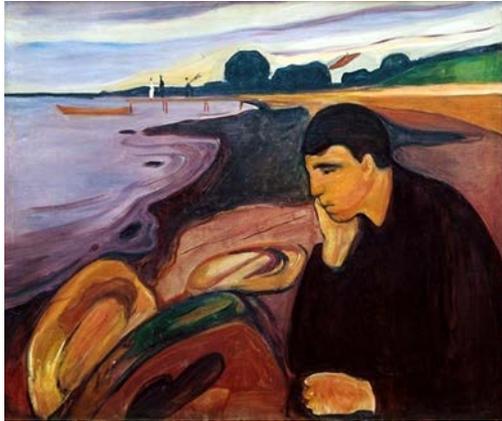




**UNIVERSITÄTS
KLINIKUM** FREIBURG

Stiftungsprofessur
Selbsthilfeforschung
CCC Freiburg



Krankheitsverarbeitung bei Krebs: Welchen Einfluss haben Alter und Geschlecht?

Prof. Dr. phil. Joachim Weis

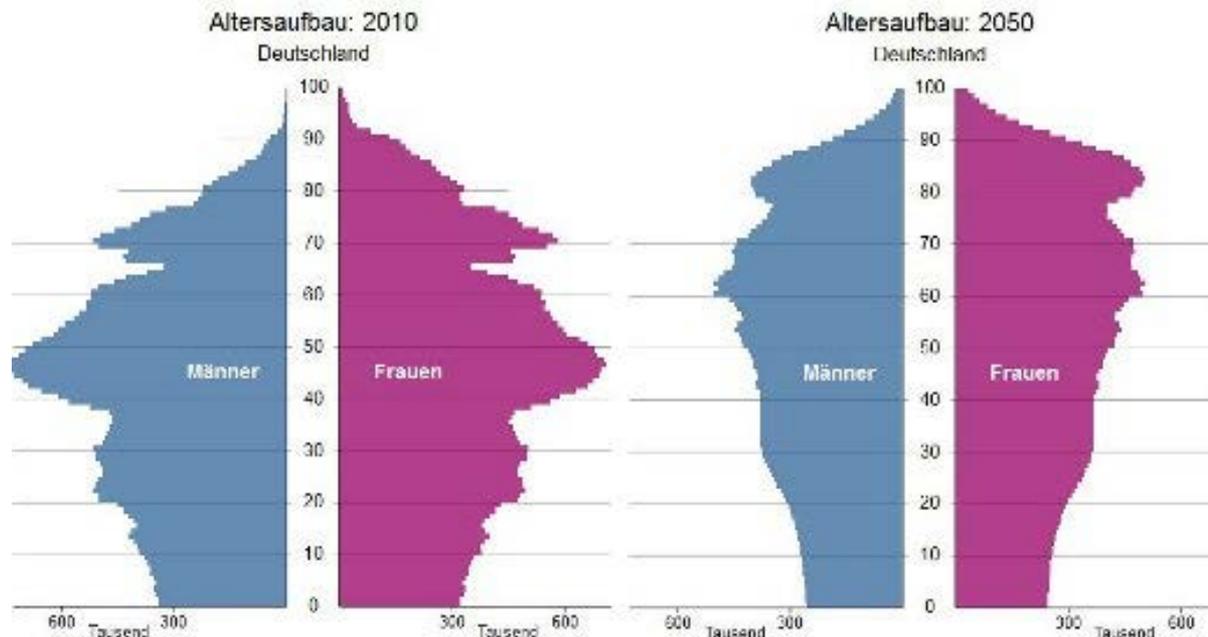
Diversity Day 28. Mai 2019 Theater Freiburg

Übersicht

- Einführung: Krebs in Zahlen
- Belastungen und das Konzept der Krankheitsverarbeitung
- Welchen Einfluss hat das Alter auf die Krankheitsverarbeitung?
- Unterscheiden sich Frauen und Männer im Umgang mit Krankheit?
- Zusammenfassung

Altersentwicklung

- 2030 wird mehr als ein Drittel der Bevölkerung 60 Jahre und älter sein.
- Darunter werden 6,5 Millionen Menschen sein, die 80 Jahre oder älter sind.
- Der Anteil der 0- bis 20-Jährigen an der Bevölkerung betrug 1970 30 %; 2030 wird der Anteil auf ca. 16 % zurückgegangen sein.



