

Zeitschrift: Physioactive
Herausgeber: Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 52 (2016)
Heft: 5

Artikel: Die Bewältigung chronischer Erkrankungen = Surmonter la maladie lors d'affections chroniques
Autor: Lau, Katharina / Altenstein, Christine
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-928712>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 19.06.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Die Bewältigung chronischer Erkrankungen

Surmonter la maladie lors d'affections chroniques

DR. KATHARINA LAU, DR. CHRISTINE ALTENSTEIN

Eine chronische Erkrankung ist ein stressreiches Lebensereignis, das der oder die Betroffene bewältigen muss. Dabei spielen die Bewertung des Stressors sowie Bewältigungsstrategien und Abwehrmechanismen eine Rolle. Zudem bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede im Coping.

In den Industrienationen hat sich in den letzten Jahrzehnten ein Wandel des Krankheitsspektrums vollzogen. Dies geschah aufgrund einer verbesserten medizinischen Versorgung und einer veränderten Altersstruktur der Bevölkerung, die Zahl alter Menschen hat zugenommen. Waren früher akute Erkrankungen die hauptsächlichen Erkrankungs- und Todesursachen, haben chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, rheumatische Erkrankungen oder Erkrankungen der Atemwege zunehmend an Bedeutung gewonnen [1].

Auch in der Schweiz stellen chronische Erkrankungen ein wichtiges Gesundheitsproblem dar. Gemessen am Verlust gesunder Lebensjahre, verursachten chronische Erkrankungen im Jahr 2014 knapp 90 Prozent der Krankheitslast [2]. Zahlen des Nationalen Gesundheitsberichts 2015 belegen, dass in der Schweiz 2,2 Millionen Menschen an einer chronischen Erkrankung leiden. Es sind vor allem ältere Menschen betroffen [2].

Sehr lange Verläufe sind heute normal

Im Gegensatz zu akuten Erkrankungen sind chronische Erkrankungen nicht heilbar und durch einen progredienten Verlauf gekennzeichnet. Gestalt und Verlauf chronischer Erkrankungen

Chronische Erkrankungen begleiten heute die Betroffenen über eine lange Lebensspanne hinweg. | Les maladies chroniques affectent désormais la vie des personnes atteintes sur une longue durée.

Une affection chronique est un événement qui cause un stress important aux personnes concernées, un stress qu'il s'agit de surmonter. L'évaluation de l'agent stresseur, les stratégies utilisées pour surmonter la maladie et les mécanismes de défense jouent un rôle certain. Ce coping présente par ailleurs des différences spécifiques au genre.

Ces dernières années, le spectre des maladies s'est modifié dans les pays industrialisés. Des soins médicaux de meilleure qualité et une modification de la pyramide des âges ont entraîné une augmentation du nombre de personnes âgées. Les affections aiguës constituaient autrefois les principales causes de maladie et de mort. Actuellement, les affections chroniques comme le diabète, les maladies car-





Bei chronischen Erkrankungen stehen Phasen krisenförmiger Zuspitzung, Restabilisierung und Destabilisierung in einem permanenten, zum Teil unvorhersehbaren Wechsel. | Lors d'une maladie chronique, les phases d'aggravation sous forme de crise, de re-stabilisation et de déstabilisation alternent en permanence et de manière en partie imprévisible.

dio-vasculaires, les affections rhumatismales ou des voies respiratoires gagnent en importance [1].

Ces maladies chroniques représentent un problème de santé considérable en Suisse. En 2014, elles représentaient près de 90 % de la charge de morbidité en ce qui concerne la perte d'années de vie en bonne santé [2]. Les chiffres du Rapport national sur la santé de 2015 attestent que 2,2 millions de personnes sont atteintes d'une infection chronique en Suisse. Les personnes âgées sont les principales touchées [2].

haben sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Medizinischer Fortschritt und erweiterte Behandlungsmöglichkeiten haben die Verlaufszeit und somit die Lebenszeit verlängert. Verläufe von 20 bis 30 Jahren sind heute keine Ausnahmen mehr. Chronische Erkrankungen stellen somit auf der einen Seite nicht mehr zwangsläufig eine Lebensgefahr dar. Auf der anderen Seite resultiert daraus auch, dass sie den Erkrankten über eine lange Lebensspanne hinweg begleiten. Der Betroffene ist gezwungen, sich mit der Krankheit und ihren Konsequenzen auseinanderzusetzen. Wichtige Themen dabei sind Multimorbidität, Überlagerung von Krankheits- und Therapiefolgen, Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit [3].

