

Christine Jäger

Die Angst steht der Angst gegenüber – Aus der Erfahrung einer betroffenen Ärztin

Wie komme ich dazu, mich als – mittlerweile ehemalige – Frauenärztin mit dem Thema „Angst“ zu beschäftigen? Vor genau sechs Jahren wurde bei mir im Alter von 44 Jahren Brustkrebs entdeckt, ein scheinbarer „Zufallsbefund“ in der halb routinemäßig durchgeführten Mammographie. Im Laufe meiner mittlerweile sechsjährigen Krankheitsgeschichte als „Krebspatientin“ habe ich dank der mich behandelnden Kollegen und Kolleginnen sehr viel Professionalität in Bezug auf Brustkrebs erlebt. Jedem einzelnen Menschen, der sich meiner angenommen hat, gegenüber empfinde ich dafür Dankbarkeit und Anerkennung. Dennoch hat es Situationen und Äußerungen – vor allem von männlichen Kollegen – gegeben, die mich verwundert, irritiert und manchmal sogar geschockt, verletzt und nachhaltig beschäftigt haben. Ich fragte mich: „Warum hat er das so gesagt, oder warum hat er so gehandelt?“ Bei der Suche nach der Antwort auf meine Fragen fiel mir ein Aufsatz von Albert Camus in die Hände mit dem Titel „Das Jahrhundert der Angst“.

Albert Camus schrieb vor über 40 Jahren: „Das 17. Jahrhundert war das Jahrhundert der Mathematik, das 18. jenes der Naturwissenschaften und das 19. jenes der Biologie. Das unsrige, das 20. Jahrhundert, ist das Jahrhundert der Angst ...“

Schon der Titel und dieser erste Satz schienen eine Antwort auf meine Frage. Natürlich, wir alle leben in einer Atmosphäre der Angst. Auch ich hatte mitunter regelrecht Angst vor dem Kontakt mit meinen Krebspatientinnen gehabt. Also haben vermutlich auch diese, meine mich behandelnden Kollegen Ängste, jeder auf seine Art mehr oder weniger, eingeschlossen die Angst vor mir als Krebspatientin. Zwar wichen die meisten Kollegen und Kolleginnen meines Bekannten- und Freundeskreises – von mir daraufhin privat angesprochen – der



Frage nach ihren Ängsten aus, aber ein paar wenige gaben sie auch unumwunden zu. Das waren Gründe genug, mich dem Thema ‚Angst‘ einmal aus beiden Richtungen zu nähern. Dabei gibt es genügend Literatur und Aussagen über die Angst der Krebspatientin, über die Angst der Ärzte vor der Krebspatientin traut sich aber kaum jemand zu sprechen. Jedoch stehen sich in der Auseinandersetzung mit einer – egal welcher – Krebserkrankung immer mindestens zwei Menschen gegenüber, die ganz natürliche Empfindungen von Angst haben.

Was wissen wir als somatisch ausgerichtete Mediziner über das Thema ‚Angst‘? Im Lexikon der Psychologie fand ich folgende Beschreibungen: Angst, vom lateinischen ‚anxietas‘, bedeutet ein „Erleben sich verändernder Mischungen von Ungewissheit, Erregung und Furcht.“ Oder: Angst, „ein Spannungszustand, der durch das Erfahren von Missbilligung in zwischenmenschlichen Beziehungen entsteht ...“ Einerseits handelt es sich also um etwas, was unseren Zustand verändert, andererseits diesen aber auf einem bestimmten Niveau – nämlich von Anspannung – hält.