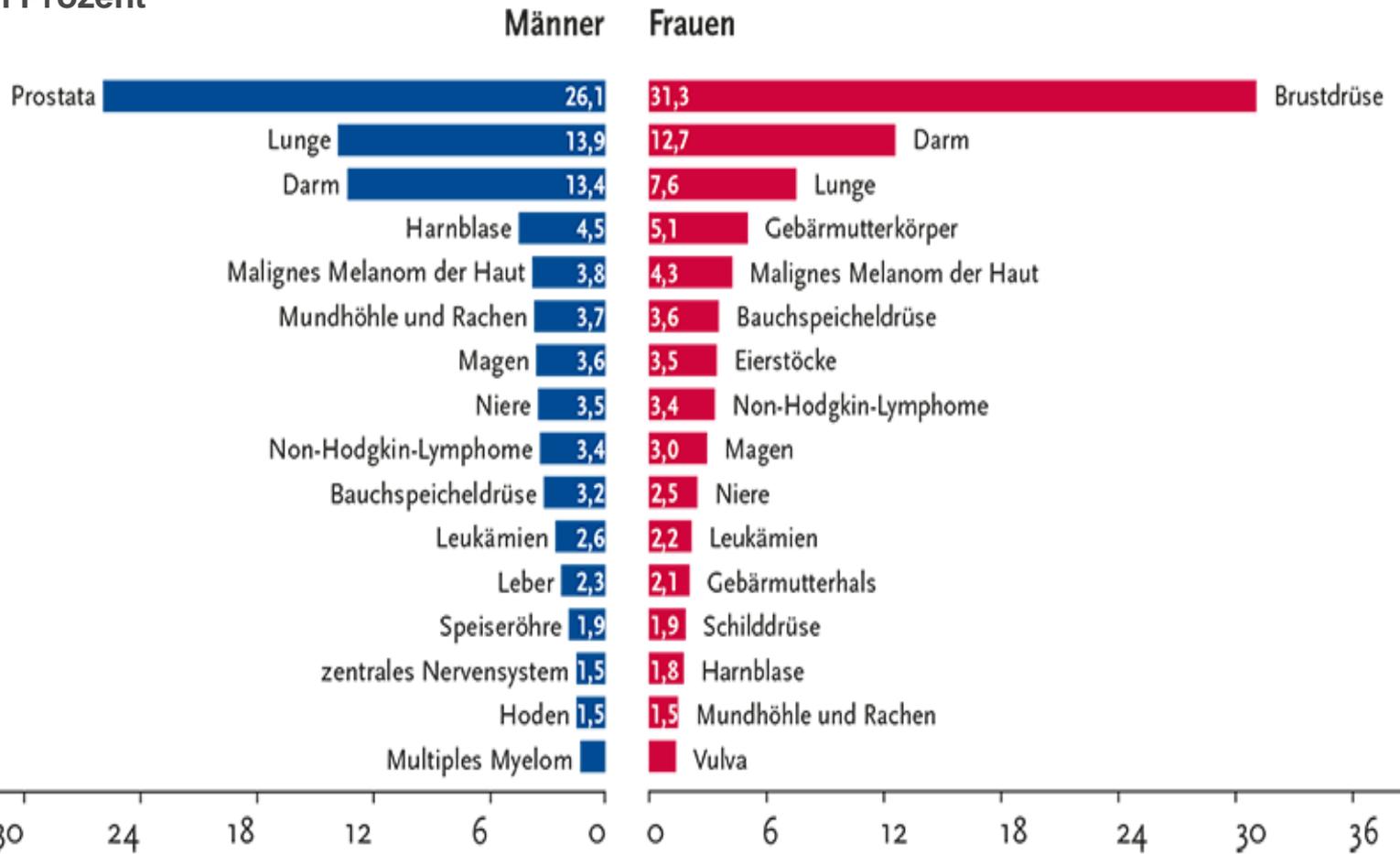
Krebs in Deutschland

- Neuerkrankungsrate von ca. 485.000 Krebserkrankungen
- Krebs ist zahlenmäßig eine Erkrankung vor allem des höheren Lebensalters. Nach derzeitigem Stand erkrankt jeder zweite Mann und jede zweite Frau im Laufe des Lebens an Krebs.
- Überlebensraten nach Krebs sind steigend: 5-Jahres-Überlebensraten 66% bei Frauen, 61% bei Männern
- **Unter 55-jährige Frauen** weisen insgesamt höhere Erkrankungsraten für Krebs auf als Männer
- **bei über 65-jährigen Männern** ist das Erkrankungsrisiko fast doppelt so hoch wie bei gleichaltrigen Frauen.

RKI 2017

Prozentualer Anteil der häufigsten Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen in Deutschland RKI 2017

Angaben in Prozent



Belastungen und Krankheitsverarbeitung

Belastungskontinuum

**Normale
Belastung**

**Schwere
Belastung**

Ca. 40-70% subklinisch

Ca. 30% psych. Diagnose



**Ängste, Sorgen,
Befürchtungen
Traurigkeit**

**Angststörungen
Depression
etc.**

Problembereiche bei einer chronischen körperlichen Erkrankung

Vielzahl von Belastungen in allen Phasen der Erkrankung

Belastung durch Erkrankung und Behandlung

Invasive Behandlungen, Schmerzen, Fatigue, Invalidität, Psychosomatische Symptome, funktionelle Störungen etc.

Existenzielle u. spirituelle Probleme

Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit, Suche nach Sinn (spirituell, religiös, existentiell)

Belastungen in Familie und Partnerschaft

Veränderungen der sozialen Rollen (Familie, zu Freunden) u. Aufgaben, Kommunikation, Sexualität etc.

Probleme des Versorgungssystems