Chronische Erkrankungen beschränken sich nicht nur auf körperliche Beschwerden. Psychologische und soziale Aspekte stehen im Wechselspiel mit körperlichen Beeinträchtigungen und müssen bei der Krankheitsbewältigung und der professionellen Unterstützung berücksichtigt werden. Daher ist eine multiprofessionelle Behandlung der Betroffenen sehr wichtig.

Das Trajekt-Modell stellt den Verlauf chronischer Erkrankungen dar

Der Verlauf chronischer Erkrankungen lässt sich anhand des Trajekt-Modells nach Corbin und Strauss beschreiben [4]. Demzufolge weisen chronische Erkrankungen im Verlauf den Charakter einer spiralförmigen Kurve auf, wobei Phasen krisenförmiger Zuspitzung, Restabilisierung und Destabilisierung in einem permanenten, zum Teil unvorhersehbaren Wechsel stehen. Dabei neigt die Tendenz der Kurve langfristig nach unten: Die Symptome werden stärker und die Restabilisierungsphasen bleiben aus, bis hin zum Sterben (Tabelle 1).

Les évolutions très longues sont devenues la norme

Contrairement aux affections aiguës, les maladies chroniques sont incurables et caractérisées par une progression évolutive. Leur forme et leur développement ont beaucoup changé au cours des dernières décennies. Les progrès médicaux et l'élargissement des possibilités de traitement ont permis de prolonger l'évolution de la maladie et donc la durée de vie des patients. De nos jours, des évolutions sur 20 à 30 ans ne font plus exception. Les maladies chroniques ne constituent plus nécessairement un danger d'ordre vital. Elles affectent désormais la vie des personnes atteintes sur une longue durée. Celles-ci doivent dès lors faire face à la maladie et à ses conséquences. La multimorbidité, l'enchaînement de maladies et de traitements, les restrictions fonctionnelles et la dépendance prennent alors une place importante [3].

Les maladies chroniques ne se réduisent pas à des douleurs physiques. Les aspects sociaux et psychologiques requièrent aussi un traitement et un suivi par des professionnels. Une prise en charge multiprofessionnelle des personnes atteintes de maladies chroniques est cruciale.

Une représentation de l'évolution des maladies chroniques par le modèle de la trajectoire

Le modèle de la trajectoire de Corbin et Strauss permet de décrire l'évolution des maladies chroniques [4]. Celle-ci est apparentée à une courbe en spirale dans laquelle les phases d'aggravation sous forme de crise, de re-stabilisation et de déstabilisation alternent en permanence et de manière en partie imprévisible. La tendance de la courbe à long terme est descendante: les symptômes s'imposent toujours plus et les phases de re-stabilisation disparaissent de plus en plus, jusqu'à la mort (tableau 1).

Phase	Beschreibung
Vor-Trajekt	Vor Manifestation der Erkrankung oder Diagnosestellung zeigen sich erste Symptome, die der Erkrankte zunächst nicht einordnen kann und zu normalisieren versucht.
Trajekt-Beginn	Mit Fortschreiten der Symptome erfolgen die Kontaktaufnahme mit dem Versorgungssystem und die Abklärung der Symptome.
Krise	Die Diagnosestellung fällt mit einer krankheitsbedingten Krise zusammen; diese hat meist einen lebensbedrohlichen Charakter. Eine Intervention durch Gesundheitsprofessionen ist erforderlich.
Akut	Im Verlauf der Erkrankung kommt es immer wieder zu akuten Phasen mit einer Zuspitzung der Krankheitssituation, z. B. durch das Auftreten neuer Symptome oder Komplikationen. Dies erfordert eine umgehende ärztliche Behandlung.
(Re-)Stabilisierung	Der akuten Phase folgt nach ärztlicher Behandlung eine Phase der Stabilisierung, in welcher der Erkrankte versucht, sein gesundheitliches Gleichgewicht wiederherzustellen.
Stabil	Die Krankheitssymptome sind unter Kontrolle. Das Leben des Erkrankten normalisiert sich.
Instabil	Im Verlauf kann es zu einer erneuten Destabilisierung kommen, beispielsweise durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Erkrankten, und in der Folge zu einer erneuten Krise, aber auch zu einer Restabilisierung.
Abwärtsentwicklung	Gegen Ende des Krankheitsverlaufs nehmen die Symptome in ihrer Quantität und Qualität zu und Phasen der Restabilisierung bleiben aus.
Sterben	Phase der Wochen oder Tage vor dem Tod des Erkrankten.

Tabelle 1: Das Trajekt-Modell: Phasen des Verlaufs chronischer Erkrankungen nach Corbin und Strauss (in Anlehnung an Corbin, Hildenbrand und Schaeffer [4]).