Die Angstreaktionen, so wie sie hier weiter beschrieben werden, kennen wir alle aus eigener Erfahrung. Physiologisch betrachtet sind sie für den Mediziner relativ leicht erkennbar und sogar messbar: Da gibt es sympathische (also vom Sympathikus ausgelöste) Reaktionen wie erhöhte Atem- und Pulsfrequenz, steigender Blutdruck, Schwitzen, Erweiterung der Pupillen und Trockenheit des Mundes. (...) Die parasympathischen Reaktionen sind Durchfall, Übelkeit, Erbrechen und erhöhte Häufigkeit des Harnlassens. Letzteres ist, so glaube ich, eine sehr weibliche Reaktion auf Angst, was anatomisch bedingt erklärbar wäre. Konstante Begleiterscheinung der Angst sind darüber hinaus eine gesteigerte allgemeine Reizbarkeit sowie ein allgemeines Ansteigen des Muskeltonus. Interindividuell variieren diese Reaktionsverläufe stark, jedoch bilden sie für das einzelne Individuum ein unverändertes, typisches Muster. Jeder Mensch hat seine ureigene Reaktion auf Angst.

In der Literatur wird weiter unterschieden zwischen ‚angepasster‘ und ‚unangepasster‘, d.h. ‚pathologischer‘ Angstreaktion. Letzteres sind Angstreaktionen auf Reizungen ohne Beziehung zu Gefahr. Hierbei können die geistige Konzentration, der leichte Fluss der Assoziation und die Registrierung von Eindrücken vermindert sein. Es kann eine reduzierte Effizienz vorliegen, sowie ein beeinträchtigtes soziales Funktionieren. Gerade auf diese pathologische Angstreaktion kommen wir noch zurück.

Wann treffen wir im medizinischen Alltag auf Angst? Fritz Rieman schreibt in ‚Grundformen der Angst‘: „Angst tritt immer dort auf, wo wir uns in einer Situation befinden, der wir nicht oder noch nicht gewachsen sind. Jede Entwicklung, jeder Reifungsschritt ist mit Angst verbunden, denn er führt uns in etwas Neues, bisher nicht Gekanntes und Gekonntes, in innere oder äußere Situationen, die wir noch nicht und in denen wir uns noch nicht erlebt

haben. Alles Neue, Unbekannte, ... enthält neben dem Reiz des Neuen ... auch Angst.“ In unserer Wahrnehmung versteckt sich die Angst also meistens hinter dem, was ich hier als „Un“-Gefühle bezeichnen möchte. Ich meine damit Empfindungen wie ‚un‘bekannt, ‚un‘angenehm, ‚un‘abänderlich, ‚un‘erfreulich, ‚un‘beherrschbar, ‚un‘vorhersehbar, eben jedwede ‚Un‘wohlseinsgefühle.

All das schafft Unsicherheit, die gleichermaßen selbstständig neben der oben beschriebenen Professionalität auf der Seite der Ärzte, vor allem aber auch auf der Patientinnenseite, in jedem neuen Fall einer Krebserkrankung auftaucht. Wer von den behandelnden Ärzten weiß denn schon – auch bei noch so großem statistischem Wissen –, wie der Krankheitsverlauf bei dieser einen neuen Patientin aussehen wird, oder gar, wann und ob sie an dieser Krebserkrankung sterben wird? Und eigentlich ist das die ängstliche Frage, die die Patientin an ihn richten möchte, sich aber in den wenigsten Fällen getraut, dies auch zu tun.

Dass Patientinnen diese ‚Un‘-Gefühle, diese Unsicherheit und Angst vor ihrem Arzt haben, der in der Funktion dessen ist, der schlechte Nachrichten übermitteln muss, wird aufgrund alltäglicher Erfahrungen selbstverständlich von Behandlerseite angenommen. Viele Patientinnen äußerten diese Ängste auch unumwunden in meinen Sprechstunden als Frauenärztin. Die Angst, bei der Untersuchung zur Krebsfrüherkennung könne „etwas gefunden werden“, wurde mir gegenüber immer wieder zugegeben. Viele Frauen hält diese Angst ja davon ab, zur Krebsvorsorge zu gehen oder ihre Brust regelmäßig selbst zu untersuchen. Wenn dann tatsächlich ein verdächtiger Befund erhoben wird, kommt die Angst vor der Operation, bzw. mehr noch vor der Narkose, dann die Angst vor der alles entscheidenden histologischen, feingeweblichen Diagnose. Dann kommt die Angst vor der Chemotherapie, wobei die Angst vor dem Haarausfall vorrangig angegeben wird. Vergessen wir nicht die Angst, für den Partner nicht mehr attraktiv zu sein, deshalb von ihm verlassen oder nicht mehr berührt zu werden. In dem Begriff der Nachsorge steckt das Wort ‚Sorge‘ und damit auch die Angst schon mit drin, und in der Tat spielt dort bei jeder Untersuchung die immer neue Angst vor den Laborwerten, den Tumormarkern usw. eine große Rolle. Alles in allem ist diese Angst, die von der Patientin ausgeht, allgegenwärtig und akzeptiert.

