in Couples With Breast Cancer in China. *Cancer Nurs*, *44*(6), E458-E466. doi:10.1097/NCC.0000000000000884
- Cairo Notari, S., Favez, N., Notari, L., Charvoz, L., & Delaloye, J. F. (2017). The caregiver burden in male romantic partners of women with non-metastatic breast cancer: The protective role of couple satisfaction. *J Health Psychol*, *22*(13), 1668-1677. doi:10.1177/1359105316633285
- Calderon, C., Gomez, D., Carmona-Bayonas, A., Hernandez, R., Ghanem, I., Gil Raga, M., Jimenez-Fonseca, P. (2021). Social support, coping strategies and sociodemographic factors in women with breast cancer. *Clin Transl Oncol*, *23*(9), 1955-1960. doi:10.1007/s12094-021-02592-y
- Cao, L., & Niu, Y. (2020). Triple negative breast cancer: special histological types and emerging therapeutic methods. *Cancer Biol Med*, *17*(2), 293-306. doi:10.20892/j.issn.2095-3941.2019.0465
- Caparica, R., Brandao, M., & Piccart, M. (2019). Systemic treatment of patients with early breast cancer: recent updates and state of the art. *Breast*, *48 Suppl 1*, S7-S20. doi:10.1016/S0960-9776(19)31115-4
- Carreira, H., Williams, R., Muller, M., Harewood, R., Stanway, S., & Bhaskaran, K. (2018). Associations Between Breast Cancer Survivorship and Adverse Mental Health Outcomes: A Systematic Review. *J Natl Cancer Inst*, *110*(12), 1311-1327. doi:10.1093/jnci/djy177
- Charalampopoulou, M., Bacopoulou, F., Syrigos, K. N., Filopoulos, E., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2020). The effects of Pythagorean Self-Awareness Intervention on breast cancer patients undergoing adjuvant therapy: A pilot randomized controlled trial. *Breast*, *49*, 210-218. doi:10.1016/j.breast.2019.12.012
- Chinh, K., Secinti, E., Johns, S. A., Hirsh, A. T., Miller, K. D., Schneider, B., . . . Mosher, C. E. (2020). Relations of Mindfulness and Illness Acceptance With Psychosocial Functioning in Patients With Metastatic Breast Cancer and Caregivers. *Oncol Nurs Forum*, *47*(6), 739-752. doi:10.1188/20.ONF.739-752
- Chow, P. I., Showalter, S. L., Gerber, M. S., Kennedy, E., Brenin, D. R., Schroen, A. T., . . . Cohn, W. F. (2019). Use of Mental Health Apps by Breast Cancer Patients and Their Caregivers in the United States: Protocol for a Pilot Pre-Post Study. *JMIR Res Protoc*, *8*(1), e11452. doi:10.2196/11452

- Christophe, V., Duprez, C., Congard, A., Fournier, E., Lesur, A., Antoine, P., & Vanlemmens, L. (2016). Evaluate the subjective experience of the disease and its treatment in the partners of young women with non-metastatic breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*, *25*(5), 734-743. doi:10.1111/ecc.12327
- Cohee, A. A., Adams, R. N., Johns, S. A., Von Ah, D., Zoppi, K., Fife, B., . . . Champion, V. L. (2017). Long-term fear of recurrence in young breast cancer survivors and partners. *Psychooncology*, *26*(1), 22-28. doi:10.1002/pon.4008
- Day, C. M., Hickey, S. M., Song, Y., Plush, S. E., & Garg, S. (2020). Novel Tamoxifen Nanoformulations for Improving Breast Cancer Treatment: Old Wine in New Bottles. *Molecules*, *25*(5). doi:10.3390/molecules25051182
- De Padova, S., Grassi, L., Vaghegini, A., Belvederi Murri, M., Folesani, F., Rossi, L., . . . De Giorgi, U. (2021). Post-traumatic stress symptoms in long-term disease-free cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Med*, *10*(12), 3974-3985. doi:10.1002/cam4.3961
- Dehghani, A., Keshavarzi, A., Jahromi, M. F., Shahsavari Isfahani, S., & Keshavarzi, S. (2018). Concept analysis of coping with multiple sclerosis. *Int J Nurs Sci*, *5*(2), 168-173. doi:10.1016/j.ijnss.2018.04.009
- Duggleby, W., Thomas, J., Montford, K., Thomas, R., Nikolaichuk, C., Ghosh, S., Tonkin, K. (2015). Transitions of male partners of women with breast cancer: hope, guilt, and quality of life. *Oncol Nurs Forum*, *42*(2), 134-141. doi:10.1188/15.ONF.134-141
- Dumitra, S., Jones, V., Rodriguez, J., Bitz, C., Polamero, E., Loscalzo, M., Warner, S. G. (2018). Disparities in managing emotions when facing a diagnosis of breast cancer: Results of screening program of couples distress. *Surgery*. doi:10.1016/j.surg.2017.11.022
- Ehrental, J. C., Dinger, U., Lamla, A., Funken, B., & Schauenburg, H. (2009). [Evaluation of the German version of the attachment questionnaire "Experiences in Close Relationships--Revised" (ECR-RD)]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, *59*(6), 215-223. doi:10.1055/s-2008-1067425
- Falconier, M. K., & Kuhn, R. (2019). Dyadic Coping in Couples: A Conceptual Integration and a Review of the Empirical Literature. *Front Psychol*, *10*, 571. doi:10.3389/fpsyg.2019.00571
- Favez, N., Cairo Notari, S., Antonini, T., & Charvoz, L. (2017). Attachment and couple satisfaction as predictors of expressed emotion in women facing breast cancer and their partners in the immediate post-surgery period. *Br J Health Psychol*, *22*(1), 169-185. doi:10.1111/bjhp.12223

- Fergus, K., Ahmad, S., Gardner, S., Ianakieva, I., McLeod, D., Stephen, J., . . . Panchaud, J. (2021). Couplelinks online intervention for young couples facing breast cancer: A randomised controlled trial. *Psychooncology*. doi:10.1002/pon.5836
- Fitch, M. I., & Allard, M. (2007). Perspectives of husbands of women with breast cancer: information needs. *Can Oncol Nurs J*, 17(2), 79-90. doi:10.5737/1181912x1727983
- Flemming, E., Lubke, L., Masuhr, O., Jaeger, U., Brenk-Franz, K., & Spitzer, C. (2021). [Psychometric evaluation of the Experiences in Close Relationships Revised German 12-item version (ECR-RD 12) in a sample of psychotherapeutic inpatients]. *Z Psychosom Med Psychother*, 67(1), 56-69. doi:10.13109/zptm.2021.67.1.56
- Fuzesi, S., Becetti, K., Klassen, A. F., Gemignani, M. L., & Pusic, A. L. (2019). Expectations of breast-conserving therapy: a qualitative study. *J Patient Rep Outcomes*, 3(1), 73. doi:10.1186/s41687-019-0167-5
- Gage-Bouchard, E. A., Devine, K. A., & Heckler, C. E. (2013). The relationship between socio-demographic characteristics, family environment, and caregiver coping in families of children with cancer. *J Clin Psychol Med Settings*, 20(4), 478-487. doi:10.1007/s10880-013-9362-3
- Guarino, A., Polini, C., Forte, G., Favieri, F., Boncompagni, I., & Casagrande, M. (2020). The Effectiveness of Psychological Treatments in Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*, 9(1). doi:10.3390/jcm9010209
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J., & Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychol Bull*, 134(1), 1-30. doi:10.1037/0033-2909.134.1.1
- Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Braun, M., & Galinsky, D. (2010). Women with advanced breast cancer and their spouses: diversity of support and psychological distress. *Psychooncology*, 19(11), 1195-1204. doi:10.1002/pon.1678
- Hilpert, P., Xu, F., Milek, A., Atkins, D. C., Bodenmann, G., & Bradbury, T. N. (2018). Couples coping with stress: Between-person differences and within-person processes. *Journal of Family Psychology*, 32(3), 366-374. doi:10.1037/fam0000380
- Hoellen, F., Wagner, J. F., Ludders, D. W., Rody, A., & Banz-Jansen, C. (2019). Anxiety in caregiving partners of breast cancer patients. *Arch Gynecol Obstet*, 300(4), 993-1005. doi:10.1007/s00404-019-05253-2

- Huang, X., Cai, X. Y., Liu, J. Q., Hao, W. W., Zhou, Y. D., Wang, X., Sun, Q. (2020). Breast-conserving therapy is safe both within BRCA1/2 mutation carriers and noncarriers with breast cancer in the Chinese population. *Gland Surg*, 9(3), 775-787. doi:10.21037/gs-20-531
- Isfahani, P., Arefy, M., & Shamsaii, M. (2020). Prevalence of Severe Depression in Iranian Women with Breast Cancer: A Meta-Analysis. *Depress Res Treat*, 2020, 5871402. doi:10.1155/2020/5871402
- Jack, M. (2007). *FERUS - Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten*: HOGREFE.
- Jahani Sayad Noveiri, M., Shamsaei, F., Khodaveisi, M., Vanaki, Z., & Tapak, L. (2020). Coping Assessment Tools in the Family Caregivers of Patients with Breast Cancer: A Systematic Review. *Breast Cancer (Dove Med Press)*, 12, 11-26. doi:10.2147/BCTT.S240928
- Janni, W., Müller, V. (2018). *Brustkrebs: Patientenratgeber zu den AGO-Empfehlungen 2018*: Zuckerschwerdt Verlag München.
- Johansen, S., Cvancarova, M., & Ruland, C. (2018). The Effect of Cancer Patients' and Their Family Caregivers' Physical and Emotional Symptoms on Caregiver Burden. *Cancer Nurs*, 41(2), 91-99. doi:10.1097/NCC.0000000000000493
- Jordan, R. M., Vanderveken, R. L., & Oxenberg, J. (2020). Breast Cancer Conservation Therapy. In *StatPearls*. Treasure Island (FL).
- Kaucher, S., Khil, L., Kajuter, H., Becher, H., Reder, M., Kolip, P., . . . Berens, E. M. (2020). Breast cancer incidence and mammography screening among resettlers in Germany. *BMC Public Health*, 20(1), 417. doi:10.1186/s12889-020-08534-7
- Kayser, K., Acquati, C., Reese, J. B., Mark, K., Wittmann, D., & Karam, E. (2018). A systematic review of dyadic studies examining relationship quality in couples facing colorectal cancer together. *Psychooncology*, 27(1), 13-21. doi:10.1002/pon.4339
- Keesing, S., Rosenwax, L., & McNamara, B. (2016). A dyadic approach to understanding the impact of breast cancer on relationships between partners during early survivorship. *BMC Womens Health*, 16, 57. doi:10.1186/s12905-016-0337-z
- Keesing, S., Rosenwax, L., & McNamara, B. (2019). A call to action: The need for improved service coordination during early survivorship for women with breast cancer and partners. *Women Health*, 59(4), 406-419. doi:10.1080/03630242.2018.1478362