Das Trajekt-Modell beschreibt nicht nur die Phasen des Krankheitsverlaufs, sondern auch die Einflussfaktoren, die den einzelnen Phasen Gestalt geben, sowie die daraus entstehenden Handlungsaufgaben für die Pflegenden. Es handelt sich dabei um ein interaktives Geschehen zwischen dem Erkrankten, seinen Angehörigen und den Beteiligten der Gesundheitsprofessionen.

Das Stressmodell von Lazarus als Erklärungsmodell

Die Diagnose einer chronischen Erkrankung wird von den meisten Patienten als einschneidendes Lebensereignis erlebt, welches mit einem erhöhten Stress- und Belastungsgrad verbunden ist. Für die Bewältigung der Diagnose und der krankheitsbedingten Folgen benötigt der Erkrankte seine eigenen Ressourcen, diejenigen seiner unmittelbaren sozialen Umgebung sowie die des gesellschaftlichen Systems [5].

Einen theoretischen Rahmen zur Erklärung der Bewältigung stressreicher Lebensereignisse bildet das «Transaktionale Stressmodell von Lazarus»¹ [6], das sich auch auf die Bewältigung chronischer Erkrankungen anwenden lässt. In diesem Modell wird Stressbewältigung als dynamischer (transaktionaler) Anpassungsprozess beschrieben und eine wechselseitige Person-Umwelt-Interaktion angenommen. In dieser Interaktion leistet die Person selbst einen aktiven Beitrag zum Stress- und Bewältigungsgeschehen. Die Wahr-

Le modèle de la trajectoire décrit les phases de l'évolution de la maladie et les facteurs qui influencent les différentes phases ainsi que les tâches qui en découlent pour les soignants. Il s'agit d'une interaction entre le malade, ses proches et les professionnels de la santé.

Le modèle de stress de Lazarus comme cadre explicatif

Le diagnostic d'une maladie chronique est vécu par la plupart des patients comme un événement décisif dans leur vie, entraînant un degré de stress élevé. Le malade doit avoir recours à ses propres ressources, à celles de son entourage immédiat et à celles du système social pour surmonter le diagnostic et les conséquences liées à la maladie [5].

Le «modèle de stress transactionnel de Lazarus» offre un cadre théorique qui permet d'expliquer comment surmonter les événements stressants de la vie¹ [6]; il s'applique également à la gestion des affections chroniques. La gestion du stress y est décrite comme un processus d'adaptation dynamique (transactionnel) qui intègre une interaction entre la personne et son environnement. La personne contribue activement au stress et à sa gestion par cette intégration. Un élément stressant de la vie (agent de stress) comme le diagnostic d'une affection chronique et ses conséquences entraîne une expérience de stress. Celle-ci est évaluée à deux niveaux: celui du bien-être (évaluation primaire) et celui

¹ Richard S. Lazarus war ein US-amerikanischer Psychologe.

¹ Richard S. Lazarus était un psychologue originaire des États-Unis.

Phase	Description
Pré-trajectoire	Les premiers symptômes apparaissent avant que la maladie ne se manifeste ou que le diagnostic ne soit posé; le malade ne peut les expliquer et tente de les normaliser.
Début de la trajectoire	Les symptômes se poursuivant, le malade prend contact avec le système de santé et les symptômes sont expliqués.
Crise	Le diagnostic va de pair avec une crise liée à la maladie. Celle-ci revêt souvent un caractère qui met en jeu le pronostic vital. L'intervention de professionnels de la santé est nécessaire.
Phase aiguë	Au cours de la maladie, des phases aiguës surviennent régulièrement. Elles vont de pair avec l'aggravation de l'affection, par exemple lors de l'apparition de nouveaux symptômes ou de complications. Ceux-ci nécessitent un traitement médical immédiat.
Re-stabilisation	Une phase de stabilisation succède à la phase aiguë, au terme du traitement médical. Durant la stabilisation, le malade tente de rétablir l'équilibre de sa santé.
Phase stable	Les symptômes de la maladie sont sous contrôle. La vie du malade se normalise.
Phase instable	Une nouvelle déstabilisation peut survenir, due par exemple à l'aggravation de l'état de santé du malade, suite à une nouvelle crise ou à une re-stabilisation.
Évolution descendante	Vers la fin de la maladie, les symptômes s'amplifient sur les plans quantitatif et qualitatif; il n'y a plus de phases de re-stabilisation.
Mort	Les semaines ou les jours précédant la mort du malade.