Inadäquate Arzt-Pat.-Kommunikation, entpersonalisierte Behandlung, Zeitmangel, fehlende Information, fehlende Intimität

Soziale, finanzielle u. berufliche Belastungen

Aufgabe wichtiger sozialer u. beruflicher Funktionen, neue Abhängigkeiten, Isolation, etc.

Häufige Fragen von Patienten

- Wie kann ich lernen mit der Erkrankung umzugehen?
- Kann ich den Verlauf meiner Erkrankung selbst beeinflussen?
- Welche Hilfestellungen gibt es zur Unterstützung zusätzlich zur medizinischen Therapie?



Merkmale der Krankheitsverarbeitung (KV)

KV findet auf verschiedenen Ebenen (emotional, kognitiv) statt sowie durch Verhalten und zielgerichtetes Handeln

Ziele:

- Belastungen reduzieren, ausgleichen oder besser ertragen zu können
- Emotionsregulierung
- die Herstellung eines emotionalen Gleichgewichts

Emotionales Gleichgewicht = relative Stabilität von Selbstwert, Selbstständigkeit, Autonomie und Sicherheitsgefühl auch in bedrohlichen Situationen

KV verläuft **prozesshaft** und kann sich im Krankheitsverlauf verändern. Mehrere KV Strategien können gleichzeitig oder nacheinander eingesetzt werden

Post-traumatisches Wachstum

Positive Neubewertung Tedeschi & Calhoun 1995, 2004

- *Intensivierung der Wertschätzung des Lebens* (Veränderung von Werten und Prioritäten)
- *Intensivierung der persönlichen Beziehungen*
- *Bewusstwerdung der eigenen Stärken* (Bewusstwerden der eigenen Verletzlichkeit wächst auch das Gefühl der inneren Stärke)
- *Entdeckung von neuen Möglichkeiten im Leben* (Suche nach neuen Zielen und Aufgaben)
- *Intensivierung des spirituellen Bewusstseins*: (Grenzerlebnis, existenzielle Fragen, Reflexionen über den Lebenssinn, größere innere Zufriedenheit)