- Kerper, L. F., Spies, C. D., Lossner, M., Salz, A. L., Tafelski, S., Balzer, F., . . . Krampe, H. (2012). Persistence of psychological distress in surgical patients with interest in psychotherapy: results of a 6-month follow-up. *PLoS One*, 7(12), e51167. doi:10.1371/journal.pone.0051167
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Lowe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621. doi:10.1176/appi.psy.50.6.613
- Kusi, G., Boamah Mensah, A. B., Boamah Mensah, K., Dzomeku, V. M., Apiribu, F., Duodu, P. A., Bonsu, K. O. (2020). The experiences of family caregivers living with breast cancer patients in low-and middle-income countries: a systematic review. *Syst Rev*, 9(1), 165. doi:10.1186/s13643-020-01408-4
- Lai, H. L., Hung, C. M., Chen, C. I., Shih, M. L., & Huang, C. Y. (2019). Resilience and coping styles as predictors of health outcomes in breast cancer patients: A structural equation modelling analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)*, e13161. doi:10.1111/ecc.13161
- Lambert, S. D., McElduff, P., Girgis, A., Levesque, J. V., Regan, T. W., Turner, J., . . . Chong, P. (2016). A pilot, multisite, randomized controlled trial of a self-directed coping skills training intervention for couples facing prostate cancer: accrual, retention, and data collection issues. *Support Care Cancer*, 24(2), 711-722. doi:10.1007/s00520-015-2833-3
- Langer, S. L., Romano, J. M., Todd, M., Strauman, T. J., Keefe, F. J., Syrjala, K. L., Porter, L. S. (2018). Links Between Communication and Relationship Satisfaction Among Patients With Cancer and Their Spouses: Results of a Fourteen-Day Smartphone-Based Ecological Momentary Assessment Study. *Frontiers in Psychology*, 9. doi:ARTN 184310.3389/fpsyg.2018.01843
- Lazarus, R. S. (1985). The psychology of stress and coping. *Issues Ment Health Nurs*, 7(1-4), 399-418. doi:10.3109/01612848509009463
- Leicher, L., De Wilde, R. (2019). *Wiederherstellungsoperationen nach Brustkrebs, Ratgeber für Patientinnen*.
- Lewis, F. M., Griffith, K. A., Alzawad, Z., Dawson, P. L., Zahlis, E. H., & Shands, M. E. (2019). Helping Her Heal: Randomized clinical trial to enhance dyadic outcomes in couples. *Psychooncology*, 28(2), 430-438. doi:10.1002/pon.4966
- Lim, J. W. (2019). Physical and psychological symptoms and psychological distress among the spouses of cancer survivors: The mediating effect of family communication and coping. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 28(5), e13115. doi:10.1111/ecc.13115

- Liu, W., Xiong, X. F., Mo, Y. Z., Chen, W. G., Li, M., Liang, R., Zhang, Z. (2019). Young age at diagnosis is associated with better prognosis in stage IV breast cancer. *Aging (Albany NY)*, 11(23), 11382-11390. doi:10.18632/aging.102536
- Lopez, G., Milbury, K., Chen, M., Li, Y., Bruera, E., & Cohen, L. (2019). Couples' symptom burden in oncology care: perception of self and the other. *Support Care Cancer*, 27(1), 139-145. doi:10.1007/s00520-018-4298-7
- Lowe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., . . . Brahler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*, 122(1-2), 86-95. doi:10.1016/j.jad.2009.06.019
- Maas, P., Barrdahl, M., Joshi, A. D., Auer, P. L., Gaudet, M. M., Milne, R. L., . . . Chatterjee, N. (2016). Breast Cancer Risk From Modifiable and Nonmodifiable Risk Factors Among White Women in the United States. *JAMA Oncol*, 2(10), 1295-1302. doi:10.1001/jamaoncol.2016.1025
- Manahan, E. R., Kuerer, H. M., Sebastian, M., Hughes, K. S., Boughey, J. C., Euhus, D. M., Taylor, W. A. (2019). Consensus Guidelines on Genetic Testing for Hereditary Breast Cancer from the American Society of Breast Surgeons. *Ann Surg Oncol*, 26(10), 3025-3031. doi:10.1245/s10434-019-07549-8
- Mayer, B. (2010). *Psychologie-Kultur-Gesellschaft*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meier, F., Cairo Notari, S., Bodenmann, G., Revenson, T. A., & Favez, N. (2019). We are in this together - Aren't we? Congruence of common dyadic coping and psychological distress of couples facing breast cancer. *Psychooncology*, 28(12), 2374-2381. doi:10.1002/pon.5238
- Miaja, M., Platas, A., & Martinez-Cannon, B. A. (2017). Psychological Impact of Alterations in Sexuality, Fertility, and Body Image in Young Breast Cancer Patients and Their Partners. *Rev Invest Clin*, 69(4), 204-209. doi:10.24875/ric.17002279
- Mohammadzadeh Nimekari, M., Saei Ghare Naz, M., Ashouri Taziani, Y., Nasiri, M., Evazi, M. R., Shafizad, A., & OZgoli, G. (2019). Correlation between Supportive Care Needs of Women with Breast Cancer and Quality of Life of their Family Caregivers. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 7(4), 300-308. doi:10.30476/IJCBNM.2019.73892.0

- Monteiro, A. M. F., Santos, R. L., Kimura, N., Baptista, M. A. T., & Dourado, M. C. N. (2018). Coping strategies among caregivers of people with Alzheimer disease: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother*, *40*(3), 258-268. doi:10.1590/2237-6089-2017-0065
- Nalbant, B., Karger, A., & Zimmermann, T. (2021). Cancer and Relationship Dissolution: Perspective of Partners of Cancer Patients. *Front Psychol*, *12*, 624902. doi:10.3389/fpsyg.2021.624902
- Nicolaisen, A., Hagedoorn, M., Hansen, D. G., Flyger, H. L., Christensen, R., Rottmann, N., Johansen, C. (2018). The effect of an attachment-oriented couple intervention for breast cancer patients and partners in the early treatment phase: A randomised controlled trial. *Psychooncology*, *27*(3), 922-928. doi:10.1002/pon.4613
- Nik Jaafar, N. R., Selamat Din, S. H., Mohamed Saini, S., Ahmad, S. N., Midin, M., Sidi, H., . . . Baharudin, A. (2014). Clinical depression while caring for loved ones with breast cancer. *Compr Psychiatry*, *55 Suppl 1*, S52-59. doi:10.1016/j.comppsy.2013.03.003
- Oncology, A. S. o. C. (2019). Breast Cancer: Types of Treatment. Retrieved from <https://www.cancer.net/cancer-types/breast-cancer/types-treatment>
- Paterson, C. L., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E., & Tofthagen, C. S. (2016). Body Image in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *Cancer Nurs*, *39*(1), E39-58. doi:10.1097/NCC.0000000000000251
- Perndorfer, C., Soriano, E. C., Siegel, S. D., & Laurenceau, J. P. (2019). Everyday protective buffering predicts intimacy and fear of cancer recurrence in couples coping with early-stage breast cancer. *Psychooncology*, *28*(2), 317-323. doi:10.1002/pon.4942
- Quante, A. S., Husing, A., Chang-Claude, J., Kiechle, M., Kaaks, R., & Pfeiffer, R. M. (2021). Estimating the Breast Cancer Burden in Germany and Implications for Risk-based Screening. *Cancer Prev Res (Phila)*, *14*(6), 627-634. doi:10.1158/1940-6207.CAPR-20-0437
- Reese, J. B., Keefe, F. J., Somers, T. J., & Abernethy, A. P. (2010). Coping with sexual concerns after cancer: the use of flexible coping. *Support Care Cancer*, *18*(7), 785-800. doi:10.1007/s00520-010-0819-8
- Reese, J. B., Smith, K. C., Handorf, E., Sorice, K., Bober, S. L., Bantug, E. T., . . . Porter, L. S. (2019). A randomized pilot trial of a couple-based intervention addressing sexual concerns for breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*, *37*(2), 242-263. doi:10.1080/07347332.2018.1510869