Tableau 1: Le modèle de la trajectoire: les phases du déroulement de maladies chroniques selon Corbin et Strauss (en référence à Corbin, Hildenbrand et Schaeffer [4]).

nehmung eines potentiell stressreichen Lebensereignisses, z.B. die Diagnose einer chronischen Erkrankung wird zunächst in zweierlei Hinsicht bewertet: bezüglich des Wohlbefindens (primäre Bewertung) und bezüglich der verfügbaren Ressourcen zur Bewältigung (sekundäre Bewertung). Bei der *primären Bewertung* schätzt die Person ein, ob das stressreiche Lebensereignis zu einem Schaden oder Verlust führt, ob es eine Bedrohung oder eine Herausforderung darstellt. Bei der *sekundären Bewertung* schätzt die Person ein, über welche Ressourcen und Möglichkeiten sie verfügt, um das stressreiche Lebensereignis zu bewältigen (*Abbildung 1*). Je grösser die Diskrepanz zwischen den Anforderungen und den Ressourcen wahrgenommen wird, desto höher ist das Stressempfinden.

Gelingt uns eine gute Stressbewältigung, steigt das Selbstvertrauen in unsere Fähigkeit, einschneidende Lebensereignisse bewältigen zu können. Tritt so ein Ereignis wieder oder ähnlich auf, kann dies mit einem geringeren Stress- und Verunsicherungserleben verbunden sein.

Die Stressbewältigung

Als Stressbewältigung (Coping) bezeichnen Lazarus und Folkman [6] den Prozess der Handhabung von Anforderungen, die an ein Individuum gestellt werden. *Problembезогенес Coping* bezieht sich dabei auf die direkte Auseinandersetzung des Individuums mit den Bedingungen, von denen ein Schaden, eine Bedrohung oder eine Herausforderung ausgeht. *Emotionsbezogenes Coping* zielt dagegen auf Versuche der

des ressources disponibles pour le gérer (évaluation secondaire). Dans *l'évaluation primaire*, la personne détermine si l'événement stressant de sa vie conduit à un dommage ou à une perte, s'il représente un danger ou un défi. Dans *l'évaluation secondaire*, la personne définit les ressources et les possibilités dont elle dispose pour surmonter l'événement stressant (*illustration 1*). Plus la différence entre les exigences et les ressources est ressentie comme importante, plus la sensation de stress est élevée.

Une bonne gestion du stress augmente la confiance en soi et en sa propre aptitude à surmonter des événements décisifs de la vie. Si un tel événement ou un événement semblable venait à se reproduire, il pourrait entraîner un moindre niveau de stress et d'inquiétude.

La gestion du stress

Lazarus et Folkman [6] définissent la gestion du stress (coping) comme un processus qui permet de répondre aux exigences imposées à un individu. *Le coping lié à un problème* se rapporte à la confrontation directe d'un individu avec les conditions qui produisent un dommage, un danger ou un défi. *Le coping relatif aux émotions* concerne quant à lui les tentatives de régulation des émotions. Un coping réussi augmente la sensation d'efficacité personnelle en même temps qu'il réduit les symptômes de peur et de dépression [7]. Il maintient un niveau de bien-être et de qualité de vie aussi élevé que possible. Les soignants considèrent quant à eux qu'un coping réussi se reflète dans la réduction des symptômes et

Abbildung 1: Das Stressmodell von Lazarus. | Illustration 1: Le modèle de stress transactionnel de Lazarus.

Emotionsregulierung ab. Erfolgreiches Coping erhöht das Selbstwirksamkeitserleben, reduziert Symptome von Angst sowie Depression [7] und hält unser Wohlbefinden und unsere Lebensqualität möglichst hoch.

Aus Sicht der Pflegenden zeigt sich erfolgreiches Coping eher in der Symptomreduktion und der Compliance. Die Vorstellungen von und der Weg zu einer gelungenen Krankheitsbewältigung sind sehr individuell. Insgesamt kann gesagt werden, dass es die Bewältigung begünstigt, wenn man über mehrere flexibel einsetzbare Strategien verfügt.

Krankheitsbewältigung stellt einen Prozess dar, der kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Komponenten beinhaltet. Ziel ist die Anpassung des Erkrankten an seinen jeweiligen Krankheitszustand. Bewältigungsstrategien und Abwehrmechanismen sind in diesem Prozess von zentraler Bedeutung.