Ähnliche Konzepte: „Finding benefits“ (Affleck & Tennen, 1996), „stress-related growth“ (Park et al. 1996), „thriving“ (O’Leary et al. 1998), „positive psychological changes“ (Yalom & Lieberman, 1991), „adversarial growth“ (McBride et al 2009; Linley & Joseph, 2004)

Post-traumatisches Wachstum nach Krebs

Meta-Analyse k=116 Studien

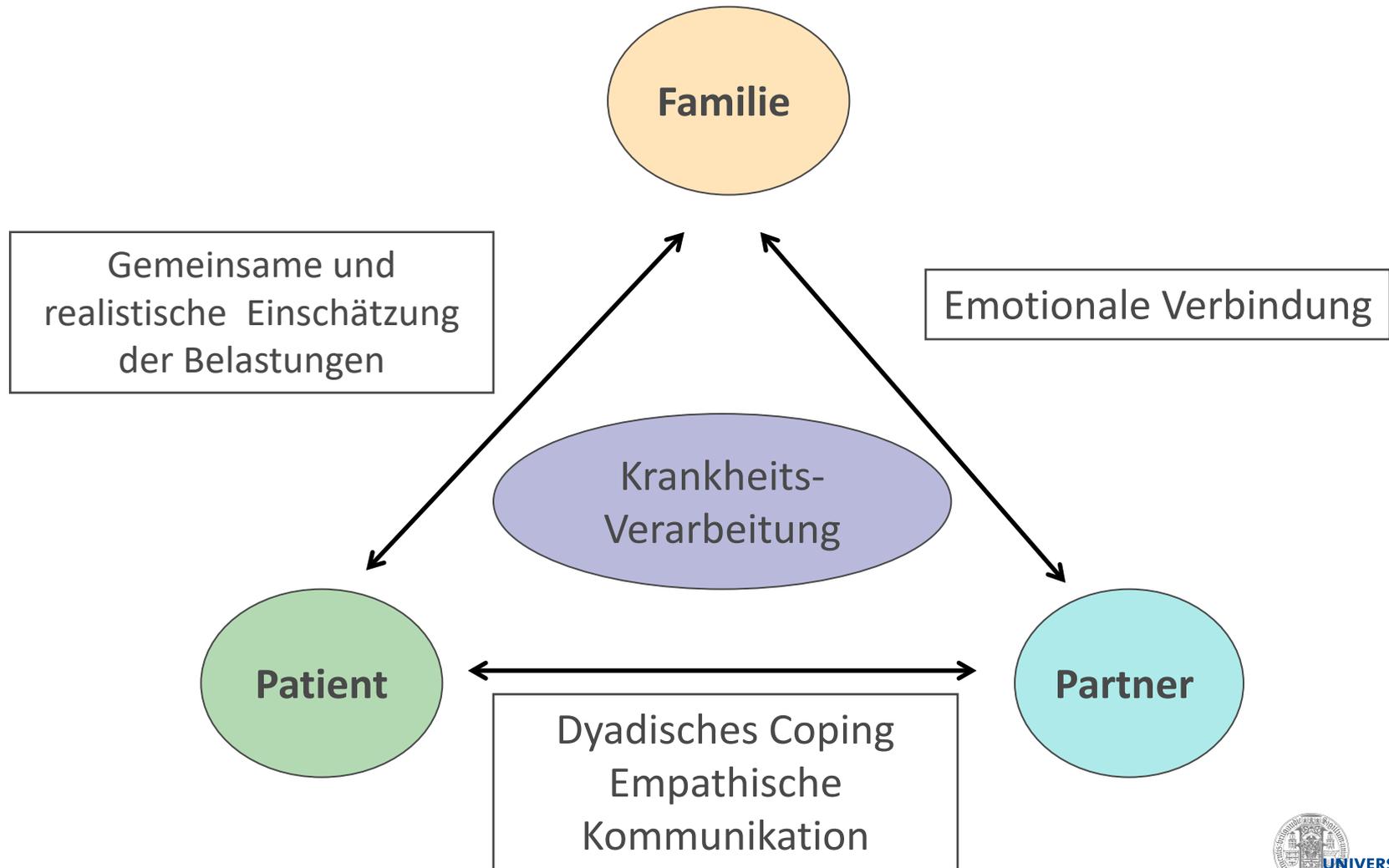
Systematische Meta-Analyse (116 Studien von 1990-2012): Wie hängen post-traumatische Stresssymptome bei Krebspatienten mit post-traumatischem Wachstums zusammen?