Mit einigen dieser Ängste habe ich mich vor sechs Jahren, als ich mich relativ plötzlich und nicht gerade erwartet auf der Patientinnenseite wiederfand, auseinandersetzen müssen und kann sie seitdem sehr gut nachvollziehen. Sie tauchten auch je nach Situation immer mal wieder auf, wenn auch in unterschiedlicher und nachlassender Intensität. Momentan – und vor allem seitdem ich wieder in Afrika lebe und arbeite – erlaube ich mir die Arroganz zu behaupten, ich sei so gut wie angstfrei. Und das, obwohl ich erst im vergangenen Jahr wegen eines Lokalrezidivs eine Strahlentherapie über mich habe ergehen lassen und ich

mich derzeitig nicht als von meinem Brustkrebs ‚geheilt‘ ansehen kann. Aber auch dazu möchte ich später noch einmal kommen.

Festzuhalten gilt, dass die Angst der Krebspatientin vor dem Arzt von allen Seiten verstanden und auch akzeptiert ist, unabhängig davon, ob damit im Einzelfall richtig umgegangen wird.

Wie sieht es dagegen mit den oben genannten ‚Un‘-Gefühlen beim behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin aus? Jede neue Begegnung mit einer möglichen oder tatsächlichen Krebspatientin bringt Unsicherheiten mit sich, die vielleicht weniger in der Diagnostik und Therapie als vielmehr in der psychischen Verfassung und in der Reaktion der Patientin auf die Krankheit begründet sind. Und dass gerade letzteres für den Krankheitsverlauf und damit auch für den Therapieerfolg mit ausschlaggebend ist, das weiß oder ahnt zumindest ja nun mittlerweile jeder ‚Psycho-Laie‘ unter den behandelnden Medizinern und Medizinerinnen.

Wovor hat also der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin Angst? Da ist zum einen sicherlich die Angst vor einer möglichen Fehldiagnose durch den Pathologen. Gegenüber der Patientin besteht die Angst, ihr die Diagnose ‚Krebs‘ mitteilen zu müssen und dabei die richtigen Worte – aber auch das richtige Ambiente – zu finden. Viel Unsicherheit liegt in der Abschätzung, wie und mit wem das am besten zu erfolgen hat, ob z.B. der Partner dabei sein sollte. Da ist auch die Angst vor mangelndem Vertrauen der Patientin in die sogenannte ‚ärztliche Kunst‘, auch vor einer unüberlegten Kurzschlussbehandlung der Patientin. So könnte diese ja plötzlich die Behandlung ablehnen und/oder einen zweiten ärztlichen Rat (womöglich eines Scharlatans) einholen. Die Angst, die Patientin könne in Tränen ausbrechen – was ja sehr gut möglich ist – spielt auch eine Rolle. Was mache ich dann? Kann ich sie tröstend in die Arme nehmen – oder wäre das übertrieben? Diese Liste der möglichen Ängste und Unsicherheiten ist sicher längst nicht vollständig, aber dies sind aus meiner eigenen Retrospektive als behandelnde Ärztin die Unsicherheiten und damit Ängste, mit denen ich mich auseinandergesetzt habe, und die – so denke ich – durchaus der ‚Norm‘ entsprechen.