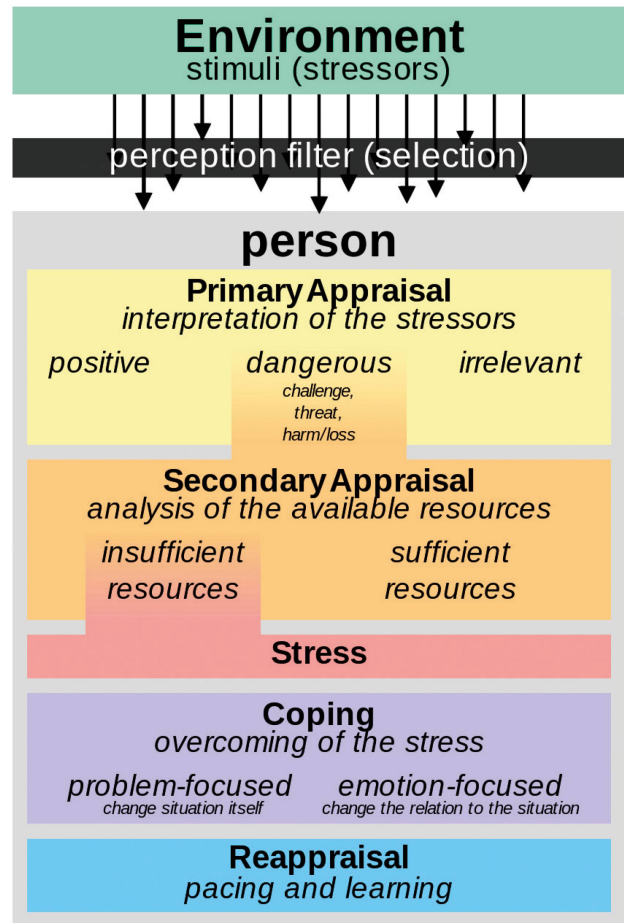
Bewältigungsstrategien

Bewältigungsstrategien sind auf die Veränderung von Verhaltensmustern und auf die Veränderung subjektiver Bewertungen fokussiert. Zu den kognitiven Bewältigungsstrategien gehören Akzeptieren («Es ist nun mal so und ich muss das hinnehmen.»), Problemanalyse («Ich versuche zu verstehen, was überhaupt los ist.») und Relativieren («Im Vergleich zu anderen geht es mir noch gut.»). Emotionale Bewältigungsstrategien sind beispielsweise Hadern und Selbstbedauern («Warum gerade ich?»), Optimismus («Alles wird wieder gut.») und emotionale Entlastung («Ich fühle mich so elend, aber das Weinen hilft.»). Auf der Verhaltensebene zeigen sich Zupacken («Alles hängt jetzt davon ab, wie ich mitmache.»), Kompensation («Wenn es mir schlecht geht, kaufe ich mir etwas Schönes.») und Solidarisieren («Ich fühle mich am besten von den Menschen verstanden, die Ähnliches durchmachen.»).

Im Krankheitsverlauf können verschiedene Strategien zum Einsatz kommen: So ist es für viele Betroffene zu Beginn hilfreich, sich klarzumachen, dass es Anderen noch viel schlechter geht (relativieren). Manche Patienten wollen die Krankheit aktiv «anpacken», und wieder andere erleben das Ausagieren der Gefühle als Entlastung. In späteren Phasen kann eher ein «Akzeptieren» oder «Solidarisieren» bewältigend wirken.

Abwehrmechanismen

Während Bewältigungsstrategien eher bewusst zur Krankheitsbewältigung eingesetzt werden, handelt es sich bei Abwehrmechanismen um unbewusst, zum Teil vorbewusst ab-



Philipp Guttman/wikicommons

dans l'amélioration de la compliance. Les représentations d'une gestion réussie de la maladie et le chemin pour y parvenir sont très personnels. Dans l'ensemble, on peut dire que la gestion est plus simple si l'on dispose de plusieurs stratégies à mettre en œuvre avec flexibilité.

La gestion de la maladie est un processus constitué d'éléments cognitifs, émotionnels et comportementaux. L'objectif est l'adaptation du malade à l'état de sa maladie. Les stratégies de gestion et les mécanismes de défense occupent une position centrale dans ce processus.