- Rowland, E., & Metcalfe, A. (2014). A systematic review of men's experiences of their partner's mastectomy: coping with altered bodies. *Psychooncology, 23*(9), 963-974. doi:10.1002/pon.3556
- Rutgers, E. J. T. (2019). Is prophylactic mastectomy justified in women without BRCA mutation? *Breast, 48 Suppl 1*, S62-S64. doi:10.1016/S0960-9776(19)31126-9
- Sahadevan, S., & Namboodiri, V. (2019). Depression in caregivers of patients with breast cancer: A cross-sectional study from a cancer research center in South India. *Indian J Psychiatry, 61*(3), 277-282. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_46_18
- Sancho-Garnier, H., & Colonna, M. (2019). [Breast cancer epidemiology]. *Presse Med, 48*(10), 1076-1084. doi:10.1016/j.lpm.2019.09.022
- Simin, T., Jin, Y., Aidi, Z., Xiaofang, T., Chunhong, R., & Lezhi, L. (2021). Gender Comparison of Psychological Reaction Between Breast Cancer Survivors and Their Spouses. *Front Psychol, 12*, 722877. doi:10.3389/fpsyg.2021.722877
- Smith, A. B., Costa, D., Galica, J., Lebel, S., Tauber, N., van Helmond, S. J., & Zachariae, R. (2020). Spotlight on the Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI). *Psychol Res Behav Manag, 13*, 1257-1268. doi:10.2147/PRBM.S231577
- Soriano, E. C., Pasipanodya, E. C., LoSavio, S. T., Otto, A. K., Perndorfer, C., Siegel, S. D., & Laurenceau, J. P. (2018). Social constraints and fear of recurrence in couples coping with early stage breast cancer. *Health Psychol, 37*(9), 874-884. doi:10.1037/hea0000649
- Soriano, E. C., Perndorfer, C., Siegel, S. D., & Laurenceau, J. P. (2019). Threat sensitivity and fear of cancer recurrence: a daily diary study of reactivity and recovery as patients and spouses face the first mammogram post-diagnosis. *Journal of Psychosocial Oncology, 37*(2), 131-144. doi:10.1080/07347332.2018.1535532
- Spurdle, A. B., Couch, F. J., Parsons, M. T., McGuffog, L., Barrowdale, D., Bolla, M. K., Konrad, I. (2014). Refined histopathological predictors of BRCA1 and BRCA2 mutation status: a large-scale analysis of breast cancer characteristics from the BCAC, CIMBA, and ENIGMA consortia. *Breast Cancer Res, 16*(6), 3419. doi:10.1186/s13058-014-0474-y
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L. A., Collins, C. A., Branstetter, A. D., Rodriguez-Hanley, A., . . . Austenfeld, J. L. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *J Clin Oncol, 20*(20), 4160-4168. doi:10.1200/JCO.2002.08.521

- Tao, Z., Shi, A., Lu, C., Song, T., Zhang, Z., & Zhao, J. (2015). Breast Cancer: Epidemiology and Etiology. *Cell Biochem Biophys*, 72(2), 333-338. doi:10.1007/s12013-014-0459-6
- Teixeira, R. J., Applebaum, A. J., Bhatia, S., & Brandao, T. (2018). The impact of coping strategies of cancer caregivers on psychophysiological outcomes: an integrative review. *Psychol Res Behav Manag*, 11, 207-215. doi:10.2147/PRBM.S164946
- Trabert, B., Sherman, M. E., Kannan, N., & Stanczyk, F. Z. (2020). Progesterone and Breast Cancer. *Endocr Rev*, 41(2). doi:10.1210/endrev/bnz001
- Tu, P. C., Yeh, D. C., & Hsieh, H. C. (2019). Positive psychological changes after breast cancer diagnosis and treatment: The role of trait resilience and coping styles. *J Psychosoc Oncol*, 1-15. doi:10.1080/07347332.2019.1649337
- Vahidi, M., Mahdavi, N., Asghari, E., Ebrahimi, H., Eivazi Ziaei, J., Hosseinzadeh, M., Kermani, I. A. (2016). Other Side of Breast Cancer: Factors Associated with Caregiver Burden. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*, 10(3), 201-206. doi:10.1016/j.anr.2016.06.002
- Valente, M., Chirico, I., Ottoboni, G., & Chattat, R. (2021). Relationship Dynamics among Couples Dealing with Breast Cancer: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 18(14). doi:10.3390/ijerph18147288
- Winter, S., Wiegand, A., Welke, M., & Lehmkuhl, U. (2005). [Evaluation with the "Psychotherapie Basisdokumentation" for Children and Adolescents: Psy-BaDo-KJ--a questionnaire for quality assurance and evaluation of psychotherapy for children and adolescents]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 33(2), 113-122. doi:10.1024/1422-4917.33.2.113
- Wolff, J., Pak, J., Meeske, K., Worden, J. W., & Katz, E. (2010). Challenges and coping styles of fathers as primary medical caretakers: a multicultural qualitative study. *J Psychosoc Oncol*, 28(2), 202-217. doi:10.1080/07347330903516902
- Xu, Q., Yuan, J. P., Chen, Y. Y., Zhang, H. Y., Wang, L. W., & Xiong, B. (2020). Prognostic Significance of the Tumor-Stromal Ratio in Invasive Breast Cancer and a Proposal of a New Ts-TNM Staging System. *J Oncol*, 2020, 9050631. doi:10.1155/2020/9050631
- Yennurajalingam, S., Rodrigues, L. F., Shamieh, O. M., Tricou, C., Filbet, M., Naing, K., . . . Bruera, E. (2018). Decisional control preferences among patients with advanced cancer: An international multicenter cross-sectional survey. *Palliat Med*, 32(4), 870-880. doi:10.1177/0269216317747442

- Yeung, N. C. Y., Zhang, Y., Ji, L., Lu, G., & Lu, Q. (2018). Guilt among husband caregivers of Chinese women with breast cancer: The roles of male gender-role norm, caregiving burden and coping processes. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 27(5), e12872. doi:10.1111/ecc.12872
- Younes Barani, Z., Rahnema, M., Naderifar, M., Badakhsh, M., & Noorisanchooli, H. (2019). Experiences of Spouses of Women with Breast Cancer: A Content Analysis. *Asian Pac J Cancer Prev*, 20(10), 3167-3172. doi:10.31557/APJCP.2019.20.10.3167
- Zimmermann, T. (2015). Intimate Relationships Affected by Breast Cancer: Interventions for Couples. *Breast Care (Basel)*, 10(2), 102-108. doi:10.1159/000381966
- Zimta, A. A., Tigu, A. B., Muntean, M., Cenariu, D., Slaby, O., & Berindan-Neagoe, I. (2019). Molecular Links between Central Obesity and Breast Cancer. *Int J Mol Sci*, 20(21). doi:10.3390/ijms20215364

8.2 Weiterführende Literatur

- Bues-Kovacs, H. (2013). Diagnose Brustkrebs: Das ist jetzt wichtig. Wie geht es weiter? Alle Chance nutzen.
- Büttner, C., Quindel, R. (2013.) Gesprächsführung und Beratung Springer Verlag.
- Dudenhausen, J. W., Schneider, H.P.G., Bastert, G. (2003). Frauenheilkunde und Geburtshilfe, de Gruyter Lehrbuch.
- Gerber, B., Semrau, S., Sautter-Bihl, M.-L., Hartmann, K. A. & Fietkau, R. (2004). Bestrahlung des Mammakarzinoms während der Primärbehandlung: Kein Konsens über optimalen Zeitpunkt der Radiatio. *Dtsch Arztebl* 2004, 2004, 101(44): A-2962 / B-2506 / C-2390.
- Heidari, M., Shabazi, S. & Ghodusi, M. (2015). Evaluation of body esteem and mental health in patients with breast cancer after mastectomy. *J Midlife Health*, 6, 173-7.
- Janni, W., Gerber, B., Sommer, H., Untch, M. Krause, A., Dian, D., Runnebaum, I., Rack, B., Friese, K. (2005). Therapie des primären, invasiven Mammakarzinoms. *Aerzteblatt*.
- Kessler, H. (2015). Medizinische Psychologie und Soziologie, Georg Thieme Verlag: Stuttgart

- Leung, J., Smith, M. D. & Mclaughlin, D. (2016). Inequalities in long term health-related quality of life between partnered and not partnered breast cancer survivors through the mediation effect of social support. *Psychooncology*, 25, 1222-1228.
- Manne, S., Ostroff, J., Fox, K., Grana, G. & Winkel, G. (2009). Cognitive and social processes predicting partner psychological adaptation to early stage breast cancer. *Br J Health Psychol*, 14, 49-68.
- Miericke, B. (2006). *Plastische Chirurgie – Neue Wege nach Brustkrebs*. Available: http://www.med.uni-goettingen.de/de/media/tag_der_medizin/tm_2006_plastische_chirurgie.pdf [Accessed 28.03.2016 / 13:24 PM]
- Ostman, M. & Hansson, L. (2004). Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry*, 19, 402-7.
- Pisu, M., Demark-Wahnefried, W., Kenzik, K. M., Oster, R. A., Lin, C. P., Manne, S., Alvarez, R. & Martin, M. Y. (2017). A dance intervention for cancer survivors and their partners (RHYTHM). *Journal of Cancer Survivorship*, 11, 350-359.
- Preis, J. (2005). *Adjuvante Therapie bei Patienten mit Mammakarzinomen*.
- Regierer, A. & Possinger, K. (2005). *Mammakarzinom: Manual Diagnostik und Therapie*, Deutscher Ärzte-Verlag.
- Salzer, M. S., Palmer, S. C., Kaplna, K., Brusilovskyi, E., Ten Have, T., Hampshire, M., Metz, J. & Coyne, J. C. (2010). A randomized, controlled study of Internet peer-to-peer interactions among women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*, 19, 441-6.
- Senf, B. & Kaiser, J. (2013). *Brustkrebs als Auslöser von psychosozialen Belastungen, Angst und Depression sowie Angebote, Methoden und Effekte psychoonkologischer Interventionen*, Chapter Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand?, Springer: Berlin Heidelberg.
- Smollich, M. (2006). *Das Mammakarzinom: Diagnostik und Therapie*, Grin
- Traun-Vogt, G., Herdina, P. (2010). *Sexualität nach Brustkrebs – als Paar überleben*. Springer Verlag.
- Trinca, F., Infante, P., Dinis, R., Inacio, M., Bravo, E., Caravana, J., . . . Marques, S. (2019). Depression and quality of life in patients with breast cancer undergoing chemotherapy and monoclonal antibodies. *Ecancermedicalscience*, 13, 937. doi:10.3332/ecancer.2019.937.
- Tschuschke, V. (2006). *Psychoonkologie - Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*, Schattauer.