Nun habe ich aber auch durch meine eigene Brustkrebserkrankung in den vergangenen sechs Jahren viele Gelegenheiten gehabt, meine Kollegen und Kolleginnen aus der Sicht der Patientin zu erleben. Und dabei bin ich doch auf jede Menge Unsicherheiten im speziellen Umgang mit mir als krebserkrankter Kollegin gestoßen. Wie anfangs schon angedeutet, irritierten mich in einer oft krampfhaft entspannten Atmosphäre so flapsig dahin gesagte Sprüche wie zum Beispiel: „Das (meine Krebserkrankung) ist aber schlimm für die Praxis ...“ Gemeint war unsere Gemeinschaftspraxis. Bei Sätzen wie „Mädchen, Du bist gesund“ oder „Medizinisch will ich Sie hier nicht mehr sehen ...“ (übrigens von einem Professor, der zweimal an

einem Lokalrezidiv vorbeieoperiert hatte, wie sich im nachhinein herausstellte) habe mich gefragt: Warum reagieren meine Kollegen so? Auch das Ausweichen auf völlig belanglose andere Themen im Nachsorge-Gespräch irritierte mich. Warum nehmen sie mich als Krebspatientin nicht ernst, fragte ich mich. Klar, es war sicher zum Teil freundlich gemeint, dass sie mich ganz offensichtlich lieber gesund sahen. Aber warum vermittelten sie mir das Gefühl, nicht als Patientin wie alle anderen angenommen zu werden?

Ich fand eine Antwort auf diese Fragen in der Erkenntnis, dass auch meine Kollegen nicht angstfrei sein können, weil Angst etwas alltägliches ist. Eine weitere Erklärung für ihr Verhalten fand ich in der Annahme, dass ich als meist gleichaltrige Kollegin, die selber Krebspatientinnen behandelte, eine besondere Herausforderung bedeuten und zusätzliche Empfindungen bei den Kollegen auslösen könnte. Meiner Fantasie nach waren das Ängste ihrerseits, ich könne ihnen gegenüber mehr Misstrauen und Skepsis mitbringen, als ‚gewöhnliche‘ Patientinnen. Infolgedessen war ich auch immer bestrebt, mein Vertrauen ihnen gegenüber zu betonen. Vor allem aber dachte ich mir, dass die Konstellation ‚Krebserkrankung und (gleichaltrige) Kollegin‘ ihnen plötzlich ihr eigenes Risiko einer Krebserkrankung bewusst machen und damit Angst auslösen könnte. Immerhin haben Untersuchungen ergeben, dass Ärzte eine latent höhere Todesangst haben als Nichtärzte.

Sie können also noch so selbstsicher und souverän auftreten, meine Kollegen und Kolleginnen: Ihre Angst vor uns, den Krebspatientinnen, können sie nicht leugnen. Spätestens in ihrem Fehlverhalten wird sie offenbar. Dazu erinnern wir uns, dass vor allem die ‚unangepasste, pathologische‘ Angstreaktion das soziale Funktionieren beeinträchtigen kann. Es kommt mir vor, wie ein Kreislauf, der die Elemente Angst – Unsicherheit – Fehlverhalten beinhaltet.

Welche Möglichkeiten angstbedingten Fehlverhaltens gibt es? Ich möchte noch einmal auf Camus zurückkommen. Er spricht davon, dass durch die zurückliegenden Kriege, „durch das Schauspiel der Jahre“, in uns etwas zerstört worden sei, und zwar **das ewige Vertrauen** des Menschen, das ihn immer glauben ließ, man könne bei einem anderen Menschen menschliche Reaktionen hervorrufen, wenn man mit ihm in der Sprache der Menschlichkeit rede. Und ich zitiere: „Der lange Dialog zwischen den Menschen ist nun abgebrochen worden. Und es versteht sich, ein Mensch, den man nicht überreden kann, ist ein Mensch, der Angst einflößt.“ Ich würde dem Begriff ‚Überreden‘ den Begriff ‚Überzeugen‘ hinzufügen.