Les stratégies de gestion

Les stratégies de gestion se concentrent sur la modification des modèles comportementaux et des évaluations subjectives. Parmi celles-ci, on compte l'acceptation («C'est ainsi et je dois l'accepter.»), l'analyse du problème («Je vais essayer de comprendre ce qui se passe au fond.») et la relativisation («Je vais bien par rapport à d'autres.»). Les stratégies émotionnelles de gestion sont par exemple la révolte et l'auto-compassion («Pourquoi moi?»), l'optimisme («Tout va s'arran-

Mechanismus	Beschreibung	Beispiel
Verdrängung	Unakzeptable Vorstellungen/unerträgliche Emotionen werden aus dem Bewusstsein verbannt.	Eine Patientin vergisst einen Arzttermin, bei dem ein Befund mitgeteilt werden soll.
Verleugnung	Weigerung der Wahrnehmung der unerträglichen Vorstellung.	Angesprochen auf ein merkwürdig verändertes Muttermal, betont der Patient, dass das schon immer so aussah. – «Aufgeklärt? Worüber? Ich bin nicht aufgeklärt worden.»
Projektion	Unakzeptable Vorstellungen/eigene Emotionen/Unzulänglichkeiten werden anderen zugeschrieben und an diesen wahrgenommen.	Ein Patient nach einem Herzinfarkt möchte von der behandelnden Ärztin genaue Auskunft über den Krankheitsverlauf. Angesprochen auf seine Sorgen, antwortet er, nicht er persönlich mache sich Sorgen, sondern seine Frau halte diese Ungewissheit einfach nicht mehr aus.
Rationalisierung	Unerträgliche Vorstellungen werden zwar rational wahrgenommen, damit verbundene Emotionen aber abgespalten oder verdrängt.	«Das Risiko, dass es sich bei dieser Hautveränderung um Hautkrebs handelt, liegt höchstens bei 20 %. In meiner Familie gab es bisher ausserdem keine Krebserkrankungen.»
Acting Out	Unerträgliche Wahrnehmung wird durch Betriebsamkeit neutralisiert.	Ärzte und Schwestern unternehmen alle möglichen Untersuchungen und Behandlungsmassnahmen, obwohl sie wissen, dass das Kind in wenigen Stunden stirbt.

Tabelle 2: Beispiele für Abwehrmechanismen.

laufende Vorgänge. Sie dienen dazu, belastende, unerträgliche Gefühle und Wahrnehmungen zu reduzieren. Beispiele für diese psychischen Vorgänge sind Verdrängung, Verleugnung, Projektion, Rationalisierung und Acting Out (Tabelle 2). Abwehrmechanismen wirken auf der einen Seite einer Bewusstwerdung des Unerträglichen und somit der bewussten Auseinandersetzung mit einer chronischen Erkrankung entgegen. Sie dienen auf der anderen Seite aber auch dem Schutz und der Bewahrung des Ichs vor Überflutung, zu grosser Erschütterung, Infragestellung oder schützen sogar vor der Gefährdung des Selbst [8].

Abwehrmechanismen ermöglichen es dem Unbewussten, auf Nebenwegen oder Umleitungen doch etwas von den unerträglichen Gefühlen zu zeigen. Ein selbstbewusster, beruflich und privat erfolgreicher Patient, der von seiner Diagnose Diabetes und den damit einhergehenden Einschränkungen erfährt, überträgt möglicherweise seine für ihn unaussprechliche (weil sein Selbstbild sonst erschütternde) Besorgnis auf seine Frau. Er äussert dann vielleicht dem Arzt oder den Pflegenden gegenüber, dass lediglich seine Frau sich grosse Sorgen um die Zukunft mache, er selber komme mit der Diagnose schon klar.

Genderaspekte in der Krankheitsbewältigung

Die Erforschung geschlechtsspezifischer (genderspezifischer) Unterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Biologische Aspekte beeinflussen beispielsweise das Risiko

ger.) et la décharge émotionnelle («Je me sens misérable, mais pleurer me soulage.»). Au niveau du comportement, on compte l’engagement actif («Tout dépend maintenant de ma façon d’affronter le problème.»), la compensation («Si je vais mal, je m’offre une belle chose.») et la solidarité («C’est par les personnes qui traversent une situation similaire que je me sens le mieux compris.»).

Différentes stratégies peuvent être mises en place au cours de la maladie. Prendre conscience que d’autres personnes vont bien plus mal (relativisation) est une idée qui aide de nombreux malades au début. Certains patients veulent «affronter activement la maladie et d’autres préfèrent laisser libre cours à leurs sentiments. Plus tard, ce sont plutôt l’acceptation ou la solidarité qui soulagent les patients.