- Post-traumatische Stress assoziiert mit negativen Affekten wie Depression, Angst, Distress, körperliche Lebensqualität
- **Post-traumatisches Wachstum (PTW)** assoziiert mit **sozialer Unterstützung, Optimismus, pos. Neubewertung, Spiritualität, religiöses Coping**. Geringe Zusammenhänge mit Alter, Geschlecht, Distress, Depression
- **Schlußfolgerung:** Post-traumatischer Stress und PTW sind unabhängige Konstrukte

Correlate	k	n	95% CI for r			ρ %
			ES	Lower	Upper	
Age	19	3416	-0.08	-0.15	-0.02	68.56
Gender	4	345	-0.15	-0.23	-0.06	55.67
Time since diagnosis	14	3190	0.01	-0.05	0.06	49.24
Depression	19	2707	-0.06	-0.11	-0.01	37.09
Anxiety	7	1270	0.02	-0.06	0.11	52.58
Distress	10	1335	-0.16	-0.24	-0.08	46.02
Social support	15	2365	0.30	0.23	0.37	62.55
Physical quality of life	7	2270	0.02	-0.05	0.09	57.90
Optimism	7	1458	0.27	0.07	0.45	93.54
Positive reappraisal	8	981	0.46	0.37	0.53	52.27
Spirituality	7	1249	0.33	0.17	0.47	87.35
Religious coping	6	538	0.36	0.28	0.43	0.00

Shand et al. Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology* 2015 24: 624-34.

Krankheitsverarbeitung im syst. Kontext



Krankheitsverarbeitung und Verlauf der Erkrankung

**Krankheits-
verarbeitung**



**Krankheits-
verlauf**

Kampfgeist, aktives Coping
soziale Unterstützung



eher günstig

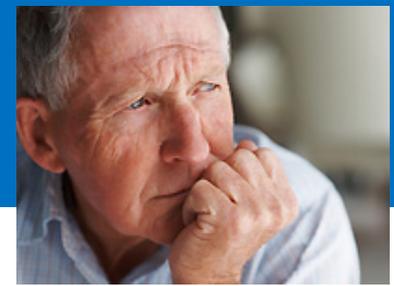
Fatalismus, Depression
Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit



eher ungünstig

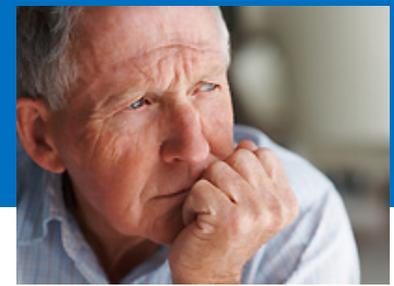
Welchen Einfluss hat das Alter?

Alter und Krankheitsverarbeitung 1



- Jüngere Krebsüberlebende erleben sich subjektiv insgesamt als **stärker beeinträchtigt** durch die Krebserkrankung als ältere Patienten; ebenso häufiger Verhaltensänderungen infolge der Erkrankung (Eton & Lepore 2002, Bellizi & Blank 2006).
- Patienten mit Kolorektalem Ca: Jüngere Patienten nutzen im Vergleich zu älteren Patienten als Copingstrategien vor allem **Grübeln, Suche nach sozialer Unterstützung, Humor oder Veränderungen des Lebensstils** (Rinaldi et al 2009).
- Jüngere Patienten (Überlebens Brustkrebs, Endometriumkrebs) berichteten signifikant schlechtere **emotionale Anpassung** als ältere Überlebende (HADS, $p < 0.001$); **schlechteres Körperbild** ($p < 0.02$), **höhere Rezidivangst** ($p < 0.001$), Belastungen und Probleme infolge Langzeitbehandlung der Krebserkrankung ($p < 0.01$) sowie Ausmaß **sexueller Probleme** infolge der Krebserkrankung ($p < 0.001$) (Kornblith et al Psycho Oncology 2007)