- Untch, M., Jackisch, C., Thomssen, C., Nitz, U., Minckwitz, G., Kaufmann, M. (2006). Adjuvante Therapie mit Trastuzumab bei Mammakarzinompatientinnen. Deutsches Ärzteblatt.
- Veenstra, C. M., Wallner, L. P., Jagsi, R., Abrahamse, P., Griggs, J. J., Bradley, C. J. & Hawley, S. T. (2017). Long-Term Economic and Employment Outcomes Among Partners of Women With Early-Stage Breast Cancer. J Oncol Pract, 13, e916-e926.

9 Anhang

Anhang A: – PART-Studie –

Eine Studie über psychosoziale Auswirkungen einer Brustkrebserkrankung auf den Partner

(Psychosocial effects of breast cancer on partners)

Liebe Partner,

Das Ziel der Studie ist es zu erfahren, welche Einflüsse Brustkrebs auf die Partner der betroffenen Frauen hat. Dabei geht es primär um Fragen, die sich auf das Verhältnis zu der Partnerin und die Veränderungen in der Partnerschaft beziehen. Da die Partner der Betroffenen bisher im Hintergrund der psychosozialen Forschung standen, wird von der Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen eine Fragebogenstudie durchgeführt. Indem Sie den vorliegenden Fragebogen ausfüllen, helfen Sie uns festzustellen, wie die Partner mit einer solchen Herausforderung umgehen, um gezielte Hilfe zu entwickeln. Durch Ihre Teilnahme erhoffen wir uns mehr Wissen hinsichtlich der Veränderungen und Belastungen der oben genannten Punkten bei den Partnern der Betroffenen zu erhalten. In Zukunft können dadurch notwendigen Angebote für betroffene Paare erweitert werden.

Es ist wichtig, dass Sie die Fragen selbst beantworten und sich nicht „helfen“ oder „vertreten“ lassen. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Die Beantwortung der Fragen dauert etwa 20 Minuten.

Die Studie ist vollkommen anonym. Alle Daten werden vertraulich behandelt.

Sie finden den Fragebogen auch unter folgendem Link: <http://www.unipark.de/uc/part/>

Wir bitten Sie uns den Fragebogen in dem frankierten Rückumschlag zu schicken.

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Zeit und Ihr Engagement!

Bei Fragen zur Studie können Sie sich jederzeit melden.

Kontakt:

Cand.med.Elham Parvizi, Medizindoktorandin

E-Mail: Elham.Parvizi@med.uni-tuebingen.de

PD. Dr. med. Martin Teufel, Leiter des Bereichs Psychoonkologische Forschung & Evaluation am Südwestdeutschen Tumorzentrum CCC

Tel.: 07071/29-86719, E-Mail: Martin.Teufel@med.uni-tuebingen.de

Dipl.-Psych. Johanna Ringwald

Tel.: 07071/29-86719, E-Mail: Johanna.Ringwald@med.uni-tuebingen.de

Osianderstraße 5

72070 Tübingen

Angaben zur Person

Alter: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand:

- mit Partnerin seit _____ (Jahreszahl)
 verheiratet seit _____ (Jahreszahl)
 sonstiges

Anzahl der Kinder: insgesamt: _____ mit im eigenen Haushalt lebend _____

Ihr höchster Schulabschluss:

- Hauptschulabschluss Realschul-/Mittelschulabschluss Fachabitur
 Abitur Universitätsabschluss Postgraduiert (Dr.)
 Kein Abschluss Anderer Schulabschluss : _____

Abgeschlossene Berufsausbildung:

- Keine berufl./betriebl. Ausbildung (Lehre) Fachhochschule
 Fachschule (Meister-, Technikerschule, Berufs- /Fachakademie) Universität
 Andere: _____

Ihr aktueller beruflicher Status?

- selbständig Mithelfender Familienangehöriger Beamter
 Angestellter Arbeiter erwerbslos/ nicht erwerbstätig
 Hausmann Rente Studium/ Schule
 Arbeitslos Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente Sonstiges

Welcher Arbeitsbereich?

- Produktionsberufe (z.B.: Land-, Forst- und Gartenbauberufe, Fertigungsberufe, Bau- und Ausbauberufe)
 Personenbezogene Dienstleistungsberufe (z.B.: Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe,
 Medizinische und nicht-medizinische Gesundheitsberufe, Geisteswissenschaftler und Künstler)
 Kaufmännische & Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe (z.B.: Handelsberufe, Berufe in Unternehmensführung und -organisation)
 IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe
 Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungsberufe (z.B.: Sicherheitsberufe, Verkehr- und Logistikberufe, Reinigungsberufe)

Wohnort:

- Dorf (unter 5.000 Einwohner) Kleinstadt (unter 20.000 Einw.)
 Mittelstadt (unter 100.000 Einw.) Großstadt (über 100.000 Einw.)

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

Bitte geben Sie hier alle Ihre Beschwerden oder Erkrankungen an!

a) _____
seit: _____

b) _____
seit: _____

c) _____
seit: _____

d) _____
seit: _____

Lebensqualität

Wie beurteilen Sie Ihren körperlichen Gesundheitszustand in den letzten 2 Wochen?

- nicht beeinträchtigt leicht beeinträchtigt
 mittelmäßig beeinträchtigt erheblich beeinträchtigt schwer beeinträchtigt

Wie beurteilen Sie Ihren seelischen Gesundheitszustand in den letzten 3 Wochen?

- nicht beeinträchtigt leicht beeinträchtigt
 mittelmäßig beeinträchtigt erheblich beeinträchtigt schwer beeinträchtigt

Nehmen Sie momentan Beruhigungsmittel, Medikamente gegen Depressionen oder Schlafmittel ein?

- nein ja, täglich ja, gelegentlich

Waren Sie früher oder sind Sie zurzeit in psychotherapeutischer Behandlung?

- noch nie früher zurzeit in Behandlung

Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen einen Arzt aufgesucht?

- kein mal 1-mal 2-mal etwa _____ -mal

In den folgenden Fragen geht es darum, wie **zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

		Sehr unzu- frieden	Unzu- frieden	Weder noch	Zufrie- den	Sehr zu- frie- den
1.	Wie würden Sie ihre Lebensqualität beurteilen?	<input type="radio"/>				
2.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	<input type="radio"/>				
3.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	<input type="radio"/>				
4.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, all- tägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="radio"/>				
5.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähig- keit?	<input type="radio"/>				
6.	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	<input type="radio"/>				
7.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="radio"/>				
8.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	<input type="radio"/>				
9.	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	<input type="radio"/>				
10.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedin- gungen?	<input type="radio"/>				
11.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	<input type="radio"/>				
12.	Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungs- mitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	<input type="radio"/>				

Gesundheitsfragen zu Ihrer Partnerin

Zeitpunkt der Erstdiagnose (Monat/Jahr): _____

Tumorlokalisation:

- Tumor der Brust
 - rechts
 - links
 - beidseitig

Sonstige Tumoren:

- Leukämie (Blutkrebs)
- Tumor der Lymphknoten
- Tumor der Weichteile
- Hirntumor/ Tumor des Nervensystems
- Tumor der Nieren
- Tumor der Knochen

Andere: _____

Art der aktuellen Erkrankung:

- Ersterkrankung
- Zweittumor welche: _____
- Metastasierung (Streuung)
- Rezidiv (Wiederauftreten)
- Erkrankungsfrei seit (Jahreszahl): _____

Sonstiges: _____

Aktuelle Behandlung:

- in Akutklinik
- ambulante Behandlung
- in Rehabilitationsklinik
- keine
- BRCA Status
 - positiv
 - negativ

Aktuelle Therapiephase:

- Operation
 - brusterhaltende Operation
 - Entfernung der Eierstöcke
 - Brustvergrößerung/Brustverkleinerung
 - vollständige Abnahme der Brust
 - Brustwiederaufbau
- Strahlentherapie
- Chemotherapie
- Stammzellentransplantation

Andere: _____

Vorbehandlungen bis zum jetzigen Zeitpunkt:

- Operation
- Chemotherapie
- Alternativmedizin
- Immuntherapie
- Schmerztherapie
- Interferontherapie
- Andere
- Strahlentherapie
- Stammzellentransplantation
- Antihormonelle Therapie
- Antikörpertherapie

Gesundheitszustand

Die folgenden Fragen beziehen sich auf ihren **gesundheitlichen Zustand während der letzten zwei Wochen**. Bitte kreuzen Sie die an der ehesten zutreffenden Antwort an.

	Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1.	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
5.	Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegt, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln, oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ja		Nein	
6.	Möchten Sie Hilfe für diese Beschwerden in Anspruch nehmen?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	

Bewältigungsstrategien

Im Folgenden erhalten Sie eine Reihe von Aussagen. Diese Aussagen beziehen sich auf den **Zeitraum der letzten zwei bis drei Wochen einschließlich heute**, also auf ihre derzeitige Situation. Bitte kreuzen Sie die an der ehesten zutreffenden Antwort an.

		Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt mittel- mäßig	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
1.	Die Dinge, mit denen ich mich momentan am meisten beschäftige, werden mir in Zukunft noch von Nutzen sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Bei Konflikten an denen ich nichts ändern kann, finde ich einen Weg, die Ruhe zu bewahren und mit diesem Problem fertig zu werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	In Konfliktsituationen gebe ich mich nicht geschlagen und versuche zumindest, einen Kompromiss heraus zu handeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Wenn ich an einer Situation nichts ändern kann, versuche ich das Bestmögliche daraus zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Wenn ich ein Ziel erreichen möchte und deswegen mit jemandem in einen Konflikt gerade, versuche ich diese Person dazu zu bringen, mir zu helfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Wenn mal wieder etwas schief läuft und ich daran nichts ändern kann, versuche ich mich der Situation anzupassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Auch wenn einmal alles schief läuft, glaube ich, dass es wieder aufwärts gehen wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Im Folgenden erhalten Sie eine Reihe von Aussagen. Diese Aussagen beziehen sich auf den **Zeitraum der letzten zwei bis drei Wochen einschließlich heute**, also auf ihre derzeitige Situation. Bitte kreuzen Sie die an der ehesten zutreffenden Antwort an.

		Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt mittelmäßig	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
9.	Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, hole ich mir manchmal Rat, um mir klar zu werden, was ich in dieser Situation tun kann.	<input type="radio"/>				
10.	Ich glaube, ich werde in meinem Leben noch genug Zeit haben, Dinge zu tun, die mir Spaß machen.	<input type="radio"/>				
11.	Bei Problemen, die nicht sofort zu bewältigen sind, versuche ich, in Ruhe abzuwarten.	<input type="radio"/>				
12.	In Problemsituationen denke ich oft in Ruhe nach und entwerfe einen Plan, um diese Situation zu meistern.	<input type="radio"/>				
13.	Manchmal lasse ich die Dinge und Probleme wie sie sind und kann damit auch gelassen umgehen.	<input type="radio"/>				
14.	In schwierigen Situationen fällt mir meistens etwas Kreatives ein, um die Situation zum Besseren zu wenden.	<input type="radio"/>				
15.	Ich glaube, das Leben wird für mich noch viele Chancen bereithalten.	<input type="radio"/>				
16.	Selbst wenn ich durch ein Problem ganz angespannt bin, weiß ich, wie ich mich wieder entspannen und damit fertig werden kann.	<input type="radio"/>				
17.	Um ein Problem zu lösen, überlege ich mir oft einen Plan, um es zu beseitigen.	<input type="radio"/>				
18.	Meine jetzigen Erfahrungen sind eine gute Vorbereitung zur Bewältigung künftiger Probleme.	<input type="radio"/>				

Im Folgenden erhalten Sie eine Reihe von Aussagen. Diese Aussagen beziehen sich auf den **Zeitraum der letzten zwei bis drei Wochen einschließlich heute**, also auf ihre derzeitige Situation. Bitte kreuzen Sie die an der ehesten zutreffenden Antwort an.

		Stimmt nicht	Stimmt wenig	Stimmt mittelmäßig	Stimmt ziemlich	Stimmt sehr
19.	Ich setze viel Hoffnung in die Zukunft.	<input type="radio"/>				
20.	Ich werde in meinem Leben noch viele schöne Dinge erleben.	<input type="radio"/>				
21.	Ich glaube, dass ich die Dinge erreichen kann, die ich mir wünsche.	<input type="radio"/>				
22.	Manche Dinge, die vor mir liegen, sind zwar schwer zu bewältigen, aber ich werde es schon schaffen.	<input type="radio"/>				

Ich wünsche mir in meiner Rolle als Partner Unterstützung zu erhalten.

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe |
| <input type="checkbox"/> Psychologische Unterstützung | <input type="checkbox"/> Seelsorge |
| <input type="checkbox"/> Finanzielle Unterstützung | <input type="checkbox"/> Freunde/Familie |
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Bücher | |

- Andere: _____

Haben Sie noch Anregungen/Hinweise, die Sie uns gerne mitteilen möchten?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie die folgenden 3 Seiten noch zusätzlich ausfüllen würden!

Unterstützungsbedürftigkeit

Kreuzen Sie diejenige Zahl an, die am besten beschreibt, ob Sie diesbezüglich ein Unterstützungsbedürfnis **im vergangenen Monat** hatten. Wenn Sie denken, dass diese Frage nicht für Ihre Situation zutrifft, dann kreuzen Sie bitte 1 („Bedürfnis nicht vorhanden“) an. **Es stehen 5 mögliche Antworten zur Auswahl:**

Kein Bedürfnis nach Unterstützung	1	Bedürfnis nicht vorhanden – Dies war für mich bei der Unterstützung de-sKrebspatienten kein Problem.
	2	Bedürfnis bereits erfüllt – Dabei habe ich Unterstützung benötigt, aber mein Unterstützungsbedarf war zu dieser Zeit erfüllt.
Bedürfnis nach Unterstützung	3	Geringes Bedürfnis – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte geringen Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.
	4	Mittleres Bedürfnis – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte mittleren Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.
	5	Hohes Bedürfnis – Dieses Thema bereitete mir Sorge oder Schwierigkeit. Ich hatte hohen Bedarf nach zusätzlicher Unterstützung.

		<u>kein</u> Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
<u>Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf...</u>		habe hier kein Problem	werde bereits unterstützt	gering	mittel	hoch
1.	Erhalt von Informationen zu Ihren Bedürfnissen als Angehöriger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Erhalt von Informationen über die Prognose der betroffenen Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Erhalt von Informationen zu Unterstützungsangeboten für Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Erhalt von Information zu alternativen Therapiemöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Erhalt von Information über körperliche Bedürfnisse der betroffenen Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Erhalt von Information über Nutzen und Nebenwirkungen der Behandlungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Erhalt der bestmöglichen medizinischen Versorgung für die betroffene Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Zugang zu wohnortnaher Gesundheitsversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		<u>kein</u> Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
<u>Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf...</u>		habe hier kein Problem	werde bereits unterstützt	gering	mittel	hoch
9.	Einbindung in die Versorgung der betroffenen Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Möglichkeiten zum Besprechen von Sorgen mit dem Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Vertrauen, dass die Ärzte sich gegenseitig ausreichend absprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Sicher sein zu können, dass alle Dienstleistungen ausreichend koordiniert werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Eingehen auf Beschwerden bzgl. der Versorgung der betroffenen Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Die Verminderung der Belastung der betroffenen Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Die Beachtung meiner eigenen Gesundheit einschließlich Essen und Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Angemessene Behandlung der Schmerzen der betroffenen Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Ängste bzgl. der Verschlechterung des Zustandes der betroffenen Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Erhalt von Information über Zeugungsfähigkeit/ Fruchtbarkeit der betroffenen Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Praktische Versorgungsaufgaben wie Baden, Wechsel von Verbänden oder Verabreichen von Medikamenten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Anpassung an die Veränderungen im Leben/Berufsleben der betroffenen Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Den Einfluss der Pflege der betroffenen Partnerin auf mein eigenes Leben/Berufsleben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Finanzielle/staatliche Unterstützungsmöglichkeiten für mich und/oder der betroffenen Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Kommunikation mit der Person, die ich pflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Kommunikation mit der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Mehr Unterstützung seitens der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		<u>kein</u> Bedürfnis nach Unterstützung		Bedürfnis nach Unterstützung		
<u>Während des letzten Monats: Wie groß war Ihr Unterstützungsbedarf im Hinblick auf...</u>		habe hier kein Problem	werde bereits unterstützt	gering	mittel	hoch
26.	Austausch mit anderen Menschen, die Krebskranke versorgt haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	Sprechen über die Krebsthematik im Privatleben oder bei der Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	Die Bewältigung von Sorgen über ein Wiederauftreten der Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.	Auswirkungen der Erkrankung auf die Beziehung zu der betroffenen Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	Das Verstehen der Erfahrungen, die die betroffene Partnerin macht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	Den Ausgleich zwischen meinen Bedürfnissen und denen der betroffenen Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.	Mein Einstellen auf Veränderungen am Körper der betroffenen Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.	Ansprechen der Probleme in meinem Sexualleben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.	Emotionale Unterstützung für mich selbst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.	Emotionale Unterstützung für mir Nahestehende/meine Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.	Ausbleibende Anerkennung für meine Belastungen durch die Pflege der betroffenen Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37.	Genesung der betroffenen Partnerin nicht in erwarteter Weise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38.	Das Treffen von Entscheidungen für mein Leben im Zustand der Ungewissheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.	Meine eigene Spiritualität/Glauben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40.	Das Finden von Sinn in der Erkrankung der betroffenen Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41.	Möglichkeiten, an der Behandlungsentscheidung der betroffenen Partnerin beteiligt zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42.	Gefühle in Verbindung mit dem Gedanken an den Tod und an das Sterben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anhang B: EM – Imputation

Tabelle 7: *Em-Imputation*

Skala	Anzahl gültiger Werte	Anzahl fehlender Werte	Prozent fehlender Werte
PHQ4	53	12	18,46 %
Ferus Coping	52	13	20 %
Ferus Hoffnung	52	13	20 %
Stand. Beziehungsfragebogen	52	13	20 %
Intensive Beziehung 17 vD	47	18	27,69 %
Intensive Beziehung 17 nD	48	17	26,15 %
Gesundheit der Partnerin 18 vD	46	19	29,23 %
Gesundheit der Partnerin 18 nD	46	19	29,23 %
Bezugsperson 19 vD	47	18	27,69 %
Bezugsperson 19 nD	48	17	26,15 %
Sexualbedürfnis 20 vD	48	17	26,15 %
Sexualbedürfnis 20 nD	48	17	26,15 %
Körperliche Anziehung 21 vD	45	20	30,77 %
Körperliche Anziehung 21 nD	44	21	32,31 %
Erscheinungsbild 22 vD	49	16	24,62 %
Erscheinungsbild 22 nD	50	15	23,08 %
Intimität 23 vD	48	17	26,15 %
Intimität 23 nD	49	16	24,62 %
Äußeres 24 vD	47	18	27,69 %
Äußeres 24 nD	49	16	24,62 %
Zärtlichkeit 28 vD	47	18	27,69 %
Zärtlichkeit 28 nD	48	17	26,15 %
Körperliche Mängel 29 vD	45	20	30,77 %
Körperliche Mängel 29 nD	46	19	29,23 %
Ekel 30 vD	36	29	44,62 %
Ekel 30 nD	39	26	40 %

Tabelle 8: Reliabilitätsanalyse Selbsteinschätzung

Aspekt	N ¹	Median	Minimum	Maximum	Quartil	
					erstes	drittes
Beziehung vD	65	2	1	3	1	2
Beziehung nD	65	2	1	3	1	2
Gesundheit vD	65	1	1	3	1	2
Gesundheit nD	65	2	1	3	1	2
Bezugsperson vD	64	2	1	3	1	2
Bezugsperson nD	65	2	1	3	1	2
Sexualität vD	65	1	1	3	1	2
Sexualität nD	65	1	1	3	1	1
Anziehung vD	64	2	1	3	1	2
Anziehung nD	65	2	1	3	1,50	2
Erscheinung vD	65	1	1	3	1	2
Erscheinung nD	65	2	1	3	1	2
Intimität vD	65	1	1	3	1	1
Intimität nD	65	1	1	3	1	1,50
Äußeres vD	65	2	1	3	1	2
Äußeres nD	65	2	1	3	1	2
Zärtlichkeit vD	65	1	1	3	1	2
Zärtlichkeit nD	64	1	1	3	1	2
Mängel vD	65	2	1	3	1	2
Mängel nD	65	2	1	3	1	2
Ekel vD	64	1	1	3	1	2
Ekel nD	63	1	1	3	1	2

Anmerkungen. vD = vor der Diagnose. nD = nach der Diagnose. 1 = Trifft häufig zu. 2 = Manchmal. 3 = Selten. ¹ Stichprobengröße.