Wenn wir also über Angst sprechen und uns fragen, durch welches Verhalten sie sich äußert, müssen wir uns die Kommunikation – und zwar die verbale und non-verbale Kommunikation – zwischen behandelndem Arzt und Krebspatientin anschauen. Hierzu möchte ich ein paar Ergebnisse von Untersuchungen zitieren: Die Aufklärungsfreudigkeit des Arztes

hängt direkt mit der Schwere der Erkrankung zusammen: Bei leichtem Befund erfolgte die Aufklärung in fast 90% der Fälle unaufgefordert, aber nur in 11% der Fälle von unheilbar progredienter Krankheit. Laut einer ‚Visitenuntersuchung‘ von Siegrist reagieren Ärzte in 92% auf Fragen von Schwerkranken ausweichend. In über 90% der Fälle von unheilbar Kranken weichen die Ärzte in der Kommunikation auf die Angehörigen aus. Dieses Verhalten wird mitunter verstärkt bzw. dankbar angenommen durch die Bitte der Angehörigen, die Patienten nicht aufzuklären.

Aus eigener Erfahrung möchte ich folgende Beispiele angstbedingten Verhaltens hinzufügen: Die Visite bei der Krebskranken auf einer Normalstation wird so kurz wie möglich gehalten, um jedes ausgedehnte Frage-Antwort-Spiel zu vermeiden. Es wird sich möglichst intensiv mit vergleichsweise bedeutungslosen Dingen wie Verbandswechsel etc. beschäftigt. Ein großer Schwanz von Personal wird mit sich geführt, um die Krebskranke zusätzlich einzuschüchtern und am Fragen zu hindern. Die Patientin wird mit der Visite möglichst beim Frühstück, Mittagessen oder während des Mittagschlafs ‚überfallen‘, damit man sich kurz fassen kann.

Weitere Erfahrungen ‚am eigenen Leib‘, bei denen ich denke, dass Unsicherheit und Fehlverhalten durch Angst ausgelöst wurde, sind: Die anfängliche Fehlinterpretation meines ersten Mammographie- und Sonographiebefundes durch einen gut bekannten Kollegen mit der Empfehlung einer Kontrolle nach einem halben Jahr, welches dann aber durch das Hinzuziehen des zweiten Kollegen schnell korrigiert wurde. Motto dieser Fehlinterpretation könnte sein, dass nicht sein kann, was nicht sein darf. Auch das intensive Überschütten mit statistischen und sonstigen Daten über die Krebserkrankung und damit die Vermeidung von Fragen nach der psychischen Befindlichkeit sehe ich in Zusammenhang mit der ärztlichen Angst.

Auch folgende Beobachtungsvision anlässlich des ersten Gynäkologenkongresses nach Auftreten meiner Krebserkrankung in München möchte ich hier schildern: Ich befand mich in einer Vortragsreihe über Operationen zur Rekonstruktion einer abladierten Brust. Ein auf mich noch recht jugendlich wirkender Kollege ließ begeistert über seine eigenen Werke jede Menge Dias an die Wand projizieren. Zunächst präoperativ in verschiedenen Farben bemalte Brüste, Rücken und ich glaube auch Bäuche. Alles war sehr bunt und erinnerte mich schon ein wenig an Kindergärten. Und dann zeigte er natürlich stolz seine besten Ergebnisse ‚danach‘. Ich möchte diesem unbekanntem Kollegen nicht zu nahe treten, aber mir kam plötzlich der Gedanke: „Der sucht seine Mutterbrust! Er hat Angst, sie verloren zu haben.“ Ich war mir sicher, wenn Freud neben mir gesessen hätte, hätte er mir voll zugestimmt.

Diesen Gedanken möchte ich jetzt einfach mal so im Raum stehen lassen und mich der nächsten und letzten Frage zuwenden, nämlich: Wie können Ärzte mit ihrer Angst vor der