Alter und Krankheitsverarbeitung 2



- Patienten mit Prostata Ca (Nelson et al Oncologist 14, 2009): Höheres Alter war assoziiert mit **reduziertem Belastungserleben** ($r=-0.14$), **geringerer Ängstlichkeit** ($r=-0.22$), und **verbesserter emotionaler Funktion** ($r= 0.16$) bei Kontrolle medizinischer Einflussfaktoren.
- Ältere Krebspatienten sind **psychologisch widerstandsfähiger** (höhere Resilienz) und zeigen kaum Veränderungen in der seelischen Gesundheit im Vergleich zu vor der Erkrankung oder zur gesunden Normalbevölkerung (Blank et al Cancer 2006; Eton & Lepore Psychooncology 2002; Clough-Gorr et al J Clin Oncol 2007; Deimling et al Psychoncology 2006)
- ältere Patienten tendieren stärker zur Dissimulation oder Nicht-Äußern von Problemen, obwohl sie darunter leiden (Mosher und Danoff- Burg 2005); Aber: Jüngere Patienten äußern die psychologischen Belastungen eher als ältere (Blank & Bellizi 2008)
- Körperliche Gesundheitsprobleme infolge Krebs und dessen Behandlung werden bei älteren Patienten häufiger durch bestehende Komorbiditäten verschlimmert und können zu höherer Morbidität sowie Mortalität führen (Bellizi et al 2008)

Erklärungen für bessere Anpassung an Krankheitserfahrungen im Alter

Alter ist mit abnehmenden Funktionsstatus assoziiert, gleichzeitig jedoch mit Stabilität und Entwicklungspotential im Bereich der Persönlichkeit, Erkenntnis, Generativität, Resilienz, Lebensweisheit (Bellizzi KM. Int J Aging Hum Dev. 2004, Baltes 1990)

Wichtige Komponenten für Anpassungsprozesse im höheren Alter sind emotional-regulatorische Fähigkeiten, Anpassung von Zielen und Lebensprioritäten an die neue Situation, Neuausrichtung der Erwartungen trotz Verlusterfahrungen (Cartensen Psychol Aging 7, 1992, Lockenhoff, Cartensen J Pers. 2004)

Mit zunehmendem Alter weniger Kontrolle über eigene Gesundheit und geringere Erwartungen an eine funktionale Verbesserung bzw. Erholung zu haben; zugleich weniger neue Herausforderungen, Ableitung von Stärke aus früheren Lebenserfahrungen (Brandtstaedter & Renner G. J Pers Soc Psychol 1990)

Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Krankheitsverarbeitung



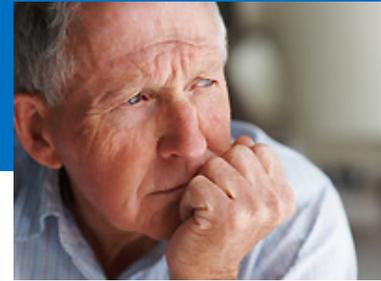
Häufigkeit psychischer Störungen

(4 Wochen Prävalenz)