Les mécanismes de défense

Tandis que les stratégies de gestion sont mises en place de manière plutôt consciente pour surmonter la maladie, les mécanismes de défense sont des processus inconscients, en partie préconscients. Ils permettent de réduire les ressentis et perceptions pesants, voire insupportables. Le refoulement, le déni, la projection, la rationalisation et l’acting-out sont quelques exemples de ces processus psychiques (tableau 2). Les mécanismes de défense vont à l’encontre d’une prise de conscience de l’insupportable et donc de la confrontation consciente à une maladie chronique. D’un autre côté, ils servent aussi de protection et de conservation du moi, l’empêchent de se noyer, d’être complètement

Mécanisme	Description	Exemple
Refoulement	Les idées inacceptables/émotions insupportables sont bannies de la conscience.	Un patient oublie un rendez-vous médical durant lequel un résultat doit lui être communiqué.
Déni	Refus de prendre conscience de l'idée insupportable.	Interrogé sur un grain de beauté dont l'aspect se modifie de manière étrange, le patient souligne qu'il a toujours eu cet aspect. – «Vous êtes au courant? Au courant de quoi? Je n'ai pas été mis au courant.»
Projection	Les idées inacceptables/émotions personnelles/insuffisances sont attribuées à d'autres personnes et perceptibles par leur biais.	Après un infarctus, un patient souhaite obtenir de son médecin traitant des informations précises sur le déroulement de la maladie. Interrogé sur ses soucis, il répond que ce n'est pas lui qui s'inquiète, mais son épouse qui ne supporterait plus cette incertitude.
Rationalisation	Les idées insupportables sont perçues rationnellement mais les émotions qui y sont liées sont mises à l'écart ou refoulées.	«Le risque que cette modification de la peau soit due à un cancer s'élève tout au plus à 20 %. Par ailleurs, il n'y a pas eu de cas de cancer dans ma famille jusqu'à présent.»
Acting-out	La perception insupportable est neutralisée par une activité intense.	Les médecins et les infirmières entreprennent tous les examens et toutes les mesures possibles et imaginables même s'ils savent que l'enfant va mourir quelques heures plus tard.

Tableau 2: Exemples de mécanismes de défense.

für bestimmte Erkrankungen. Daneben werden zur Erklärung von Unterschieden zwischen Männern und Frauen psychosoziale Aspekte wie Rollenerwartungen, Sozialisation und Erziehung diskutiert. Diese wirken sich wiederum auf gesundheitsrelevantes Verhalten aus [9].

Zahlreiche Studien beschäftigen sich mit geschlechtsspezifischen Unterschieden auch in der Krankheitsbewältigung. Forschende analysierten in einer umfassenden Übersichtsarbeit (50 Studien) die Unterschiede zwischen Männern und Frauen im problem- und emotionsorientierten Coping bei unterschiedlichen Stressoren einschliesslich gesundheitsbezogener Probleme [10]. Resultat: Frauen setzen häufiger als Männer sowohl problem- als auch emotionsorientierte Bewältigungsstrategien ein. Die grössten Effekte zeigten sich dabei für emotionale Bewältigungsstrategien, wie die Suche nach emotionaler Unterstützung, Grübeln oder Selbstberuhigung. Auch bewerteten Frauen die Stressoren als schwerwiegender als Männer. Andere Studien belegen, dass Männer im Vergleich zu Frauen häufiger Entlastung durch Aktivitäten suchen und dazu neigen, Alkohol oder Drogen zu konsumieren [7].

Auch auf der Ebene einzelner Erkrankungen, wie Diabetes mellitus oder koronarer Herzerkrankung, wurden geschlechtsspezifische Unterschiede im Coping bereits untersucht. Die Ergebnisse sind jedoch inkonsistent, und die Studien sind aufgrund methodischer Einschränkungen nur bedingt vergleichbar [11]. Dennoch weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Interventionen zur Bewältigung chronischer Erkrankungen auch genderspezifisch ausgerichtet sein sollten. |

ébranlé, de se poser trop de questions, voire de le mettre en danger [8].

Les mécanismes de défense permettent à l'inconscient de révéler une part des ressentis insupportables en faisant des détours ou en prenant des voies secondaires. En prenant connaissance de son diabète et des restrictions découlant de ce diagnostic, un patient sûr de lui, qui mène une vie privée et professionnelle accomplie, transférera peut-être ses soucis sur son épouse, ceux-ci étant impossibles à formuler pour lui-même (sous peine d'ébranler l'image qu'il a de lui-même). Peut-être expliquera-t-il alors aux médecins ou aux soignants que son épouse est très soucieuse de l'avenir alors qu'il n'a aucune difficulté à gérer le diagnostic.

Le genre dans la gestion de la maladie

L'étude des différences de genre a gagné en importance au cours des dernières années en ce qui concerne les comportements liés à la santé. Certains aspects biologiques influencent par exemple le risque de contracter certaines maladies. Le débat porte aussi sur des aspects psychosociaux pour expliquer les différences entre les hommes et femmes, comme les rôles, les attentes, la socialisation et l'éducation. Ces aspects influent à leur tour sur les comportements liés à la santé [9].