Krebspatientin umgehen, und wie die Patientinnen? Dazu möchte ich Ihnen zwei Bilder zeigen und eine kleine Geschichte erzählen, die sich auf einer meiner schönsten Safaris während meiner dreijährigen Tätigkeit am Fuße des Kilimandscharo in Tansania in die Serengeti im Ngorongoro-Krater abgespielt hat: Vorneweg muss ich berichten, dass die Nashörner im Ngorongoro-Krater Anfang der 80er Jahre vom Aussterben bedroht waren, da Wilderer sie immer wieder wegen des kostbaren Horns, das gemahlen in asiatischen Ländern als Aphrodisiakum verkauft wurde, getötet hatten. Es war daraufhin eine Spezialeinheit von Wildhütern eingerichtet worden. Diese hatten einem befreundeten Wildhüter, mit dem meine Freunde und ich unterwegs waren, von einem frisch entdeckten Nashornbaby berichtet. Und bevor wir nach einem erlebnisreichen Tag zu unserer Camp-Site im Krater zurückkehrten, wollten wir es in der ‚hour of content‘, der Stunde der Zufriedenheit, vor Sonnenuntergang finden. Und wir fanden es auch und fuhren dicht heran, so dicht, dass die Mutter sich mit dem Baby bedroht fühlen musste. Es war also eigentlich nicht verwunderlich, dass sie plötzlich schnaufend auf den halboffenen Landrover zugerannt kam! – Aber musste es ausgerechnet meine Beifahrerseite sein, die sie sich scheinbar zum Reinrammen ausgesucht hatte?! Mir blieb das Herz stehen, denn ich sah mich schon aufgespießt. Und Shoo am Steuer, mein befreundeter Wildhüter, anstatt schnell weiterzufahren, ließ den Landrover seelenruhig stehen und forderte mich lachend auf, doch endlich zu fotografieren! Nun, nachdem das Nashorn nur ein paar Zentimeter vor meiner Tür gestoppt hatte und das Ganze offensichtlich erst einmal als Drohgebärde betrachtete, mein Herz auch wieder zu schlagen begonnen hatte, machte ich mein ‚Foto des Jahres‘ – wenn auch etwas zitternd.

Ich habe einiges gelernt aus dieser Geschichte. Zum einen: Angst lähmt! In diesem Fall mich. Sie ließ mich erstarren und aktionsunfähig werden. Max Frisch – das fällt mir in diesem Zusammenhang ein – hat auch von der ‚Angst vor der Versteinerung‘ gesprochen. Es beinhaltet nicht genau das gleiche, aber dieses lähmende der Angst steckt auch darin. Zum anderen: Mein Gegenüber hat auch Angst! Das Nashorn hatte (instinktiv) Angst, dass ich ihrem Baby oder ihr selbst etwas antun könnte. Und deshalb startet sie erst einmal eine Scheinattacke zur Warnung, wie es übrigens viele Tiere in der Wildnis tun, die ähnlich schlecht sehen. (Tun wir Menschen das eigentlich auch?)

Ich muss also lernen, diese Angst auf beiden Seiten zu erkennen und dann mit diesen Ängsten umzugehen und sie richtig einzuordnen. Riemann sagt: „Angst hat einen Doppelaspekt: Einerseits kann sie uns lähmen, andererseits kann sie uns aktivieren. Angst ist immer ein Signal und eine Warnung bei Gefahren und sie enthält gleichzeitig einen Aufforderungscharakter, nämlich den Impuls, sie zu überwinden. Das Annehmen und Meistern der Angst bedeutet einen Entwicklungsschritt, lässt uns ein Stück reifen.“

Der erste Schritt im Umgang mit unserer Angst ist der der Bewusstmachung. Zitat Riemann: „So wie der Tod nicht aufhört zu existieren, weil wir nicht an ihn denken, so auch nicht die Angst.“ Folglich müssen wir sie als Element unseres Lebens annehmen, nur sollte es kein lähmendes, sondern ein aktivierendes Element sein. Ein Arzt, der sich darauf einlässt, Krebspatientinnen zu behandeln, muss auf Gespräche vorbereitet sein, die auch in ihm Gefühle wie Traurigkeit und Angst auslösen können. Wenn er diese – und vor allem seine eigene Todesangst – leugnet, läuft er Gefahr, die Bekämpfung des Todes in den Mittelpunkt seiner Tätigkeit zu stellen. Das führt dann zur Vernachlässigung der ärztlichen Aufgaben bei Krebskranken und vor allem Todkranken und zu Kränkungen der Patientinnen.