Demographische Angaben:

Bezüglich der Herkunft kamen die meisten Personen aus Deutschland. 24 Prozent der Befragten haben keine Angabe bezüglich ihrer Herkunft gemacht.

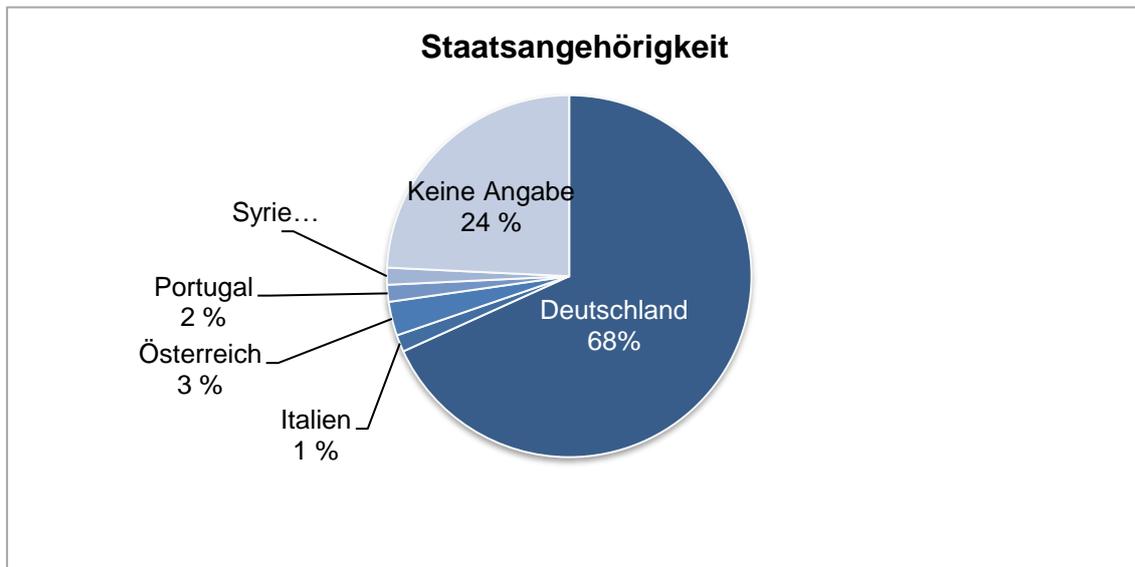


Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der Staatsangehörigkeit

Hinsichtlich der Aufteilung des Familienstandes nannte die Mehrzahl der Personen (56,9 %) „verheiratet“ zu sein, gefolgt von 16,9 % „mit Partnerin“, 5 % der Teilnehmenden wählten „Sonstiges“ (siehe Figure 2).

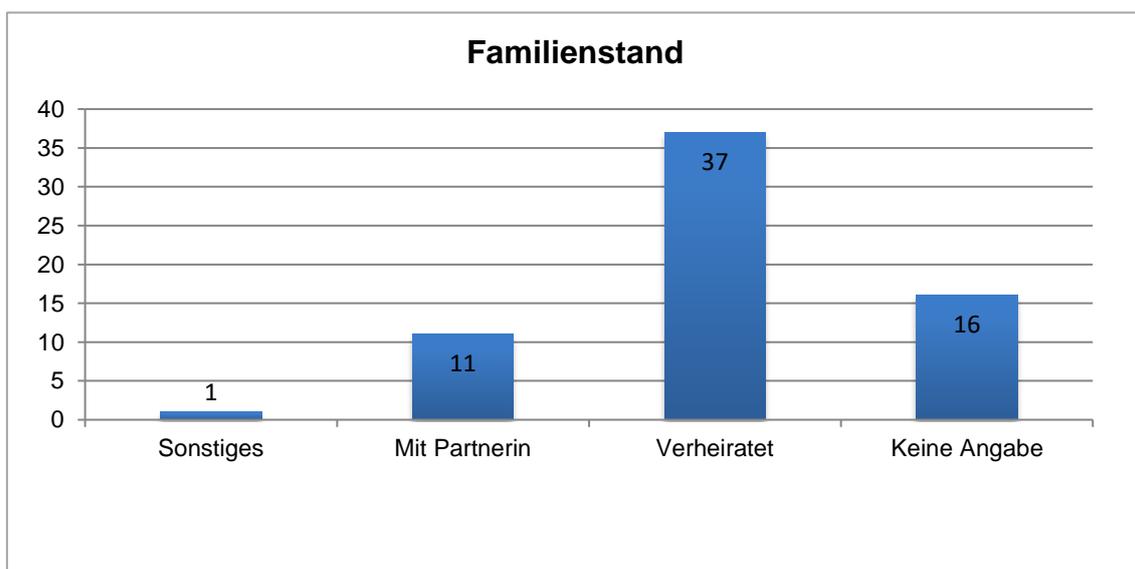


Abbildung 3: Prozentuale Verteilung des Familienstandes

Bezüglich der Fragestellung zur Anzahl der Kinder wurde am meisten die Option „keine Angabe“ gewählt. 27,7 % gaben an, zwei Kinder zu haben.

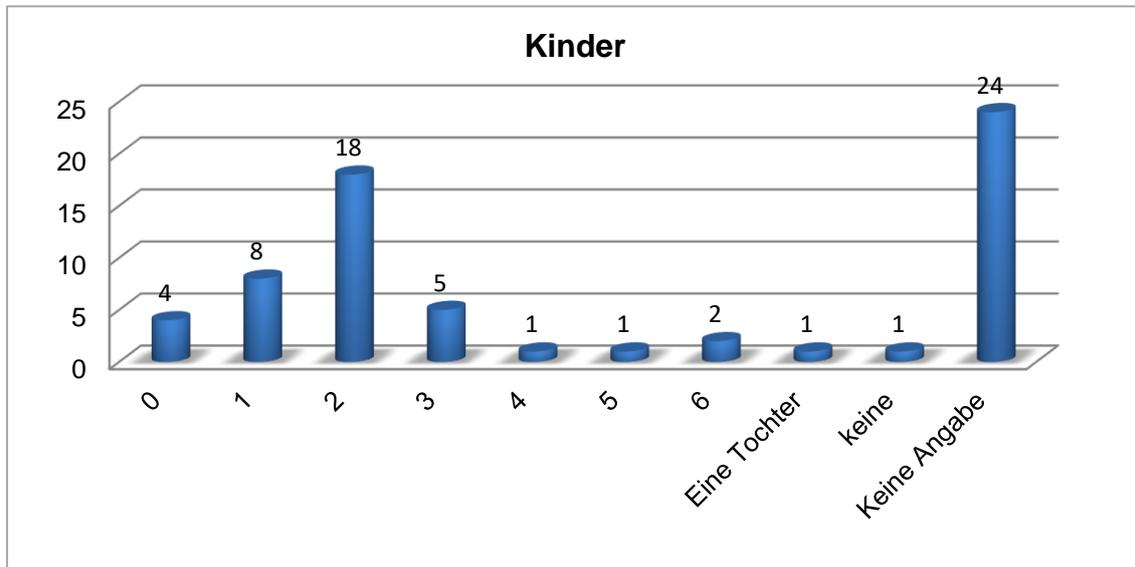


Abbildung 4: Verteilung der Anzahl der Kinder

Auf die Frage, ob die Kinder mit im eigenen Haushalt leben, wollten 34 Personen keine Angabe machen, der Rest der Angaben war unterschiedlich verteilt.

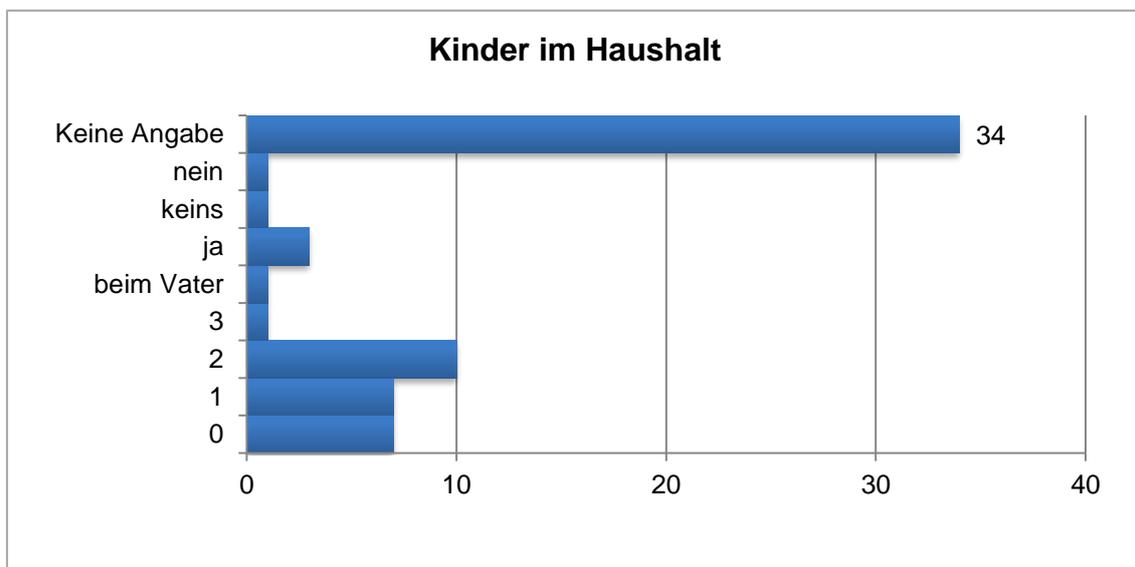


Abbildung 5: Verteilung der Kinder im Haushalt der Eltern lebend

Bezüglich des Bildungsstandes der befragten Partner gaben 14 Personen an einen Realschul- / Mittelschulabschluss und 14 Personen einen Hauptschulabschluss zu haben.