De nombreuses études se penchent sur les différences spécifiques au genre, y compris dans la gestion de la maladie. Dans le cadre d'un travail très complet (50 études), des chercheurs ont analysé les différences entre les hommes et les

Literatur I Bibliographie

1. Schüssler G, Krankheitsbewältigung und Psychotherapie bei körperlichen und chronischen Erkrankungen. Psychotherapeut, 1998. 43: 382–390.
2. Schweizerisches und Gesundheitsobservatorium, Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. 2015, Bern: Hogrefe.
3. Schaeffer D, Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf – Einleitung, in Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf, D. Schaeffer, Editor. 2009, Hogrefe: Bern.
4. Corbin J, Hildenbrand B und Schaeffer D, Das Trajektkonzept, in Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf, D. Schaeffer, Editor. 2009, Hogrefe: Bern.
5. Büchi S und C Buddeberg, Subjektive Krankheitskonzepte – Krankheitsbewältigung, in Psychosoziale Medizin, C. Buddeberg, Editor, Springer-Verlag: Berlin/Heidelberg. 411–430.
6. Lazarus R and Folkman S, Stress, appraisal, and coping. 1984, New York: Springer.
7. Lengua L and Stormshak E, Gender, Gender Roles, and Personality: Gender Differences in the Prediction of Coping and Psychological Symptoms. Sex Roles, 2000. 43(11/12): 787–820.
8. Adam KU, Therapeutisches Arbeiten mit dem Ich: Denken, Fühlen, Empfinden, Intuieren – die vier Orientierungsfunktionen. 2011: Opus Magnum.
9. Sieverding M, Gesundheitspsychologie. Genderforschung in der Gesundheitspsychologie, in Handbuch Psychologie und Geschlechterforschung, G. Steins, Editor. 2010, GVV Fachverlage GmbH: Wiesbaden.
10. Tamres L, Janicki D and Helgeson V, Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. Personality and Social Psychology Review, 2002. 6(1): 2–30.
11. Rao K, Recent research in stress, coping and women's health. Curr Opin Psychiatry, 2009. 22(2): 188–93.



Dr. **Christine Altenstein**, Diplom-Psychologin in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Dozentin an der Universitätsmedizin Greifswald. Ihre wissenschaftlichen Schwerpunkte sind Lehrgesundheit, Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Lehrkonzepten in der Medizinischen Psychologie sowie Psychoonkologie.

Dr **Christine Altenstein**, psychologue diplômée en formation pour devenir psychothérapeute psychologue; collaboratrice scientifique et professeure à l'Hôpital universitaire de Greifswald. Les principaux axes de son travail scientifique sont la santé des enseignants, le développement, la mise en place et l'évaluation de concepts d'enseignement en psychologie médicale ainsi qu'en psycho-oncologie.

femmes dans le coping lié aux problèmes et aux émotions en réponse à différents agents de stress comprenant aussi les problèmes de santé [10]. Les femmes mettent plus souvent en place que les hommes des stratégies de gestion liées tant aux problèmes qu'aux émotions. Les effets les plus importants concernent les stratégies émotionnelles de gestion, telles que la recherche de soutien émotionnel, la rumination ou l'auto-apaisement. Par ailleurs, les femmes donnent plus d'importance aux agents de stress que les hommes. D'autres études indiquent que, par rapport aux femmes, les hommes cherchent davantage à se décharger par le biais d'activités ou qu'ils tendent à consommer de l'alcool, voire des drogues [7].

Sur le plan des différentes maladies, comme le diabète ou les maladies coronariennes, les différences spécifiques au genre en matière de coping ont déjà été étudiées. Les résultats sont cependant inconsistants et les études demeurent peu comparables en raison de limites méthodologiques [11]. Ces résultats indiquent malgré tout que les interventions visant à surmonter des affections chroniques doivent être adaptées également selon le genre. |



Dr. **Katharina Lau**, Diplom-Psychologin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Dozentin an der Universitätsmedizin Greifswald. Ihre wissenschaftlichen Schwerpunkte sind somatoforme Störungen und Psychoonkologie.

Dr **Katharina Lau**, psychologue diplômée; collaboratrice scientifique et professeure à l'Hôpital universitaire de Greifswald. Les principaux axes de son travail scientifique sont les troubles somatoformes et la psycho-oncologie.



Sitzkeile



Lendenstützen

bei uns besonders günstig !



TOBLER & CO. AG
Strickerrei/Näherei

9038 Rehetobel

Tel. 071 877 13 32

Fax 071 877 36 32

www.tobler-coag.ch