Um der Angst vor der Isolation in der Auseinandersetzung mit Krebspatientinnen zu entgehen, sollte meines Erachtens jeder Arzt und jede Ärztin, der oder die mit Krebspatientinnen zu tun hat – in welcher Funktion auch immer – regelmäßig an Balint-Gruppen o.ä. und Teambesprechungen teilnehmen. Wenn erforderlich, sollten entsprechende Supervisionen auch selbst organisiert werden. Nur so können der Patientin mögliche psychische Traumata erspart bleiben, die durch unpassende Bemerkungen und Reaktionen ihres behandelnden Arztes zusätzlich zu dem Trauma einer Krebserkrankung entstehen – und die letztlich in der Angst des Arztes begründet sind.

Für die Patientin gilt das gleiche: Durch ihre Erkrankung, die lebensbedrohlich ist, was für sie bedeutet, dass sie sich mit ihrer Sterblichkeit und Endlichkeit auseinandersetzen muss, kommt die Angst in vielen Facetten ‚ans Tageslicht‘. Viele Patientinnen erstarren dann zunächst erst einmal, werden depressiv. Das ist aus meiner eigenen Sicht und Erfahrung völlig normal. Auch ich hatte meine Phase der reaktiven Depression, habe diese allerdings aus der Retrospektive als relativ kurz erlebt, weil ich sehr schnell darauf reagiert habe und in die Äquatorsonne auf die Seychellen, ins Paradies, geflogen bin.

Letztlich ist es egal, wie ich als betroffene Patientin auf meine hervorbrechenden Ängste reagiere, die Hauptsache ist, ich reagiere. Es muss nicht immer gleich eine massive Lebensveränderung sein, so wie ich es getan habe, indem ich aus meiner frauenärztlichen Gemeinschaftspraxis und aus dem deutschen Gesundheitswesen ‚ausgestiegen‘ bin, um wieder in meinem geliebten Afrika tätig zu werden. Kleinere Veränderungen tun es auch. Engagement in Selbsthilfegruppen kann für viele Betroffene aus meiner Beobachtung eine Möglichkeit des positiven Umgangs mit ihren eigenen Ängsten sein. Ich selber sehe mich als eher extrovertierte Person, die sich ihrer Ängste entledigt, in dem sie offen und auch immer mal wieder in aller Öffentlichkeit über ihre Krebserkrankung spricht. Dabei genieße ich natürlich die Bewunderung der Menschen, die sich überrascht äußern, dass ‚man‘ mir das aber gar nicht anmerken würde.

In der Tat kann ich heute, fast auf den Tag sechs Jahre nach meiner Brustkrebsdiagnose und nach 12 Operationen sowie einer Bestrahlungstherapie an meiner ‚Vorderfront‘, die dadurch wie ein Picassogemälde eines Frauenkopfes mit einem lachenden und einem weinenden Auge aussieht, von mir behaupten, dass ich eine glückliche Frau bin. Und was für mich das Beste dabei ist: Ich habe so gut wie keine Angst mehr! Obwohl ich auf einem Kontinent lebe, der vielen Angst einflößt, nämlich Afrika. Ich habe keine Angst vor Malaria oder AIDS (da kann ich mich ja schützen), keine Angst vor Schlangen oder Krebs(en), keine Angst mehr vor dem Tod. Meinem eigenen Krebs bin ich oft dankbar: Er hat mir geholfen, mein Leben wieder in die richtigen Bahnen zu lenken, nämlich aus einer ungeliebten Praxis- und Belegarztztätigkeit und aus dem Stress in Deutschland wieder herauszukommen. Er hat mir geholfen, meinen Körper als meinen besten Freund zu sehen, mit ihm Zwiesprache zu halten – vor allem, wenn es uns mal nicht so gut geht. Und meinem Ziel, das zu erreichen, was mir ein Philosophie- und Theologieprofessor anlässlich meiner Krebserkrankung gewünscht hat, nämlich ‚aktive Gelassenheit‘, dem fühle ich mich doch sehr nahe. Dazu gehört auch eine relative Angstfreiheit und Freude am Leben, vor allem an den kleinen und kleinsten Details des Lebens, so dass in meinem Tagebuch jetzt immer öfter steht: Alles ist gut, das Leben ist schön!