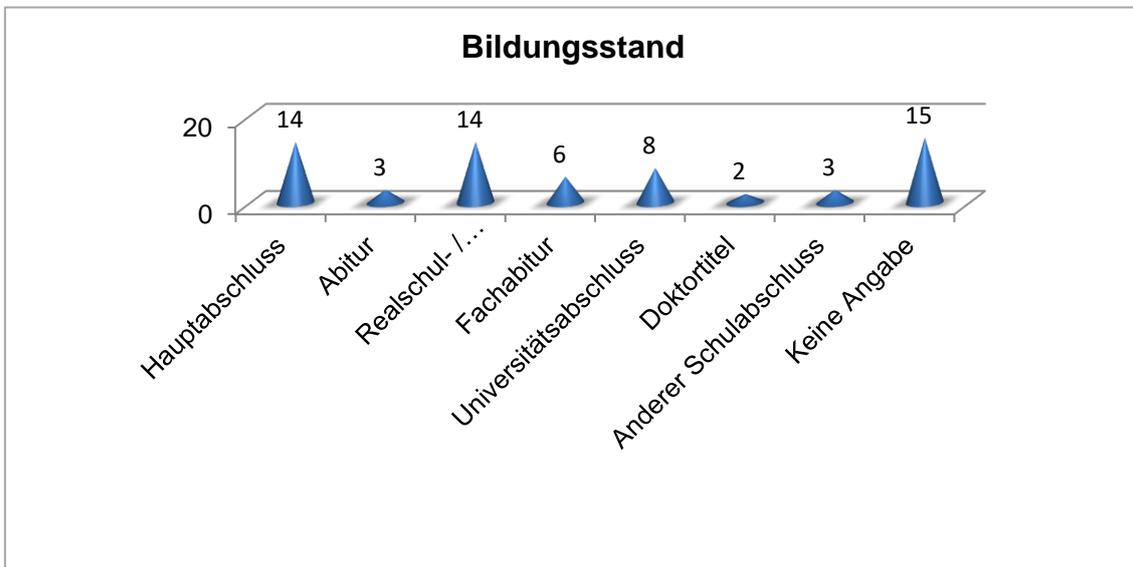


Abbildung 6: Verteilung höchster Bildungsstand

Von den 65 befragten Männern beantworteten nur drei Personen die Frage nach Alternativen zum Schulabschluss.

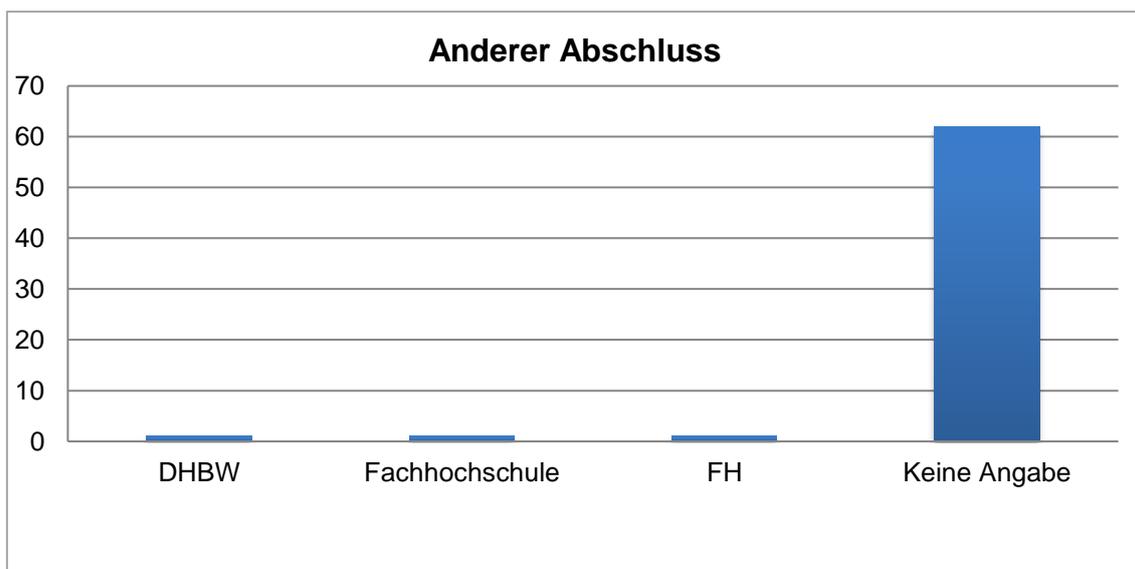


Abbildung 7: Verteilung anderer Abschluss

Hinsichtlich der abgeschlossenen Berufsausbildung gaben 29,9 % an eine Lehre gemacht zu haben.

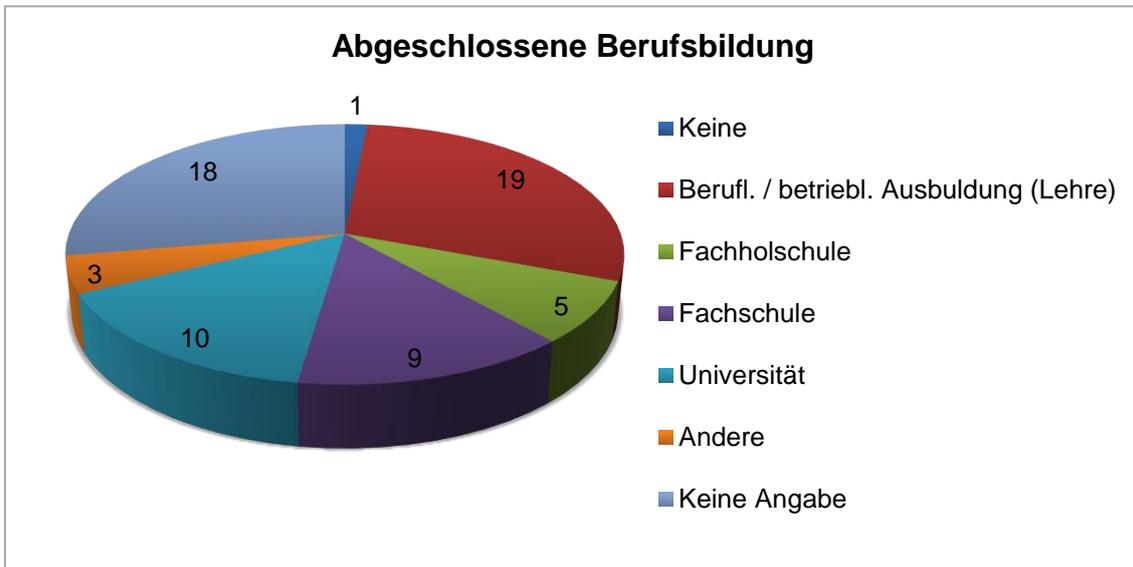


Abbildung 8: Verteilung abgeschlossene Berufsbildung

Bezüglich anderer Berufsbildung gab es von 62 Personen keine Angaben.

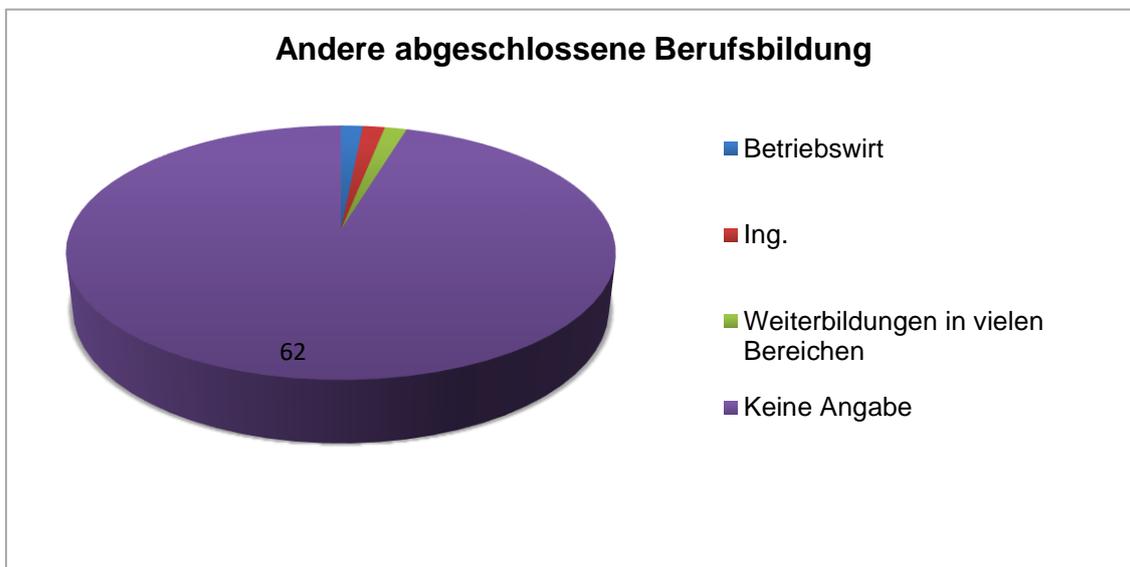


Abbildung 9: Verteilung andere abgeschlossene Berufsbildung

Zu der Frage, wie der aktuelle berufliche Status sei, gaben 25 Personen an als Beamte tätig zu sein.