Art der psychischen Störung	Prostatakarzinom (n=318)	Mammakarzinom (n=442)	Pankreaskarzinom (n=52)	Gesamt Alle Diagnosen (n = 2.141)
Insgesamt	Ø 21.55 (17.02-26.09)	Ø 41.59 (36.83 to 46.36)	Ø 20.25 (21.73-34.83)	Ø 31.75 29.75 to 33.76
Depressive Störung	3.71 (1.75 to 5.67)	8.70 6.21 to 11.19	1.27 (0.00 to 3.74)	6.48 5.51 to 7.45
Angststörung	6.01 (3.93 to 9.09)	16.81 (13.59 to 20.61)	5.06 (1.52 to 15.52)	11.45 10.19 to 12.85
Anpassungsstörung	6.18 (3.56 to 8.81)	14.35 (11.01 to 17.68)	12,66 (2.86 to 22.46)	11.07 9.73 to 12.41

(Mehnert et al JCO 2014)

Geschlechtsspezifische Wahrnehmung und Verarbeitung von Belastungen



Männer...

- ... schätzen sich weniger psychisch belastet ein als Frauen.
- ... suchen weniger aus eigener Initiative nach psychoonkologischer Unterstützung.
- ... tolerieren die Tumorbehandlung und deren Nebenwirkungen besser (zumindest wirkt das so).
- ... unterdrücken negative Emotionen eher und äußern weniger Ängste und Sorgen („sich nichts anmerken lassen“)
- .. suchen eher nach sachbezogenen Informationen

Geschlechtsspezifische Wahrnehmung und Verarbeitung von Belastungen



Frauen...

- ... äußern eher ihre Belastungen und weisen höhere Angst- und Depressionswerte sowie eine erhöhte psychische Komorbidität auf
- ... suchen eher sozialen Austausch und seelische Entlastung durch Gespräche etc.
- ...suchen eher nach Sinn, Spiritualität und Religion als Unterstützungsquelle
- ... nehmen häufiger psychoonkologische Angebote in Anspruch

Krankheitsverarbeitung

Vergleich Männer und Frauen



- Männer sind auch belastet, aber leiden anders
- Erkrankte Männer können die Unterstützung durch die Partnerin besser für sich nutzen als erkrankte Frauen; Männer verlassen sich mehr auf diese Hilfe, gehen weniger nach außen
- Männer neigen dazu Anteile ihres emotionalen Erlebens an ihre Partnerin zu delegieren.
- Aber: Zunehmende Veränderungen des Rollenverständnisses und der damit verbundenen Krankheitsverarbeitung

Männer verarbeiten tatsächlich anders:

- Rational-kognitive Verarbeitungsstrategien werden eher eingesetzt (Informationssuche: Internet, Fachbücher ...) („Damit muss ich allein zurechtkommen“)
- Aktive Suche nach handlungsorientierten Lösungen (Was kann ich tun! **Und nicht:** Wie geht es mir?) („Ich mache die Dinge mit mir selbst aus!“)
- Gefühle und Erfahrungen werden oft nicht mitgeteilt. („Wenn ich darüber spreche, wird es nur noch schlimmer“)
- Männer neigen eher zum Grübeln („Damit muss ich alleine zurechtkommen“)

⇒ Ziel: Aufhebung des erlebten Kontrollverlustes

Zusammenfassung



- Verarbeitungsprozesse steuern über verschiedene Strategien die Anpassung des Individuums an Belastungen durch Krankheit und Behandlung
- Krankheitsverarbeitung ist nicht nur ein individueller Prozess, sondern wird durch soziale und systemische Faktoren beeinflusst
- Höhere Belastungen älterer Patienten durch höhere Komorbidität, trotzdem bessere emotionale Anpassung und weniger psychisches Belastungserleben, Mehr Resilienz im Alter?
- Frauen suchen eher Austausch, Unterstützung und emotionale Entlastung, Männer eher Information, konkrete Handlungen und Kontrolle
- Männer leiden nicht mehr oder weniger, sie leiden anders
- Geschlechtsspezifisches Rollenverhalten im Umgang mit Krankheit ist in Veränderung begriffen.
- Insgesamt heterogene Befundlage und Mangel an prospektiven Längsschnittstudien

**„Die Nacht, in der das Fürchten wohnt,
hat auch die Sterne und den Mond“**

(Mascha Kaléko)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!