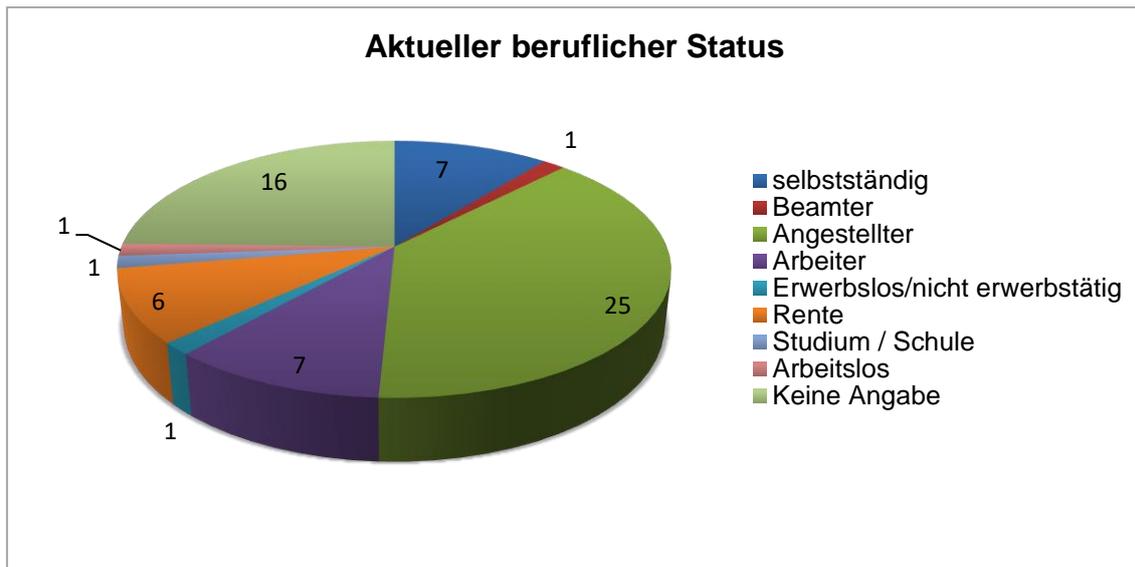


Abbildung 10: Verteilung aktueller beruflicher Status

Welchen genauen Arbeitsbereich die Partner ausüben wollte der Großteil der Befragten nicht beantworten. 12 Personen gaben an im Produktionsbereich zu arbeiten.

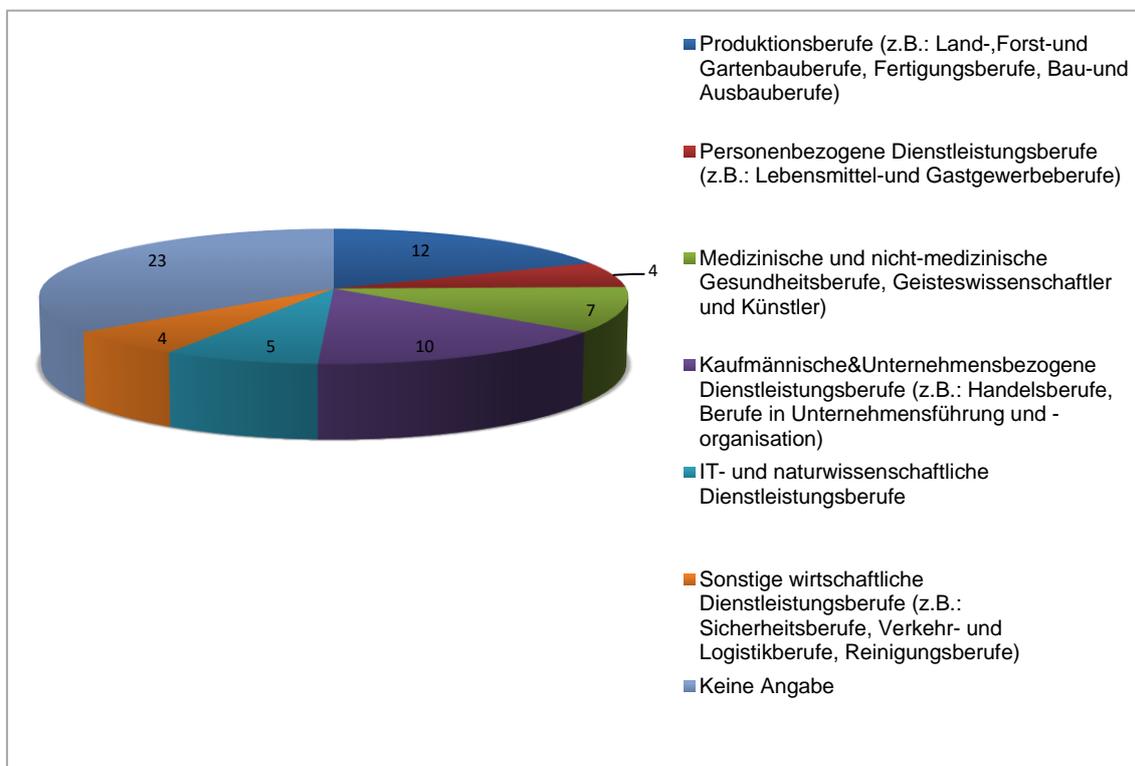


Abbildung 11: Prozentuale Verteilung aktueller berufliche Status

17 Personen gaben an zu dem Zeitpunkt der Befragung in einem Dorf zu leben.

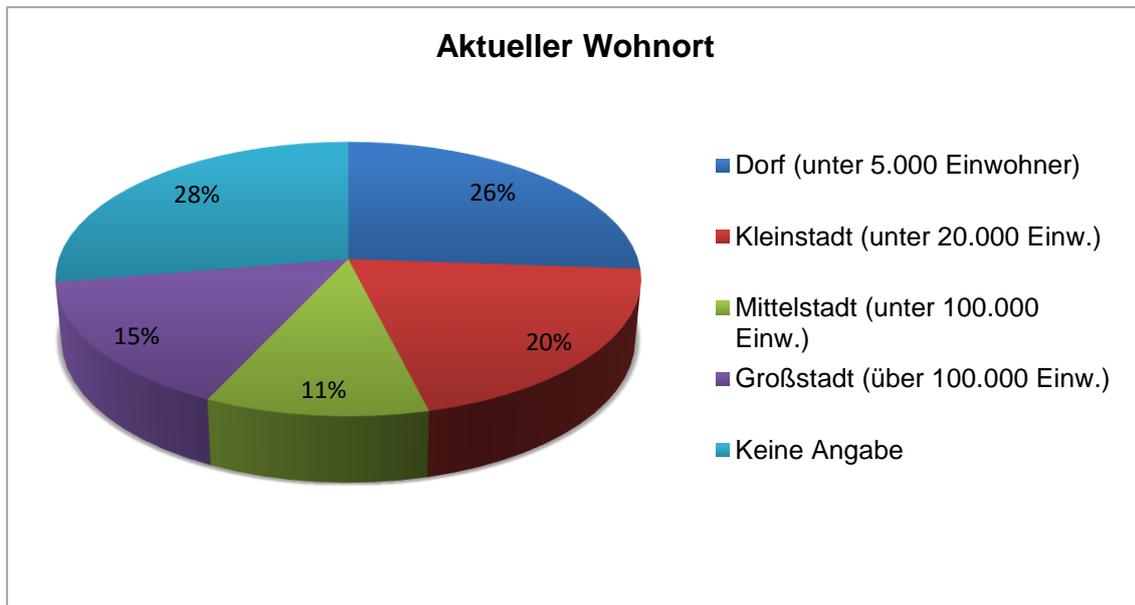


Abbildung 12: Prozentuale Angabe aktueller Wohnort

10 Erklärungen zum Eigenanteil

Die vorliegende Studie wurde in Zusammenhang mit Herrn Prof. Dr. Stephan Zipfel, Ärztlicher Direktor der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen, Herrn Prof. Dr. Martin Teufel, Ärztlicher Direktor der Klinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Essen, sowie mit Frau Dr. Dipl.-Psych. Johanna Graf, Psychologin und Psychoonkologin der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsklinik Tübingen konzipiert.

Die Inhalte des Fragebogens wurden in Zusammenarbeit von Frau Dr. Dipl.-Psych. Johanna Graf, Herrn Prof. Dr. Martin Teufel und mir erstellt.

Sämtliche Verteilungen der Fragebögen wurden durch mich durchgeführt. Die Erstellung des Fragebogens auf Unipark erfolgte zusammen mit Frau Dr. Dipl.-Psych. Johanna Graf und Herrn Prof. Dr. Martin Teufel.

Die statistische Auswertung erfolgte durch mich nach Beratung von Frau Dr. Dipl.-Psych. Johanna Graf.

Ich versichere das Manuskript eigenständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir im Text gekennzeichneten Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den 30.01.2023

11 Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Stephan Zipfel und Herrn Prof. Dr. Martin Teufel für die Möglichkeit der Durchführung dieser Studie bedanken. Ein großes herzliches Dankeschön für die konstruktiven Anmerkungen und Unterstützung während dieser gesamten Zeit der Betreuung.

Ein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Frau Dr. Dipl.-Psych. Johanna Graf für die sehr gute und konsequente Betreuung während des langen Zeitraumes von Beginn der Erstellung des Fragebogens bis hin zur Fertigstellung dieser Arbeit. Ihre Ratschläge und konstruktive Kritik waren immer hilfreich und sinnvoll. Ohne ihre Unterstützung wäre das Gelingen dieser Arbeit nicht möglich gewesen.

Ebenfalls möchte ich mich bei dem Team der Universitätsfrauenklinik Tübingen für die angenehme Zusammenarbeit bedanken.

Die Statistik wurde von M.Sc. Theresa Wolf korrekturgelesen. Vielen Dank für die Unterstützung.

Der größte Dank gilt meinen Eltern und meinen drei älteren Geschwistern für den Rückhalt während meines gesamten Studiums und die große Unterstützung in all meinen Lebensbereichen.